Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Рязанский государственный
медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

Материалы

II Всероссийской научной конференции студентов и молодых специалистов «Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста».

Рязань, 15-16 сентября 2016г.

обучение,

практическое
применение навыков,

профессиональный рост,

механизм взаимодействия,

движение, инновации

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста

Материалы

II Всероссийской научной конференции
студентов и молодых специалистов

Рязань, 2016

УДК 61(071)+61:378
ББК 5+74.58
А437

Редакционная коллегия:
Калинин Р.Е. – доктор медицинских наук, профессор
Кирюшин В.А. – Заслуженный работник высшей школы Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор
Сучков И.А. – доктор медицинских наук, доцент
Филиппов Е.В. – доктор медицинских наук, доцент

А437 **Актуальные вопросы современной медицины:взгляд молодого специалиста:** материалы II Всероссийской научной конференции студентов и молодых специалистов / редкол.: Р.Е. Калинин, В.А. Кирюшин, И.А. Сучков, Е.В. Филиппов; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО УМУ, 2016. – 310 с.

ISBN 978-5-8423-0161-4

Сборник научных трудов составлен по материалам II Всероссийской научной конференции студентов и молодых специалистов «Актуальные вопросы современной медицины: взгляд молодого специалиста».

УДК 61(071)+61:378
ББК 5+74.58

ISBN 978-5-8423-0161-4 © ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2016

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ НАЛИЧИЯ ВЕРЫ В БОГА НА СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ ВУЗа

Байкова М.А.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Lentazzz111@gmail.com

Введение. По различным оценкам количество православных в России составляет 70-80%. В европейско-христианской традиции вера постулирует особую связь человека с Всевышним и переживание этой связи, основанной на субъективном опыте, который может оказывать влияние на все стороны человеческой жизни и личности.

Цель исследования. Выяснение влияния веры в Бога на антивитальностьучащихся ВУЗа; наличие или отсутствие гендерных спецификаций.

Материалы и методы. Обследовано 847 человек методом анкетирования (из них 669 – девушки, 178 – юноши), неверующих из них – 112 человек (63 девушки и 49 юношей). Проведено три серии сравнений: первая – без учета гендерного разделения; следующие две составили верующие и неверующие девушки и юноши (ВД и НВД, ВЮ и НВЮ соответственно). Обследованные были сопоставимы по возрастным, социально-демографическим показателям внутри групп. Статистический анализ и обработка данных проводились на базе компьютерных программ с применением параметрических и непараметрических методов математической статистики.

Результаты. Наличие веры в Бога защищает от суицидальных мыслей в прошлом и настоящем; основной антивитальный потенциал несут НВЮ; у неверующих отсутствие страхов смерти, темноты в детстве сочетается с длительным переживанием чувства одиночества, отсутствием представления о смысле жизни. В группе НВЮ отмечается в 2 раза более низкое число долгожителей в роду, среди НВД более, чем в 2 раза выше процент девушек, у которых родственник страдает психическим заболеванием. Несуицидальныеаутоагрессивные паттерны поведения во всех группах представлены соматическим направлением и аддиктивным поведением. Здесь наибольший интерес представляетсуществование или формирование алкогольной зависимости среди неверующих. Все группы характеризуют высокие показатели ауто- и гетероагрессивности; привычными защитными механизмами для неверующих являются «вытеснение», «замещение» и «интеллектуализация»; их сценарный профиль содержит такие послания как «Не принадлежи», «Не будь близок».

Заключение. Отсутствие веры в Бога плотно ассоциировано с различными антивитальными паттернами поведения, их предикторами в про-

шлом и настоящем, а также с высоким риском формирования аддиктивного поведения.

Список литературы

1. Амбрумова А.Г. Диагностика суицидального поведения: метод.рекомендации / А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко. – М., 1980. – 48 с.

2. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: автореф. дис. … д-ра мед. наук / А.В. Меринов. – М., 2012. – 48 с.

3. Меринов А.В., Шустов Д.И. Скрытаясуицидальность у больных алкогольной зависимостью // Вопросы наркологии. – 2010. – № 5. – С. 90-94.

4. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы / А. Фрейд. – М.: Педагогика, 1993. – С. 20-25.

5. Berne E. Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry / E. Berne. – New York: Grove Press, 1961. – 318 p.

6. Berne E. What Do You Say after You Say Hello / E. Berne. – New York: Grove Press, 1972. – 318 p.

ДИФИЛЛОБОТРИОЗ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Баландина М.А., Сальникова Е.О.
Кировская государственная медицинская академия
idlamur@yandex.ru

Введение. Дифиллоботриозы относятся к кишечным гельминтозам, которые вызываются лентецами. Они характеризуются хроническим течением с преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта, аллергизацией организма и развитием в тяжелых случаях перниciозоподобной анемии. Очаги дифиллоботриоза связаны с пресноводными водоемами. В России они сосредоточены в бассейнах восточных и северных рек (Обь, Иртыш, Лена, Енисей, Амур, Свирь, Печора, Нева, Волга, Кама и др.), у озер Байкал, Ладожское, Онежское. В период с 2005 по 2015 гг. в Кировской области зарегистрировано 29 случаев дифиллоботриоза.

Цель исследования. Изучить распространенность и эпидемиологические особенности дифиллоботриоза в Кировской области, морфологию гельминта.

Материалы и методы. Нами проанализированы показатели заболеваемости и эпидемиологические особенности инвазии в Кировской области, изучена морфология гельминта на примере выделенного больным при дефекации фрагмента стробилы.

Результаты. В течение последних 10 лет в Кировской области ежегодно выявляется от 1 до 8 случаев дифиллоботриоза. Заболеваемость при этом составляет 0,07-0,53 на 100 000 населения. Инвазия чаще регистриру-

ется в Верхнекамском, Яранском, Вятскополянском, Уржумском, Малмыжском районах, г. Кирове, где протекают реки Кама, Вятка, Има, Ярань и др. Все пациенты отмечают употребление сырой, вяленой, соленой речной рыбы (щука, окунь, налим, судак и др.) или икры.

Заболевание часто протекает бессимптомно или с незначительно выраженными клиническими проявлениями, остается нераспознанным и диагностируется лишь при отхождении фрагментов стробилы гельминта с каловыми массами. Окончательный диагноз устанавливается на основании их паразитологического исследования, а также при обнаружении яиц гельминта в кале пациентов.

Нами морфологически изучен один из выделенных больным дифиллоботриозом фрагментов стробилы широкого лентеца (Diphyllobothrium latum). При первичном осмотре ленточного червя обрывок стробилы был молочно-белого цвета с квадратными сегментами размерами 6,0-7,0×7,0-10,0 мм. В середине каждого членика определялись характерные для данного вида гельминтов темные круглые пятна – просвечивающие матки. Длина обнаруженной части лентеца составила 160,0 мм, ширина – 10,0 мм. Головка и шейка отсутствовали. При микроскопии гельминта внутри каждого членика обнаружена розетковидная матка, в некоторых – яйца гельминта размером 0,07×0,045 мм, овальной формы, с двухконтурной оболочкой, с гладкой поверхностью светло-коричневого цвета, с крышечкой на одном конце и бугорком на другом. Кроме того, при копроовоскопическом исследовании у данного пациента были обнаружены точно такие же яйца гельминта.

Заключение. Результаты проведенного анализа показали, что заболеваемость дифиллоботриозом в Кировской области невысокая, что может быть связано с гиподиагностикой инвазии в связи с отсутствием выраженных клинических проявлений болезни. Фактором передачи является недостаточно термически обработанная или просоленная речная рыба и икра, что учитывается при сборе эпид. анамнеза пациентов. Диагноз подтверждается морфологической идентификацией выделенных с испражнениями фрагментов стробилы гельминта или обнаружением его яиц в кале.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ И «НАИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ» ПО ВОПРОСАМ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Баранов А.Е., Барамзина С.В.
Кировская государственная медицинская академия
stomatology292@mail.ru

Хронические гепатиты остаются серьезной социально-экономической и клинико-эпидемиологической проблемой здравоохранения. Это обуслов-

лено неуклонным ростом заболеваемости и смертности, широкой распространенностью среди населения гемоконтактных вирусных гепатитов В и С.

Цель исследования. Изучение уровня знаний взрослых, немедицинских специальностей и практикующих врачей-стоматологов в вопросах этиологии, клиники, лечении, исходах и специфической профилактики вирусных гепатитов В и С.

Материалы и методы. В исследование было включено 96 человек, среди которых проводилось анонимное анкетирование. Из них: 50 человек – группа А (гр. А) – взрослые, немедицинских специальностей в возрасте 19-80 лет; группа В (гр. В) – 46 практикующих врачей-стоматологов от 23 до 58 лет. Вопросы оригинальной анкеты содержали информацию о распространенности, путях передачи, исходах вирусных гепатитов В и С, также о возможных мерах профилактики и лечения. Вопросы для практикующих врачей-стоматологов содержали еще информацию о поняти и эластометрии печени.

Результаты. В результате анализа анкет, выяснилось, что 94±3,36% респондентов гр. А считают, что гепатит является заболеванием печени, 2% считают, что гепатита не существует, 4% – что гепатит это заболевание легких. О способах заражения гепатитом В и С правильно ответить смогли участники гр. А в 10%, частично правильно ответили 80%, из них только 4±4,24% указали одним из путей заражения – пользование услугами маникюрного салона. Дать правильные ответы на вопрос об исходах вирусного гепатита В смогли в гр. А и В – 54±7,05% и 58,7±7,26% соответственно, вирусного гепатита С – гр. В – 100%. О возможности передачи вирусагепатита В от матери ребёнку знают 80% людей гр. А. О существовании специальных противовирусных препаратов для лечения гепатитов В знают 90±4,24% участников гр. А и 100% из гр. В. 66±6,7% респондентов гр. А и 8,7±4,16% из гр. В считают, что существует вакцина против гепатита С ($p<0,05$). 27% людей из гр. В знают о вакцинации детей, родившихся от матерей с ХГВ. 46±7,05% людей из гр. А и 4,35±3,05% из гр. В считают, что можно полностью излечиться от ХГС. 65,2 % взрослых из гр. В знают, что эластометрия печени – это неинвазивный метод определения фиброза печени.

Заключение. Результаты анкетирования взрослых немедицинского профиля и практикующих врачей-стоматологов показали, что обе группы достаточно хорошо владеют информацией в отдельных вопросах вирусных гепатитов (вакцинопрофилактика), но недостаточно знают о путях и факторах передачи и последствиях при контакте с вирусом гепатита В. Практически половина взрослых немедицинского профиля считает, что можно полностью вылечиться от ХГС. Практикующие врачи-стоматологи продемонстрировали средний уровень знаний по проблеме вирусных гепатитов. Эти знания, помогут спасти и обеспечить лучшее качество жизни людей, тем самым оберегая себя и пациентов от возможности заражения вирусными гепатитами В и С.

МИКРОФЛОРА ВАГИНАЛЬНОГО БИОТОПА СУБФЕРТИЛЬНЫХ ЖЕНЩИН

Бушкова Е.Ю., Степанов М.С.
Пермский государственный медицинский университет
имени академика Е.А. Вагнера
79125848900@yandex.ru

Вагинальную микрофлору женщин репродуктивного возраста составляют десятки видов микроорганизмов, среди которых доминирующее положение занимают *Lactobacillus*spp. В то же время доля условно патогенной флоры – факультативно-анаэробных и аэробных бактерий – может быть существенна, что в ряде случаев ассоциируется с симптомами со стороны репродуктивной системы женщины, такими как бесплодие и преждевременные роды (Кулаков и соавт., 2010). Некоторые виды, не относящиеся к роду *Lactobacillus*, способны стимулировать синтез противовоспалительных цитокинов, поддерживающих активность воспаления, инициируя процессы, которые в конечном итоге повышают восприимчивость к инфекциям (Smith etal., 2016).

Цель исследования. Изучить микрофлору вагинального биотопа женщин, состоящих в бесплодном браке.

Материалы и методы. Проведена ретроспективная оценка клинических данных и результатов лабораторных исследований образцов вагинального секрета 298 женщин, средний возраст которых составил 34,1±0,8 года. Материал мерно получали из заднего свода влагалища с помощью ложки Фолькмана. Для бактериологического анализа исследуемых образцов готовили десятикратные разведения исходного материала. Стрепто- и энтерококки изолировали на кровяном агаре, стафилококки выделяли на желточно-солевом агаре (ЖСА), грибы рода *Candida* – на среде Сабуро, энтеробактерии определяли при высеве на агар Эндо, анаэробы – на средах Блаурокка и МРС, а также обогащенной среде для контроля стерильности, разлитой «высоким столбиком» по пробиркам. Количество выделенных микроорганизмов выражали в виде значения десятичного логарифма числа КОЕ/мл биологического материала. Для статистической обработки данных использовали непарный вариант *t*-критерия Стьюдента.

Результаты. В ходе проведенных исследований установлено, что нормальная микрофлора, состоящая из представителей родов *Lactobacillus* и *Bifidobacterium,* обнаружена у 100 и 99% женщин соответственно. Однако, лишь в 52 и 83,6% случаев количество микроорганизмов было в пределах возрастной нормы.

Среди аэробных микроорганизмов преобладали стафилококки – 65,1% (*S.aureus* – 12,1%, *S. hyicus* – 5,7%, *S. intermedius* – 4,4%, *S. epidermitis* – 22,2%, *S. haemolyticus* – 6,7%, *S. saprophyticus* – 6%,). *Enterococ-*

*cus*spp. изолированы у 15,7% женщин. В 10,7% проб присутствовали бактерии рода *Streptococcus* (в т.ч. 8,4% – *S. agalactiae*). *E. coli* обнаружена в вагинальном биотопе 27,5% женщин (включая нетипичные варианты).

В группе анаэробных микроорганизмов имели преимущественное распространение бактерии рода *Peptostreptococcus* (53,7%) и *Peptococcus* (45,6%). *Bacteroides*spp. выделен в 28,5% случаев. В 27,9% проб изолированы *Fusobacterium*spp., а *Eubacterium*spp. – в 25,8%. *Propionibacterium*spp. выделен в 26,9% случаев.

Встречаемость дрожжеподобных грибков рода *Candida* составила 20,1%, включая *C. albicans* – 11,1%.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования показали снижение численности основного представителя нормобиоты – *Lactobacillus* – в вагинальном биотопе у половины субфертильных женщин. Подобные изменения ассоциированы с наличием таких условно патогенных микроорганизмов как коагулазоотрицательные стафилококки, *E. coli* и энтерококки. Выявленные изменения состава нормофлоры и условно патогенных микроорганизмов, возможно, могут способствовать развитию репродуктивных неудач.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Грозовская М.П., Сперанский А.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в муниципальной системе здравоохранения в соответствии с законодательством. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

В современном здравоохранении лечебным учреждениям ежедневно приходится сталкиваться с жалобами и обращениями пациентов по поводу низкого качества предоставленных медицинских услуг. С данными проблемами ЛПУ встречаются на различных этапах оказания медицинской помощи, начиная с записи на прием больных к врачу, заканчивая выпиской больных. Поэтому с целью повышения качества медицинской помощи мы решили изучить данную проблему с помощью проведения опроса на базе ГБУЗ МО «Коломенская центральная поликлиника №1», а так же оказать содействие ЛПУ по решению наиболее острых и проблемных вопросов, с учетом полученных данных. На основании распоряжения управления координации деятельности медицинских и фармацевтических организаций №2 Министерства здравоохранения Московской области, для проведения опроса нам были выделены следующие даты: 18, 20, 22, 23 апреля 2016 года.

Целью исследования было оценить качество оказания медицинских услуг медицинской организацией в амбулаторных условиях.

Задачи исследования:

1) Провести социологический опорос пациентов на базе ГБУЗ МО «Коломенская центральная поликлиника №1».

2) Проанализировать полученные результаты опроса и определить наиболее проблемные месталечебного учреждения.

3) По результатам опроса, предоставить предложения по совершенствованию организации деятельности конкретного ЛПУ.

В целях изучения удовлетворенности граждан оказанной медицинской помощью в ГБУЗ МО «Коломенская центральная поликлиника № 1» проводилось анонимный опрос пациентов. Всего было опрошено 286 пациентов. В число опрошенных вошло только взрослое население. Для проведения опроса была использована анкета, представляющая собой группы вопросов, характеризующих деятельность ЛПУ и ее восприятия пациентами. В целях повышения достоверности вопросы опросного листа были представлены сплошным списком в разнобой без визуального объединения в группы. Общее количество вопросов – 17.

Полученные результаты можно сформировать по группам. Так большая часть пациентов обратилась к врачам терапевтического профиля (терапевты – 116 чел., общей практики (семейному врачу) – 30 чел.), что соответствует 51% опрошенных, 21% (60 чел.) обратился для получение услуг узких специалистов (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог, другие), 28% (90 чел.) обратились за получением иных услуг (диспансеризация, профосмотр, справка, рецепт и т.д.). Таким образом, 72% обратился за получением медицинской услуги, что является основным родом деятельности организации. При этом, 67% (193 чел.) опрошенных приходилось стоять в очереди в регистратуру, чтоб попасть к специалисту. Данную картинунегативно дополняет и то, что 11% (32 чел.) сразу не смогли попасть на прием к врачу или вызвать врача на дом.

Следствием указанного положения дел, только 29% (82 чел.) остались довольны обслуживанием в ЛПУ. Большая часть – 71% (204 чел.) были не удовлетворены поведением медицинского персонала. Однако необходимо отметить тот факт, что 94% (269 чел.) прошли прием у врача в установленное время (по записи в талоне) и только 6% (17 чел.) – не своевременно. Следствием этого 80% (230 чел.) были удовлетворены пребыванием в медицинской организации; соответственно 20 % (56 чел.) по тем или иным обстоятельствам остались не довольными пребыванием в ЛПУ. При этом, число удовлетворенных качеством самих услуг – 78% (224 чел.) и 22% (62 чел.) – соответственно не удовлетворены. Однако, оценивая последние цифры нужно принимать во внимание то, что 25% (71 чел.) опрошенных имелустановленную группу ограничения трудоспособности, что в той или иной мере накалывает отпечаток на восприятие человеком меди-

цинской организации; соответственно 75% (215 чел.) установленных ограничений не имели. Вместе с тем, значительная часть опрошенных 66% (188 чел.) благодарили персонал медицинской организации за оказанные медицинские услуги, соответственно не благодарили – 34% (98 чел.).

Анализируя поведение пациентов нужно отметить, что значительная часть респондентов обращается к информации, размещаемой ЛПУ. Так к информации, размещенной в помещениях медицинской организации (стенды, инфоматы и др.) обращались 95% (271 чел.) пациентов, а к информации, размещенной в сети интернет перед посещением ЛПУ –61% (175 чел.). Такая расстановка говорит о том, что пациенты заинтересованы в получении максимальной информации в целях выбора качественной и своевременной услуги медицинского характера.Подтверждением этому могут служить и число лиц, комментировавших медицинское обслуживание в социальных сетях. 22% (64 чел.) респондентов оставляли соответствующие комментарии, 78 % (222 чел.) – нет.

Характеризуя контингент опрашиваемых можно отметить следующие факторы. Большая часть контингента, обратившегося в ЛПУ 95% (273 чел) получали услуги за счет ОМС (бюджета), на платной основе – 5% (13 чел.). Лиц, получавших те или иные услуги за счет ДМС не было. При этом, интенсивность обращения респондентов к терапевту (врачу общей практики) распределилась следующим образом: раз в месяц – 11% (31 чел.), раз в квартал 17% (48 чел.), раз в полугодие – 25 % (71 чел.), раз в год 24% (69 чел.), не обращаюсь – 23% (67 чел.).80% (228 чел.) опрошенных знаете своего участкового терапевта(врача общей практики)и график его работы и только 20% (58 чел.) – нет. Частота обращения к узким специалистам (лор, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог и другие) выстроилось так: раз в месяц – 19% (54 чел.), раз в квартал – 11% (32 чел), раз в полугодие – 29% (84 чел.), раз в год – 6% (18 чел.), не обращаюсь – 35% (98 чел).

Длительность ожидания проведения диагностического исследования (инструментального, лабораторного) с момента получения направления на диагностическое исследование (18% (52 чел.) не получали таких назначений):составила: ≥ 14 календарных дней –5% (12 чел.), 13 дней – 4% (10 чел.), 12-11 дней – 11% (26 чел.), 10 дней – 35% (82 чел.), 9-8 дней – 18% (41 чел.), менее 7 дней – 27% (63 чел.). Длительность ожидания проведение аппаратного диагностического исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография) с момента получения направления на диагностическое исследование (67% (194 чел.) не получали таких назначений): составила: 28 дней – 11% (10 чел.), 27-16 дней – 5% (5 чел.), 15 дней – 37% (34 чел.), менее 15 дней – 47% (43 чел.). Согласно постановлению Правительства РФ от 28 ноября 2014 г. № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» и Московской областной программе государственных гарантий бесплатного оказания граж-

данам медицинской помощи на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов, то не все нормативы по длительности ожидания оказания медицинских услуг были соблюдены в полном объеме. В частности, длительность ожидания проведения аппаратного диагностического исследования не соответствует установленным нормативам, которые применяются для диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи – не более 10 рабочих дней.

В целом, население больше имело претензий касающихся организации работы ЛПУ, нежели к качеству оказанных ЛПУ медицинских услуг.

Результатом проведённого опроса могут служить следующие:

1. Значительная часть пациентов при первом обращении сразу записывается на прием к врачу и получают талон, что позволяет получить им искомую услугу. Врачи в учреждении стараются соблюдать время приема, культуру общения с пациентами и принимать их строго в установленное время. Данные обстоятельства указывают на формирование удовлетворенности у пациентов от визита в ЛПУ.

2. Нам удалось выявить наиболее проблемные «места» в анализируемом ЛПУ.К их числу можно отнести: 1) это образование очередей возле регистратуры, 2) не везде пациентов встречает вежливый персонал, 3) длительность сроков ожидания получения проведения диагностического исследования. Последний фактор является системной проблемой ЛПУ страны, так как связан с вопросами финансирования материально-технической базы медучреждения и напрямую от его деятельности не зависит, т.к. желание персонала оказать услуги при отсутствии необходимого количества инструментария должных результатов дать не могут.

Для устранения других слабых мест с целью повышения информированности как населения, так и руководителя учреждения нами был создан плакат: «У нас Вежливый персонал! Не согласен? Звони (тел. главного врача)», «Очередь в регистратуру? Отправь фото: med-okrug2@yandex.ru », данные плакаты, привлекают граждан к прямому общению с руководством, помогут администрации поликлиники ликвидировать данные проблемы. Цели и задачи нашей работы были достигнуты в полном объеме.

АМБУЛАТОРНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Царегородцев А.А., Агапов А.Б.
Клиника лазерной косметологии "Laser Clinic"
acaregorodcev@mail.ru

Введение. Альтернативой классическому стриппингу по устранению патологического рефлюкса при варикозном расширении подкожных вен

нижних конечностей (ВРВНК) является эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК).Эффективность метода сопоставима с традиционной венэктомией, но легче переносится пациентом, не требует проводниковой анестезии, выполнения разрезов кожи, не сопровождается длительным периодом реабилитации и отличается лучшим косметическим результатом [1, 2].Частота венозных тромбоэмболических осложнений после ЭВЛК значительно ниже, чем после традиционной венэктомии [3, 4, 5].

Цель исследования. Показать опыт, возможности и результаты амбулаторного применения лазерной облитерации для лечения ВРВНК на базе клиники лазерной косметологии Laser Clinic.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов лечения 175 пациентов с варикозной болезнью с 2013 по 2016 гг. Оценивались классы хронических заболеваний вен нижних конечностей (ХЗВ) у больных, которым проводилась процедура, тактические моменты проведения ЭВЛК и возникшие нежелательные явления в послеоперационном периоде.

Результаты. За период наблюдения было прооперировано 210 нижних конечностей у 175 человек. Возраст пациентов составил от 17 до 72 лет. Мужчин было 40 (23%), женщин 135 (77%). У 35 (20%) пациентов процедура выполнена на обеих ногах. В бассейне большой подкожной вены (БПВ) лазерная коагуляция проведена на 177 (84,3%) нижних конечностях, в бассейне малой подкожной вены (МПВ) на 33 (15,7%) нижних конечностях. По классификации CEAP класс C_2 встречался на 200 (95,3%) нижних конечностях, C_3 на 7 (3,3%) нижних конечностях и C_4на 3 (1,4%) нижних конечностях.

Среди нестандартных ситуаций, которые встречаются в ЭВЛК, можно отметить облитерацию труднопроходимых вен. К ним относятся извитые вены, с наличием вариксов и фиброзных изменений. В данных случаях мы выполняем две пункции ниже и выше изгиба, и соответственно коагулируем магистральную вену двумя световодами. На нашей практике встречались случаи, когда при заведении световода через изгиб БПВ мы применили растяжение кожной складки в её проекции. В результате одним световодом облитерация магистральной вены с неровным извитым ходом.

Важным моментом при позиционировании рабочей части световодаявляется диаметр приустьевого сегмента сафенной вены. На сегодняшний день нет стандартизированного подхода к определению показаний для ЭВЛК. В Российских клинических рекомендациях по диагностике и лечению ХЗВ отмечено, что при склерооблитерации ствола БПВ или МПВ более 1 см существенно уменьшается вероятность получения хорошего результата [6]. Однако, в литературе встречаются клинические наблюдения эффективной ЭВЛК БПВ с диаметром остиального отдела 15 мм в ортостазе и средним значением в исследуемой группе 23 мм, что значительно превышает рекомендуемые значения [7]. В нашем опыте максимальный диаметр БПВ составлял 20 мм в

области сафено-феморального соустья.Случаев реканализации вены за период наблюдения у данных пациентов не отмечено.

В послеоперационном периоде среди нежелательных явлений наблюдались пациенты с чувством «плотного болезненного тяжа» по ходу коагулированной вены у 15 (8,6%) человек, впервые недели после операции. В лечении им применялись НПВС до 14 суток и лечебный компрессионный трикотаж, в результате чего данное проявление купировалось. Также наблюдалось 5 (3%) пациентов с развитием гиперпигментации по ходу сафенной вены, которая самостоятельно проходила через 6 месяцев.

Выводы. По результатам наблюдения нашей клиники ЭВЛК является современным, миниинвазивным методом лечения варикозной болезни, и является альтернативой классической венэктомии у пациентов с классом заболевания С2-С4.В амбулаторных условиях лазерная коагуляция эффективна и безопасна при наличии специализированного персонала и систематического наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде.

Список литературы

1. Операции на сосудах / Р.Е. Калинин [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 120 с.

2. Лазерная облитерация вен для практических врачей / А.Л. Соколов, К.В. Лядов, М.М. Луценко. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2011. – 136 с.

3. Сучков И.А., Швальб П.Г. К вопросу о лечении тромбозов глубоких вен нижних конечностей // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2006. – № 3. – С. 19-23.

4. Калинин Р.Е., Нарижный М.В., Сучков И.А. Эмболоопасность острого восходящего тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2011. – № 2. – С. 19.

5. Агапов А.Б., Сучков И.А., Рябков А.Н. Прямые пероральные антикоагулянты в лечении пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2016. – №2. – С. 147-157.

6. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен / В.С. Савельев [и др.] // Флебология. – 2013. – Т. 7. – С. 47.

7. Использование лазерных технологий в лечении хронической венозной недостаточности у пациентов с широким остиальным сегментом магистральных стволов подкожных вен / М.Ю. Лукьяненко, В.Б. Стародубцев, А.А. Карпенко, Д.С. Сергеевичев // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2014. – №1. – С. 96-100.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ (ТИМОМ)ТИМЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ МИАСТЕНИЕЙ

Анипченко Н.Н., Овезов А.М., Аллахвердян А.С., Прокошев П.В.
Московский областной научно-исследовательский
клинический институт имени М.Ф. Владимирского
dottor.na@gmail.com

Введение. Миастения – аутоиммунное заболевание, клиническим проявлением которого является синдром патологической мышечной утомляемости в связи с наличием антител против ацетилхолиновых рецепторов постсинаптической мембраны нервно-мышечных соединений. Хирургическое лечение миастении заключается в выполнении тимэктомии или (тимом)тимэктомии (при опухолях вилочковой железы). При наличии соответствующих навыков хирурга и оборудования (тимом)тимэктомию принято выполнять видеоторакоскопическим доступом. Для обеспечения данной операции требуется общая анестезия с однолегочной вентиляцией, что предполагает непременное использование миорелаксантов. При этом больные миастенией обладают непредсказуемой чувствительностью к недеполяризующим миорелаксантам, что представляет собой известную трудность анестезиологического обеспечения.

Цель исследования. Анализ алгоритма анестезиологического обеспечения видеоторакоскопической (тимом)тимэктомии с применением рокурония бромида и сугаммадекса.

Материалы и методы. В 1998-2016 гг. 49 пациентам проведена (тимом)тимэктомия видеоторакоскопическим доступом, из них женщин – 21 (43,4%), мужчин – 28 (56,6%). Во всех случаях была проведена комбинированная общая анестезия с ИВЛ. Премедикацию бензодиазепинами не проводили. После преоксигенации в течение 1-2 минут, вводили внутривенно болюсно пропофол – 2 мг/кг, фентанил – 3-4 мкг/кг, нередуцированную дозу рокурония бромида – 0,6 мг/кг. Интубацию трахеи при прямой ларингоскопии осуществляли двухпросветной трубкой типа Карленса для обеспечения однолегочной вентиляции (ОЛВ) на основном этапе операции. ИВЛ проводили аппаратом Dräger Primus: ДО – 6-8 мл/кг, PEEP – 5 см вод. ст., FiO_2 – 0,3-0,4; на этапе ОЛВ: ДО – 4-6 мл/кг, PEEP – 6-8 см вод. ст., FiO_2 – 0,3-0,4. Поддержание анестезии: севофлуран (1,0±0,3 МАК) и болюсное введение фентанила в дозе 3-5 мкг/кг/ч; миоплегия – введение рокурония бромида не требовалось. Интраоперационно дополнительно к Гарвардскому стандарту мониторинга применяли BIS и нейромышечный мониторинг с использованием акселерометрии в режиме четырехразрядной стимуляции (TOF) с использованием TOF-Watch®SX. После окончания оперативного вмешательства с

целью реверса нейромышечного блока, вызванного введением рокурония бромида, применяли сугаммадекс (в соответствии с рекомендациями производителей при контроле TOF, в дозе 2-4 мг/кг).

Результаты. Интраоперационные кровотечения наблюдались в 5 (10,2 %) случаях, в 2-х случаях прибегли к конверсии с миниторакотомным доступом. Средняя продолжительность операций составила 119±9 минут. При быстром достижении TOF 0,9, все пациенты были экстубированы. Реинтубация не потребовалась ни в одном случае. Не зарегистрировано ни одной бронхопневмонии в послеоперационном периоде. Только в одном случае была необходимость нахождения пациентки в отделении реанимации (2 суток) из-за явлений выраженной миастении. Послеоперационный койко-день составил 7±1. Признаки миастении сохранялись у 2-х пациентов (5,2%).

Заключение. Возможность применения сугаммадекса позволяет всех больных миастенией интубировать в условиях адекватной миоплегии, достигнутой введением стандартной дозы рокурония бромида. При этом нет необходимости учитывать степень выраженности заболевания и проведение соответствующей лекарственной терапии в периоперационном периоде. Применение современных легкоуправляемых препаратов для анестезии (пропофол, севофлуран, рокурония бромид) в сочетании с сугаммадексом обеспечивает экстубацию пациентов на операционном столе, что полностью исключает непредсказуемую пролонгацию ИВЛ в послеоперационном периоде. Именно анестезиологическая тактика при данных операциях определяет вероятность развития специфических осложнений, обусловленных остаточной нервно-мышечной блокадой, таких как гиповентиляция, десатурация, гиперкапния, аспирация и послеоперационная бронхопневмония.

Список литературы

1. Куприянова Е.Д. Особенности анестезиологического пособия при миастении // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – № 3, Т. 7. – С. 599-601.

2. Postevka E. Anesthetic implications of myasthenia gravis: a case report // AANA J. – 2013; 81: 386-8.

3. Kim R.K., Kim S.Y. Rapid Return of Spontaneous Respiration after General Anesthesia with Sugammadex in a Patient with Myasthenia Gravis // J. Lifestyle Med. – 2016 Mar; 6(1): 43-6.

4. Sungur U.Z., Yavru A., Camci E., Ozkan B., Toker A., Senturk M. Rocuronium and sugammadex in patients with myasthenia gravis undergoing thymectomy // Acta Anaesthesiol Scand. – 2013 Jul; 57(6): 745-8.

5. Sungur Z., Sentürk M. Anaesthesia for thymectomy in adult and juvenile myasthenic patients // Curr Opin Anaesthesiol. – 2016 Feb; 29(1): 14-9.

6. Vymazal T., Krecmerova M., Bicek V., Lischke R. Feasibility of full and rapid neuromuscular blockade recovery with sugammadex in myasthenia

gravis patients undergoing surgery – a series of 117 cases // Ther Clin Risk Manag. – 2015 Oct 15; 11: 1593-6.

7. Blichfeldt-Lauridsen L., Hansen B.D. Anesthesia and myasthenia gravis // Acta Anaesthesiol Scand. – 2012 Jan; 56(1): 17-22.

СРАВНЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДЛЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АНГИОГЕНЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Крылов А.А., Мжаванадзе Н.Д.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
andrewkrylov1992@gmail.com

Введение. Несмотря на современный уровень развития сосудистой хирургии и постоянную разработку новых методов диагностики и лечения сосудистых заболеваний, проблема поражения дистальных отделов сосудистого русла на фоне сахарного диабета не теряет своей актуальности [1-3]. Зачастую хирургическое лечение данной группы пациентов невозможно из-за отсутствия удовлетворительных путей оттока, а консервативных методов лечения очень часто недостаточно [4-5]. Так же остается высоким процент осложнений после оперативного лечения, обусловленный поражением сосудов макро- и микроциркуляционного русла, нарушением адекватной перфузии тканей на уровне капилляров [6]. Поэтому включение в стандартные схемы лечения данных групп пациентов препарата для терапевтического ангиогенеза является перспективным направлением [7].

Цель исследования. Сравнить эффективность и безопасность применения препарата для терапевтического ангиогенеза на основе плазмиды, кодирующего фактора роста эндотелия сосудов человека (VEGF), в составе комплексного лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей на фоне сопутствующего сахарного диабета. Оценить параметры выживаемости, сохранения конечности, развития течения заболевания в отдаленном периоде (6 месяцев).

Материалы и методы. В исследование были включены 177 пациентов, разделенных на 4 группы. Средний возраст составил 65,5 лет. В исследование были включены данные 108 мужчин (от 48 до 87 лет) и 69 женщин (от 44 до 89 лет).Контрольную группу составили 147 больных, распределенных на две группы в зависимости от тактики лечения. В 107 случаях пациентам выполнялись открытые, либо эндоваскулярныеоперативные вмешательства на артериях нижних конечностей, а в 40 случаях, по причине невозможности оперативного лечения, был проведен стандартный

курс консервативной терапии согласно клиническим рекомендациям по ведению пациентов с сосудистой артериальной патологией.

Исследуемую группу составили 30 пациентов, так же разделенных на 2 группы по 15 человек в зависимости от тактики лечения (оперативное лечение либо консервативная терапия). Пациентам данной группы помимо стандартного лечения дополнительно выполнялись внутримышечные инъекции препарата для терапевтического ангиогенеза (Неоваскулген) в режиме и дозировании предписанном изготовителем. Все пациенты, проходившие курс консервативной терапии имели ограниченные участки некрозов на нижних конечностях.

Результаты. За 6 месяцев наблюдения за пациентами исследуемых групп побочных реакций и нежелательных явлений после введения препарата не зарегистрировано. Все пациенты, включенные в исследование, продолжают наблюдаться. Ампутации нижних конечностей были выполнены у 5 больных 16,7% (2 в группе прооперированных пациентов, 3 в группе без операции). Отсутствие динамики к заживлению некрозов отмечено в 3 случаях (10%). Компенсация кровообращения с положительной динамикой отмечена у 22 пациентов (73,3%).

Полное заживление некрозов зарегистрировано в 17 случаях (56,7%). При этомв оперированной группе произошла полная эпителизация у 58%, в консервативной у 66,7% больных. В 4 случаях в группе прооперированных больных в течение полугода с момента выполнения оперативного вмешательства был зарегистрирован тромбоз в зоне реконструкции, и только одному пациенту была выполнена ампутация бедра. В 3 остальных случаях, не смотря на не работающий кондуит, коллатерального кровообращения оказалось достаточно для сохранения конечности.

В контрольной группепрооперированных пациентов (N=107) в раннем послеоперационном периоде было выполнено 15 ампутаций (14%), так же 15 ампутаций (14%) было выполнено в течение последующих 6 месяцев наблюдения за больными.

За 6 месяцев наблюдения за больными было зарегистрировано 9 случаев (8,4%) летальных исходов.

Из 40 наблюдаемых больных в контрольной группе консервативной терапии в течение первых 6 месяцев после установления диагноза и прохождения лечениявыполнено 14 (35%) ампутаций.Зарегистрировано 2 случая летальных исходов (5%) в течение 6 месяцев наблюдения за пациентами.

Выводы. Применение препарата для терапевтического ангиогенеза является безопасным и эффективным инструментом для лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей с сопутствующим сахарным диабетом.

Отдаленные результаты комбинации терапевтического ангиогенеза как с хирургическим, так и с терапевтическим лечением показывают лучшие результаты по сравнению с контрольными группами.

Необходим дальнейшее наблюдение и сбор сведений об эффективности работы препарата с учетом показателей макро и микроциркуляции (TcPo2, ДБХ, УЗДГ, ангиография) для формирования четких показаний для применения препарата в составе комплексной терапии у пациентов с критической ишемией нижних конечностей на фоне сахарного диабета.

Список литературы

1 Калинин Р.Е., Абросимов В.Н., Сучков И.А., Буршинов О.А., Пшенников А.С., Жукова Л.А. и др. Ишемические болезни в практике семейного врача. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 208 с.

2 Медикаментозная коррекция функционального состояния эндотелия у пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.С. Пшенников, А.А. Никифоров // Казанский медицинский журнал. – 2013. – Т. 94. – № 2. – С. 181-185.

3 Эндотелиальная дисфункция и способы её коррекции при облитерирующем атеросклерозе / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.С. Пшенников. – М.: ГЕОТАР-МЕДИА, 2014. – С. 151.

4 Покровский А.В., Дан В.Н., Чупин А.В., Харазов А.Ф. Возможности сохранения нижней конечности при критической ишемии у больных сахарным диабетом // Сахарный диабет. – 2002. – №4. – С. 28-32.

5 Дибиров М.Д., Брискин Б.С., Хамитов Ф.Ф. и др. Роль реконструктивных сосудистых операций у больных диабетическойангиопатией // Хирургия. – 2009. – №2. – С. 59-63.

6 Профилактика рестеноза в реконструктивной хирургии магистральных артерий / И.А. Сучков, А.С. Пшенников, А.А. Герасимов, А.Б. Агапов, А.А. Камаев // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2013. – №2. – С. 12-19.

7 Деев Р.В., Мжаванадзе Н.Д. Влияние геннотерапевтического индуктора неоангиогенеза pvegf165 на показатели макро и микрогемодинамики у пациентов с хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза // Наука молодых (EruditioJ uvenium). – 2014. – №1. – С. 68-73.

НАЗОТРАХЕАЛЬНАЯ ИНТУБАЦИЯ ТРАХЕИ ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ ПРИ СОХРАНЁННОМ СОЗНАНИИ БОЛЬНОГО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПТИЧЕСКИХ УСТРОЙСТВ

Столяренко П.Ю., Байриков И.М., Насырова Е.В., Гафаров Х.О., Солтанов А.Д.
Самарский государственный медицинский университет
samara.stolyarenko49@gmail.com

Введение. Поддержание проходимости верхних дыхательных путей (ВДП) является актуальной проблемой при анестезиологическом обеспе-

чении в челюстно-лицевой хирургии(ЧЛХ) вследствие высокой частоты осложнений (Вильсон И.Х., Копф А., 2009; Зайцев А.Ю. и соавт., 2014; Harris T. etal., 2010; Raval C.B., Rashiduddin M., 2011; Morosan M. etal., 2012; Beckers S.K.etal., 2014и др.).В ряде случаев у больных с новообразованиями рото-гортаноглотки, травмой костей лицевого черепа, анкилозом ВНЧС, рубцовой контрактурой нижней челюсти, короткой шеей, ожирением, синдромами Клиппера-Фейля, Пьера Робена, микрогенией из-за выраженных анатомо-топографических нарушений возникает опасность трудной интубации трахеи или невозможность визуализировать голосовую щель и вентилировать после вводного наркоза и введения мышечных релаксантов. Разработка стратегии и тактики интубации трахеи в этой области анестезиологии имеет важное значение не только для анестезиологов, но и для челюстно-лицевых хирургов и хирургов-стоматологов.

Цель исследования. Разработать альтернативный метод поддержания проходимости ВДП при сложной интубации трахеи и вентиляции легких в плановой ЧЛХ.

Материал и методы. Фиброоптическая интубация трахеи через нос при сохраненном сознании больного проводилась в клинике ЧЛХ СамГМУ эндоскопистом и анестезиологом-реаниматологом с помощью фибробронхоскопа Olympus BF-40после получение согласия, преоксигенации, премедикации, местной анестезии носовых ходов, корня языка и задней стенки глотки 1 дозой спрея 10% раствора лидокаина. Метод применен у 12 больных: с посттравматической деформацией нижней челюсти, сопровождающейся контрактурой (5), переломом нижней челюсти (3), хроническим остеомиелитом нижней челюсти (1), анкилозом ВНЧС (1), микрогенией (1), новообразование нижней челюсти (1).

Результаты. Показания к фиброоптической назальной интубации в сознании: трудная интубация/вентиляция маской в анамнезе, предполагаемые сложности ларингоскопии/вентиляции маской, анатомические аномалии и нарушения топографии, вызванные патологией, обструкция ВДП. Противопоказания: отказ больного, неконтактный больной, невозможности провести через нос эндотрахеальную трубку №7,5, аллергия на лидокаин, массивное кровотечение в ротовой/носовой полости, детский возраст. Тщательное изучение анамнеза пациента, анатомических особенностей и специфических тестов для скрининга при прогнозировании трудной интубации может помочь в выявлении возможных проблем с обеспечением проходимости ВДП. К косвенным признакам следует отнести наличие выраженного храпа, обструктивного сонного апноэ, указаний на трудную интубацию во время предыдущих анестезий. При прогнозируемой трудной интубации трахеи необходимо тщательно запланировать анестезию и обеспечить её безопасность (готовность к экстренному инвазивному доступу к ВДП; в случае прогнозируемых сложностей с выполнением крикотиреотомии -обеспечить присутствие в операционной хирургов или подго-

товленного коллеги с самого начала анестезии; перед началом манипуляций следует маркировать анатомические ориентиры на передней поверхности шеи пациента, чтобы облегчить их поиск в случае перехода к инвазивным техникам).Осложнений, связанных с использованием метода фиброоптической интубации трахеи, не было.

Заключение. Назотрахеальная интубация трахеи под местной анестезией при сохраненном сознании больного с использованием оптических устройств с успехом может быть использована в ЧЛХ при предполагаемой трудной интубации. Она повышает безопасность анестезии, позволяет уменьшить показания к трахеостомии для проведения наркоза.

Список литературы

1. Вильсон И.Х., Копф А. Прогноз и тактика при трудной интубации трахеи // Медицина неотложных состояний. 2009. № 3-4 (22-23); [Электронный ресурс]. URL: http://www.mif-ua.com/archive/article/9394 (дата обращения 23.07.2016).

2. Зайцев А.Ю., Светлов В.А., Дубровин К.В. [и др.] Опухоль корня языка, тактика интубации трахеи // Анестезиология и реаниматология. – 2014. – №1. – С. 63-65.

3. Beckers S.K., Brokmann J.C., Rossaint R. Airway and ventilator management in trauma patients // Current Opinion in Critical Care. – 2014. – Vol. 20. – №6. – P. 626-631.

4. Harris T., Rice S., Watts B., Davies G. The emergency control of traumatic maxillofacial haemorrhage // European Journal of Emergency Medicine. – 2010. – Vol. 17. – №4. P. 230-233.

5. Raval C.B., Rashiduddin M. Airway management in patients with maxillofacial trauma – A retrospective study of 177 cases // Saudi J.Anaesth. – 2011. – Vol. 5, №1. – P. 9-14.

6. Morosan M., Parbhoo A., Curry N. Anaesthesia and common oral and maxillo-facial emergencies // Continuing Education in Anesthesia, Critical Care and Pain. – 2012. – Vol. 12, №5. – P. 257-262.

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ТРОМБОФИЛИЯ

Заикина М.В.[1], Заикина Е.В.[2]
Рязанский областной клинический кардиологический диспансер (1),
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова (2)
m.zaikina20@yandex.ru

Введение. Тромбофилия – это повышенная склонность организма к развитию тромбозов или внутрисосудистого свёртывания крови, обусловленная нарушением регуляторных механизмов системы гемостаза или из-

менением свойств её отдельных звеньев. Этиология включает мутации генов, повышающие склонность к тромбообразованию: мутация V фактора Лейдена, обуславливающая резистентность к активированному протеину С, мутация гена протромбина 20210, дефицит протеина С, дефицит протеина S, дефицит протеина Z, дефицит антитромбина, гипергомоцистеинемия.

Описание случая: был обследован пациент 1958г. с жалобами на одышку при нагрузке, сухой кашель, повышение АД, учащённое сердцебиение, отёки ног.

Считает себя больным с 1978г, когда впервые появились резкие боли под левой лопаткой, повышение t° тела. Рентгенологически – долевая пневмония в средней доле справа. Одновременно был поставлен диагноз тромбофлебит вен нижних конечностей. Диагностирована тромбоэмболия лёгочной артерии. В последующие годы неоднократные эпизоды венозных тромбозов верхних и нижних конечностей. Получал эпизодически лечение прямыми антикоагулянтами. Летом 2010 г. появились тупые постоянные боли в правом подреберье, стула не было, температура в норме, диурез в норме. Боли сохранялись. При обследовании установлен диагноз тромбоз воротной вены и мезентериальный тромбоз. Проводилось лечение фраксипарином. Отмечает прекращение болей и появление стула. По данным УЗИ – реканализация тромбоза.

Больной курит, с 2004 г. – ХОБЛ, III стадия, получает бронхолитики постоянно.

Наследственность: у отца в 1978г. ТЭЛА с летальным исходом. У сестры – ТЭЛА в 30 лет, в 58 лет – тромбоэмболия сосудов головного мозга с летальным исходом, у дочери ТЭЛА в 32 года на фоне приёма пероральных контрацептивов. Пациенту и его дочери проводилось генетическое обследование, при котором была выявлена наследственная тромбофилия (мутация V фактора Лейдена).

Диагноз: Наследственная тромбофилия (мутация фактора V Лейдена). Хроническое лёгочное сердце, компенсация. Состояние после ТЭЛА (1978). Состояние после тромбоза воротной вены, мезентериального тромбоза (2010). Хронический тромбофлебит обеих голеней. Посттромбофлебитический синдром. Хроническая венозная недостаточность 2 ст. ХОБЛ, III стадия, ремиссия. ДН 2 ст. Гипертоническая болезнь 2 стадия, 2 степень, риск 4.

Терапия: Беродуал Н – по требованию, тиотропия бромид 18 мкг в сутки, формотерол 12 мкг 2 раза в день, рамиприл 5 мг в сутки, дилтиазем 180 мг 2 раза в день, спиронолактон 50 мг/сутки, торасемид 5 мг/сутки. От терапии антикоагулянтами больной категорически отказался.

Обсуждение. В данном случае наследственный характер тромбофилии подтверждается тромбоэмболическими проявлениями в трёх поколениях одной семьи. У наблюдаемого пациента подозрение на наследственную тромбофилию возникло после рецидивов тромбозов и сочетания артериальных и венозных тромбозов.

Выводы. Наследственная тромбофилия характеризуется разнообразными клиническими проявлениями, особенно рецидивирующими тромбозами и сочетанием артериальных и венозных тромбозов, как в представленном клиническом случае. При наличии тромбозов и тромбоэмболий необходимо тщательно изучать семейный анамнез и шире использовать лабораторные методы диагностики наследственных тромбофилий.

БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ, ОСЛОЖНЁННАЯ АТИПИЧНЫМ МИКОБАКТЕРИОЗОМ

Заикина Е.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
m.zaikina20@yandex.ru

Введение. Атипичные микобактериозы – заболевания, по клинике и рентгенологическим признакам близкие к туберкулезу, возбудителями которых являются кислотоустойчивые микобактерии, которые по культуральным, биохимическим свойствам и вирулентности отличаются от микобактерии туберкулеза. Атипичные микобактерии являются сапрофитами, обладают естественной лекарственной устойчивостью ко многим противотуберкулезным препаратам, очень редко передаются от человека к человеку, вызывают заболевание при снижении общей и местной реактивности организма.

Описание случая: пациентка В., 26 лет, предъявляет жалобы на кашель с обильной вязкой гнойной мокротой, одышку при физической нагрузке.

Анамнез: в детстве неоднократно пневмонии, в возрасте 12 лет при бронхографии выявлены двусторонние бронхоэктазы в нижних отделах. С 16 лет – обострения 2-4 раза в год. В 2012 году при очередном обострении – длительная лихорадка, отсутствие эффекта от банальной антимикробной терапии. При РКТ лёгких – в нижней доле правого лёгкого множественные очаговые тени. При микробиологическом исследовании в мокроте выделены M. Tuberculosis. Получала 4 компонентную терапию туберкулостатиками с положительным результатом (изониазид, рифампицин, этамбутол, пиразинамид). Через 6 месяцев терапии возникла беременность в связи, с чем терапия была прекращена. Беременность завершилась рождением здоровой доношенной девочки. В связи с длительной лактацией до 2014 г. от рентгенологического обследования отказывалась. Последнее обострение с 09.2014г., на фоне терапии аугментином 2 г./сутки состояние без динамики. При РКТ лёгких – с обеих сторон в нижних отделах сливные очаговые тени, справа два крупных очага с распадом. При микробиологическом исследовании мокроты выделены M. smegmatis, резистентные к туберкулостатикам 1 ряда.

Спирография: выраженные нарушения функции внешнего дыхания по смешанному типу. ЖЕЛ умеренно снижена. Выраженная генерализованная обструкция. Проба с сальбутамолом отрицательная.

Обследована в НИИ фтизиопульмонологии РАМН: M. smegmatis выделен из мокроты в значимом титре, чувствительная к кларитромицину, моксифлоксацину, линезолиду. Выставлен диагноз: Бронхоэктатическая болезнь. Хронический гнойный бронхит в фазе обострения. Атипичный микобактериоз.

Проводилась терапия: клацид СР 500 мг/сутки, линезолид 300 мг/сутки, спирива респимат 5 мкг/сутки, онбрез 150 мкг/сутки, флуимуцил 1200 мг/сутки с положительным эффектом.

РКТ лёгких (контроль через 3 мес.): отмечается значительная положительная динамика, уменьшилось количество очаговых теней, уменьшился объём содержимого бронхоцеле. Антибактериальная терапия проводилась в течение 6 месяцев в комбинации с иммунотерапией: иммунофан, глутоксим, антипневмококковая вакцинация – превенар-13. В течение следующих 1,5 лет – обострения не регистрировались.

Обсуждение. Атипичный микобактериоз в данном случае был заподозрен из-за частых рецидивов хронического бронхолёгочного процесса и отсутствия эффекта от проводимой туберкулостатической терапии при выявлении микобактерий. Лабораторное подтверждение апитичного микобактериоза является трудной задачей, требуется повторное выделение микобактерии. Резистентность к туберкулостатикам 1 ряда крайне затрудняет антибактериальную терапию.

Выводы. Атипичный микобактериоз следует подозревать у пациентов с хронической бронхолёгочной терапией, резистентной к стандартной антибиотикотерапии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЛОССИТА ВСЛЕДСТВИЕ АНЕМИИ, ВЫЗВАННОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

Котов К.С., Митин Н.Е., Котова Л.А., Котова А.Б.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
k140581k@yandex.ru

Синдром жжения рта – это полиэтиологическое заболевание, характерным симптомом которого является ощущение жжения различных участков слизистой оболочки рта, изменяющееся по интенсивности с течением времени и зачастую приводящее к изнуряющим головным и лицевым болям, потере сна, повышению кровяного давления. Важность дифференциальной диагностики причин, вызывающих жжение во рту очень высока,

ибо верно установленная причина позволяет быстро устранить мучающие пациента ощущения и обеспечить быстрое лечение индуцированных тягостным ощущением жжения заболеваний [1, 2, 4].

В клинику ортопедической стоматологии и ортодонтии РязГМУ им. акад. И.П. Павлова обратилась пациентка П., 65 лет, с жалобами на жжение и металлический вкус во рту, отёчность и покраснение языка. Пациентка отмечала наличие общей слабости и головокружений. Более 30 лет работает монтажником радиоэлектронной аппаратуры. Язык увеличен в размере, отёчен, гиперемирован, по всей дорсальной поверхности имеется выраженная десквамация эпителия, дистрофия нитевидных и грибовидных сосочков. В верхнем переднем участке имеется металлокерамический мост, в боковых участках зубного ряда сверху и снизу – паяные мостовидные протезы с защитно-декоративным напыление нитридом титана. Измерение разности потенциалов по методу Королева К.А. (2014) выявило значения порядка 200 мВ, что, в совокупности с данными опроса и осмотра, явилось основанием для постановки диагноза: гальваноз, глоссит. Пациентке были сняты паяные мостовидные протезы и была назначена явка через неделю для проведения повторных измерений разности потенциалов во рту. Однако, пациентка после снятия паяных мостовидных протезов, на следующий день уведомила врача о плохом самочувствии, слабости (которая даже не позволяла ей встать на ноги) и, с диагнозом: ИБС. Гипертоническая болезнь она была госпитализирована в терапевтическое отделение Солотчинской районной больницы г. Рязани. Во время повторного посещения врача-стоматолога пациентка жаловалась на сохраняющееся ощущение жжения во рту. Измерение разности потенциалов выявило нормальные показатели, что позволило скорректировать диагноз: глоссит неясной этиологии. Для выяснения соматических причин данного глоссита, пациентка была направлена для консультации к гастроэнтерологу, эндокринологу, гинекологу и неврологу, а также – на общий анализ крови и исследование концентрации ионов свинца в крови. После получения данных анализа о концентрации ионов свинца в крови (более чем в 2 раза превышающей максимально допустимые значения), а также общего анализа крови (гемоглобин – 80 г/л, эритроциты – $3{,}0 \times 10^{12}$), пациентка была госпитализирована в отделение профпатологии областной клинической больницы г. Рязани. В результате проведённого лечения у неё нормализовались параметры крови и уменьшилось концентрация ионов свинца. При повторном осмотре у врача-стоматолога была отмечено нормальное состояние языка. Пациентка получила ортопедическое лечение – ей были изготовлены цельнолитые мостовидные протезы из биоинертного сплава VirobondC (Bego, Германия) и в настоящий момент проходит реабилитационное лечение в санатории.

Знание причин возникновения синдрома жжения рта и проведение тщательной дифференцировки этих причин, с учётом индивидуальных особенностей стоматологических пациентов очень часто позволяет выявить

скрытые от врачей лечебного профиля заболевания, провести их лечение и тем самым значительно повысить качество жизни таких пациентов [3, 5].

Список литературы

1. Иорданишвили А.К., Бельских О.А., Музыкин М.И., Черныш В.Ф., Тишков Д.С. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у взрослых людей при хронической болезни почек // Пародонтология. – 2015. – Т. 20, № 4 (77). – С. 40-44.

2. Иорданишвили А.К., Бельских О.А., Тишков Д.С., Карев Ф.А., Музыкин М.И., Либих Д.А. Особенности функционирования слизистой оболочки полости рта и языка при хронических заболеваниях почек, кишечника и эндокринной патологии // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2015. – № 4. – С. 30-36.

3. Котов К.С. Влияние несъёмных протезов из различных материалов на показатели минерального гомеостаза и кислотно-щелочной баланс ротовой жидкости: дисс. ... канд. мед. наук / ГОУ ВПО "Нижегородская государственная медицинская академия". – Нижний Новгород, 2009.

4. Митин Н.Е., Курякина Н.В. Анализ психологической адаптации больных к съёмным зубным протезам / Н.Е. Митин, Н.В. Курякина // Стоматология. – 1998. – Т. 77, №6. – С. 62-64.

5. Тишков Д.С., Северьянова Л.А., Бобынцев И.И. Характеристика свойств темперамента у больных невралгией тройничного нерва // Курский научно-практический вестник"Человек и его здоровье". – 2009. – №3. – С. 105-109.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Папкова К.С.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
papkova94@yandex.ru

Введение. Локализованная **(**ограниченная) склеродермия (ЛС) – серьезная современная медицинская и социальная проблема. В последние годы больных с таким аутоиммунным заболеванием, как ЛС становится больше и отмечается более агрессивное течение болезни. Дебют болезни чаще отмечается в возрасте 20-50 лет, причем женщины страдают этим недугом в 3,6 раз чаще мужчин.

По данным ГБУ РО «ОККВД», на территории Рязани и Рязанской области за период с 2013 по 2015 гг. зарегистрирован681 случай данного заболевания, что в среднем составляет 59,6 случаев на 100000 населения региона. Опасность ЛС заключается в возможности ее перехода в системную склеродермию, при которой поражается кожа, опорно-двигательный

аппарат, внутренние органы, что значительно снижается качество жизни больных, приводя кинвалидизации.

Описание клинического случая: под нашим наблюдением находилась пациентка К., 68 лет, которая была госпитализирована в ГБУ РО «ОККВД» 06.06.2016 г. с диагнозом локализованная склеродермия.

Жалобы: на появление очагов красного – синюшного цвета, с выраженным отеком на голенях, бедрах и боковых поверхностях туловища.

Из анамнеза заболевания: больна около 15 лет, когда впервые появились подобные высыпания на коже живота. Состоит на диспансерном учете в ГБУ РО «ОККВД» с 2003 г. с диагнозом локализованная склеродермия, бляшечная форма. Стационарное лечение в ГБУ РО «ОККВД» 1-2 раза в год, последний раз в ноябре 2015 г.

Объективно: высыпания асимметричные, распространенные. Локализация на коже голеней, бедер, живота, боковых поверхностей туловища. Высыпания представлены очагами округлой и овальной формы. На коже живота и боковых поверхностей туловища красно-синюшного цвета, с четкими границами; на нижних конечностях ярко-розовые, окруженные периферическим ободком воспаления лилового цвета. Очаги плотные в основании, кожа в очагах не собирается в складку.

Результаты лабораторных методов обследования: отмечается повышение СОЭ, АЛТ, АСТ, ОХС и ЛПНП; ИФА на IgG-аутоантитела к ССР и IgM ревматоидный фактор отрицательны; антинуклеарные антитела к SS-A слабо положительны, к Ro-52 положительны. Консультирована ревматологом: данных за системность процесса нет.

Проведенное лечение: пенициллин 1 млн ЕД 4 р/с., в/м 10 дне;, дипроспан 1,0 в/м №1;физ. р-р 0,9% 200,0 + трентал 100 мг 5,0 + вит. С 5% 2,0 в/в капельно №10; физ. р-р 0,9% 200,0 + фосфоглив5,0 в/в капельно №5, гепариновая мазь наружно 3 р/день.

На фоне проводимого лечения состояние больной улучшилось. При выписке даны рекомендации: консультация терапевта для коррекции дислипидемии, УЗИ органов брюшной полости, контроль лабораторных показателей крови; избегание чрезмерного перегревания и переохлаждения, травм, эмоциональных стрессов, самостоятельного бесконтрольного приема лекарственных средств.

Обсуждение. Данный клинический случай представляет собой классическое течение ЛС. Своевременная диагностика дебюта заболевания и его обострений необходима для предупреждения прогрессирования болезни и перехода в системную склеродермию. Важно не только проводить медикаментозную терапию, но и информировать пациента о возможных факторах риска, настраивать на регулярное посещение врача и выполнение его назначений.

Заключение. ЛС – хроническое заболевание соединительной ткани с очаговыми воспалительно-склеротическими изменениями кожи и подлежащих тканей без вовлечения в патологический процесс внутренних орга-

нов, склонное к обострениям и переходу в системную склеродермию.Ввиду исключительной важности своевременной диагностики ЛС, ее симптомы должен знать врач любой специальности.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА В СОВМЕСТНОЙ ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА

Пшенников Д.С.[1], Захарова И.В.[2], Ветшев А.А.[2]
ГБУ РО "КБ имени Н.А. Семашко" (1)
ГБУ РО "Областная клиническая больница" (2)
pshennikovd@mail.ru

Введение. Гранулематоз Вегенера (ГВ) – крайне редкое тяжелое заболевание из группы системных васкулитов. Как правило из-за неспецифичности начальных стадий заболевания диагностика очень затруднительна. Очень долгое время пациенты лечатся от воспалительных рецидивирующих заболеваний верхних дыхательных путей. Зачастую правильный диагноз ставится на последних стадиях болезни при неблагоприятном прогнозе. Хирургическое лечение противопоказано, может привести к ухудшению течения основного заболевания и применяется только по жизненным показаниям.

Описание случая. Больной Л, 62 лет, поступил в эндокринологическое отделение в тяжелом состоянии, спутанном сознании. Уровень глюкозы крови22ммоль/л. В анамнезе сахарный диабет 2 типа и наличие кариозных зубов на верхней челюсти, с боли в которых и началось последнее ухудшение состояния. При поступлении имелся небольшой отек левой щеки, снижение зрения на левый глаз. Несмотря на проводимую гипогликемическую терапию состояние больного прогрессивно ухудшалось, увеличился отек левой щеки, появились напряженный отек обоих век левого глаза, отсутствие зрения на левый глаз, затем к клинической картине присоединилась очаговая мозговая симптоматика с правосторонним гемипарезом и угнетением сознания. Терапия предполагаемого инсульта не имела положительного результата. На РКТ костей черепа имелись затемнение всех околоносовых пазух с левой стороны с признаками костной деструкции альвеолярного отростка верхней челюсти слева и патологическим содержимым левой глазницы. Выставлен диагноз: Обострение левостороннего одонтогенного гемисинусита, флегмона левой орбиты, остеомиелит верхней челюсти слева. Больной оперирован совместно оториноларингологом и челюстно-лицевым хирургом. Операция проведена в объеме экстраназального вскрытия левосторонних околоносовых пазух, широкое вскрытие левой орбиты (эндо- и экстраназальное), резекция патологически

измененного участка верхней челюсти слева с массивным иссечение некротизированной ткани полости носа, левой щеки и левых околоносовых пазух до крыло-небной ямки и височной области слева. Биопсия иссеченной некротической ткани установила ГВ. В послеоперационном периоде состояние больного стабилизировалось. Для восстановления функционального состояния больному установлен обтуратор верхней челюсти, больной регулярно получает стационарное лечение в условиях ревматологического отделения.

Обсуждение. В современных условиях помимо онкологической настороженности врачи также не должны забывать о системных заболеваниях, особенно при плохо поддающихся стандартной терапии заболеваниях. Прогноз напрямую зависит от времени постановки диагноза и своевременно начатого лечения.

Заключение. Несмотря на неблагоприятный прогноз при позднем выявлении ГВ с далеко зашедшей стадией болезни в данном клиническом случае хирургическое лечение с привлечением ЛОР и челюстно-лицевого хирургов в комбинации с консервативной ревматологической терапией позволило добиться стойкой ремиссии заболевания.

СЛУЧАЙ ОТРАВЛЕНИЯ ПАРАЦЕТАМОЛОМ

Садомская А.И.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Vasia005@rambler.ru

Введение. Более 100 препаратов, содержащие парацетамол, представлены на фармацевтическом рынке и доступны без рецепта. Передозировка парацетамола оказывает гепатотоксическое действие, приводя в редких случаях к развитию печеночной недостаточности и летальному исходу. Минимальная токсическая доза парацетамола, способная вызвать тяжелое отравление является более 10 грамм.

Обсуждение. В отделение детской реанимации ГКБ №11 поступила больная С., 16 лет с диагнозом: отравление парацетамолом. Из анамнеза выявлено, что более 10 часов назад девочка приняла внутрь с целью суицида 60 таблеток парацетамола (суммарная доза 30 грамм). В клинической картине преобладали симптомы интоксикации: тошнота, многократная рвота с примесью желчи, выраженная слабость, заторможенность, сонливость. Параметры жизнедеятельности оставались стабильными. При токсикологическом исследовании в моче обнаружен парацетамол. С момента поступления в качестве специфического антидота в течение 4 дней в/в вводился ацетилцистеин.

При последующем наблюдении у пациентки отмечалось нарастание клинико-лабораторных проявлений острой печеночной недостаточности и скрытого ДВС-синдрома. Сохранялись тошнота, рвота, с 3-го дня болезни – нарастающая гепатомегалия. В биохимическом анализе крови прогрессирующее повышение уровня трансаминаз: АСТ-5225 (!) Е/л, АЛТ – 6314 (!) Е/л, гипопротеинемия, признаки гипокоагуляции.

На фоне проводимой инфузионной, гемостатической и гепатопротекторной терапии, повторных сеансов плазмофереза и гипербарической оксигенации наблюдалась положительная динамика в состоянии девочки и на 11 день больная была переведена в соматическое отделение для дальнейшего лечения. В динамике, к 15 дню болезни, отмечено снижение уровня трансаминаз до АСТ-19 Е/л, АЛТ-100Е/л, печень уменьшилась до + 1 см. На 20-й день девочка выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Гепатотоксическое действие парацетамола возникает при многократном превышении допустимых терапевтических концентраций. Своевременное применение ацетилцистеина, вероятно, предотвратило развитие летального исхода у данной пациентки. Доступность и «безрецептурность» парацетамола превращает препарат в опасное токсическое вещество, способное привести к гибели.

Список используемой литературы

1. Курек В.В., Кулагин А.Е. Руководство по неотложным состояниям у детей / В.В. Курек, А.Е. Кулагин. – М., 2008. – 622 с.

2. Неотложные состояния у детей / А.Д. Петрушина [и др.]. – М., 2010. – 216 с.

3. Федеральные клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при острых отравлениях у детей. – М., 2015.

4. Зорин Ю.В. Отравление парацетамолом: клиника, диагностика, лечение / Ю.В. Зорин. – Иркутск, 2002. – 37 с.

5. Острые отравления нестероидными противовоспалительными средствами у детей и взрослых г. Иркутска и г. Улан-Удэ / Ю.В. Зобнин [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 89-92.

УКУСЫ ЗМЕЙ У ДЕТЕЙ

Садомская А.И.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Vasia005@rambler.ru

Введение. Укусы змей встречаются в средней полосе России практически повсеместно, и представляют собой не только медицинскую, но и организационную проблему, так как на сегодняшний день нет четких сроков, определяющих введение противозмеиной сыворотки.

Цель исследования. Проанализировать случаи отравления ядом змеи у детей, течение, исходы.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 13 пациентов педиатрического отделения ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой», поступивших в 2013-2016 гг. с диагнозом «укус змеи». Клинико-диагностическое обследование включало стандартное лабораторное обследование, проведение ЭКГ и коагулограммы, по показаниям УЗИ сердца и брюшной полости.

Результаты. За период с 2013-2016 гг. в ОДКБ проходили лечение 13 детей в возрасте от 2,5 до 16 лет, подвергшихся отравлению змеиным ядом. Соотношение мальчиков и девочек составило 1:1. Укусы происходили в лесу, при купании на озере, сборе грибов, в 4 случаях дети были укушены во дворе собственного дома. Среди районов Рязанской области наиболее «опасными» являются Клепиковский район и Солотча (71%). Укусы регистрировались с апреля по сентябрь, наибольшее количество случаев отмечено в 2013 (n=6) и 2016 (n=5) годах. Большинство детей (n=12) поступили в стационар в течение первыхсуток от момента отравления. Клиническая симптоматика в 100% случаев включала наличие двух точечных ранок в области укуса (у 6 детей – стопа, у 7 детей – рука),сильную болезненность и отечность на месте укуса, синдром интоксикации. У всех детей имели место умеренные изменения в анализах крови: лейкоцитоз, повышение уровня амилазы, АСТ и АЛТ, КФК, ЛДГ, повышение СОЭ. Отмечена зависимость развития клинических проявлений и их тяжести от сроков введения противозмеиной сыворотки. Препарат вводился у 9 пациентов (69 %), из них 6 детей получили сыворотку в первые 6 часов после укуса и были выписаны из стационара на 3-6 сутки, трем детям сыворотка вводилась позднее 7 часов после укуса, что повлекло за собой развитие более тяжелой симптоматики. В 30% случаев сыворотка не вводилась (позднее поступление, отсутствие сыворотки). Все дети выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Все клинические случаи отравления ядом гадюки имели благоприятное течение, не отмечено ни одного летального исхода. Введение противозмеиной сыворотки в первые 6 часов укорачивает сроки заболевания и облегчает тяжесть состояния. В связи с высоким риском тяжелых аллергических реакций на введение сыворотки, более позднее ее введение при отсутствии отягощающих факторов (ранний возраст, укус в лицо, шею) нецелесообразно.

Список используемой литературы

1. Курек В.В. Руководство по неотложным состояниям у детей / В.В. Курек, А.Е. Кулагин. – М., 2008. – 622 с.

2. Неотложные состояния у детей / А.Д. Петрушина [и др.]. – М., 2007. – 216 с.

3. Федеральные клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при острых отравлениях у детей. – М., 2015.

4. Лужников Е.А. Медицинская токсикология: нац. руководство / Е.А. Лужников. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОРФОМЕТРИИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Андреева И.В., Виноградов А.А., Яремчук А.Г.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
prof.andreena.irina.2012@yandex.ru

Введение. Одним из актуальных вопросов современной медицины является изучение индивидуальных вариантов строения околоушной слюнной железы (ОУСЖ) [1, 2]. Это продиктовано ростом воспалительных и опухолевых заболеваний органа и появлением современных неинвазивных методов исследования [3]. Ультразвуковое исследование (УЗИ) является первой линией диагностики [4-5]. Однако до настоящего времени не разработаны критерии оценки размеров железы, не определены морфологические ориентиры для ультразвуковой морфометрии.

Цель исследования. Оценка возможностей УЗИ для разработки морфологических ориентиров при проведении ультразвуковой морфометрии ОУСЖ.

Материал и методы. Проведен анализ УЗИ ОУСЖ 50 здоровых лиц в возрасте от 18 до 52 лет на различных ультразвуковых сканерах. Исследовали послойную топографию в проекции ОУСЖ при продольных, поперечных и косых плоскостях сканирования в режиме серой шкалы. Определяли максимальный вертикальный и максимальный горизонтальный размеры ОУСЖ, а также измеряли ее толщину на различных уровнях. Сопоставляли возможности проведения морфометрии ОУСЖ в зависимости от морфологических ориентиров.

Результаты. Установлено, что качество визуализации ОУСЖ зависело от используемого ультразвукового сканера и частоты датчика. На аппаратах высокого класса хорошо визуализировалось послойное строение околоушной области. При поперечном сканировании под ушной раковиной адекватно различимы кожа, подкожная клетчатка, поверхностная фасция, ОУСЖ, мышцы шеи.

Эхоструктура ОУСЖ у всех обследованных была гомогенной, эхогенность – средней. Степень затухания ультразвука в ткани железы была достаточно высокой.Обнаружена зависимость эхогенности и эхоструктуры ОУСЖ от возраста. Зависимости количества интрапаротидных лимфатических узлов от возраста и пола обследованных не выявлено.

При УЗИ ОУСЖ разделялась на поверхностную и глубокую доли. Вокруг долей ОУСЖ хорошо визуализировалась капсула в виде тонкой, четко очерченной полосы высокой эхогенности. Определить границы глубокой доли обычно не представлялось возможным, так как ее визуализацию затрудняла расположенная впереди нее ветвь НЧ.

При определении размеров железы установлена значительная вариабельность величин. Максимальный вертикальный размер ОУСЖ в среднем составил 6,13±0,58 см, горизонтальный – 3,75±0,44 см. Толщина железы в среднем составила 1,72±0,11 см. При этом в центральных участках ОУСЖ показатели ее были наибольшими (2,23±0,52 см), в области верхнего и нижнего полюсов они были ниже и колебались в пределах 1,66±0,31 см. Толщина органа по переднему и заднему краям в среднем равна 1,42±0,16 см и 1,49±0,18 см.

Заключение. Нами установлено, что при УЗИ целесообразно использовать хорошо видимые анатомические ориентиры, такие как ветвь нижней челюсти, угол нижней челюсти, верхушка сосцевидного отростка, скуловая дуга, края ушной раковины. Однако длину и высоту всей ОУСЖ при УЗИ измерить невозможно, так как эти показатели у большинства обследуемых превышают размеры ультразвукового датчика. Измерение толщины поверхностной доли возможно проводить на различных уровнях, например, на уровне переднего и заднего краев ветви нижней челюсти. Границы и размеры глубокой доли целесообразно определять между углом нижней челюсти и сосцевидным отростком.

В перспективе дальнейших исследований целесообразно разработать критерии оценки ультразвуковой анатомии ОУСЖ на аппаратуре экспертного класса.

Список литературы

1. Волков С.И. Индивидуальные различия в строении и кровоснабжении ветвей лицевого нерва / С.И. Волков, Г.Е. Цай, С.С. Дыдыкин // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2007. – № 3-4. – С. 35-36.

2. Accessory parotid gland with ectopic fistulous duct – Diagnosis by ultrasonography, digital fistulography, digital sialography and CT fistulography. A case report and review of current literature / C.D. Kulkarni [et al.] // J. Radiol. CaseRep. – 2011. – Vol. 5(7). – P. 7-14.

3. Role of ultrasound in the assessment of benignity and malignancy of parotid masses / S. Wu [et al.] // Dentomaxillofac Radiol. – 2012. – Vol. 41(2). – P. 131-135.

4. Sonographic anatomy of the neck: The suprahyoid region / A. Gervasio [et al.] // J. Ultrasound. – 2011. – Vol. 14(3). – P. 130-135.

5. Андреева И.В., Виноградов А.А. Перспективы использования современных методов визуализации в морфологических и экспериментальных исследованиях // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2015. – № 4. – С. 56-69.

СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Кондрашова Д.С.
Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького
dariinakon@gmail.com

Введение. Аллергические заболевания являются важной проблемой современной педиатрии. Первые симптомы аллергии появляются у ребенка на первом году и сопровождают пациента в течение всей жизни. Этиопатогенетические механизмы атопического дерматита (АД) на сегодняшний день, не смотря на высокую распространенность данной патологии, остаются не полностью изученными. Считается, что возникновение кожных аллергических заболеваний, в определенной мере, связано с нарушением микроэкологического баланса кишечника.

Синдром избыточного бактериального роста (СИБР) тонкой кишки – патологическое состояние, в основе которого лежит повышенная контаминация проксимальных отделов тонкой кишки (более 10^5 КОЕ/мл аспирата из тонкой кишки) фекальной микрофлорой, сопровождающееся синдромом хронической диареи и мальабсорбцией. При СИБР увеличивается не только количество, но меняется спектр микроорганизмов, населяющих тонкую кишку, со сдвигом в сторону фекальной флоры.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости СИБР тонкой кишки при помощи водородного дыхательного теста с нагрузкой лактулозой у детей, страдающих АД.

Материалы и методы. На базе Городской детской клинической больницы №1 г. Донецка обследовано 30 детей в возрасте от 5 до 16 лет, страдающих АД. Все дети находились в клинике в острую фазу заболевания. Для оценки степени тяжести АД использовали шкалу SCORAD. У всех пациентов диагностировано легкое или среднетяжелое течение заболевания. Обследованным пациентам была проведена диагностика СИБР тонкой кишки непрямым методом с использованием водородного дыхательного теста с нагрузкой лактулозой при помощи цифрового анализатора выдыхаемого водорода «ЛактофаН2» (ООО «АМА», Россия). Изменение концентрации водорода во выдыхаемом воздухе ранее поступления химуса, содержащего лактулозу, в толстую кишку свидетельствовало о чрезмерном росте тонкокишечной микрофлоры.

Результаты и обсуждение. При проведении водородного дыхательного теста с нагрузкой лактулозой отмечена его хорошая переносимость у всех обследованных пациентов. Нами было установлено наличие СИБР тонкой кишки у 27 (90,0±5,5 %) детей, страдающих АД. При этом у большинства пациентов – 17 (56,7±9,0 %) детей, при сборе жалоб и проведении объективного обследование удавалось обнаружить клинические проявле-

ния, характерные для СИБР – изменение характера стула (от запора к диарее), метеоризм, боль в околопупочной области. У 10 (33,3±8,6 %) детей СИБР тонкой кишки протекал без характерной клинической симптоматики.

Заключение. Таким образом, для детей, страдающих АД, характерным является нарушение микробиоценоза кишечника с повышенным ростом фекальной микрофлоры в просвете тонкой кишки, что может нарушать процессы нормального пищеварения и вызывать всасывание токсических веществ в кровоток. СИБР тонкой кишки необходимо рассматривать как одну из причин поддержания АД у детей.

Список литературы

1. Недельская С.Н., Пахольчук О.П., Бессикало Т.Г., Вакула Д.А. Роль синдрома избыточного бактериального роста тонкой кишки в развитии аллергической патологии у детей // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2015. – Т. 15, Вып. 1(49). – С. 239-244.

2. Shah S.C., Day L.W., Somsouk M., Sewell J.L. Meta-analysis: antibiotic therapy for small intestinal bacterial overgrowth // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2013. – Vol. 8. – P. 925-934.

3. Grace E., Shaw C., Whelan K., Andreyev H.J. Review article: small intestinal bacterial overgrowth – prevalence, clinical features, current and developing diagnostic tests, and treatment // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2013. – Vol. 7. – P. 674-688.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ АКУШЕРСКИХ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ МАРФАНА

Митина Л.М., Гусак Н.Ю.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
milily92@mail.ru

Введение. Синдром Марфана (СМ) является одним из наиболее изученных аутосомно-доминантных заболеваний из группы наследственных патологий соединительной ткани с популяционной частотой – один случай на 10-15 тысяч (О.Н. Ткачева, А.В. Клеменов, 2004). Расслоение и разрыв аорты, а также рождение больного ребенка являются наиболее частыми и серьёзными осложнениями беременности, родов и послеродового периода при СМ (О.Н. Ткачева, А.В. Клеменов, 2004). Риск их развития у акушерских пациенток достигает 50% (И.А. Викторова, Г.И. Нечаева, 2005). Поэтому совершенствование медицинской помощи акушерским пациенткам с СМ является актуальной проблемой современного акушерства.

Цель исследования. Разработать план наблюдения и обследования беременной с синдромом Марфана.

Материал и методы. Ретроспективный анализ 4 историй родов женщин с синдромом Марфана.

Результаты. Все женщины находились в возрасте от 21 до 25 лет, средний возраст составил 23±0,5 лет. Среди основных клинических проявлений СМ наблюдались: расширение восходящего отдела аорты (аневризма) (3 случая), аортальная регургитация 1 степени (3 случая), пролапс митрального клапана 1-2 степени (4 случая), аневризматическое выбухание межпредсердной перегородки (1 случай), аномально расположенные хорды левого желудочка (1 случай), миопия высокой степени (1 случай), гипермобильность суставов (1 случай), отягощенная наследственность (2 случая). Беременные входили в группы риска по септическим осложнениям, кровотечению, аномалии родовой деятельности, недоношенности, сердечно-сосудистой патологии, перинатальной патологии плода. Все женщины в течение беременности находились на стационарном лечении по поводу угрозы выкидыша и плацентарных нарушений в сроках гестации: 10, 12, 20, 24, 28, 31-32, 35-36 недель.

Осложнения беременности были следующими. У 1 пациентки развились: кальциноз плаценты, НМПК 1Б ст., маловодие. У другой женщины – низкое прикрепление плаценты, ХФПН, варикозная болезнь, патологическая прибавка веса, поздний гестоз легкой ст., ДНТЗ, низкая плацентация. У 3-х пациенток была диагностирована ОРВИ, ХФПН. У 2-х женщин выявлен токсикоз легкой степени.

Сроки родоразрешения: 37-38 недель, 38 недель, 40 недель. Методы родоразрешения: 2 кесарева сечения, 1 роды через естественный родовой путь. Осложнения при родоразрешении: не было. Состояние новорожденных детей по шкале Апгар в конце первой и пятой минуты жизни (8±1). У одного ребенка были диагностированы следующие осложнения: незначительная регургитация на ТК, плоско-вальгусная стопа справа, наклон головы влево (установочная кривошея слева). У другого ребенка – дополнительная трабекула левого желудочка.

Осложнения в раннем и позднем послеродовом периодах: у одной пациентки на 7 сутки произошел разрыв аневризмы аорты с летальным исходом.

Выводы

1. Высокая частота таких клинических проявлений СМ, как дилатация восходящей аорты с аортальной регургитацией или без неё и вовлечением синусов Вальсальвы, пролабирование митрального клапана с митральной регургитацией указывает на необходимость совершенствования медицинской помощи акушерским пациенткам с целью предотвращения материнской смертности.

2. При ведении акушерских пациенток с СМ необходимо проводить динамический контроль за состоянием сердечно сосудистой системы с использованием методов ЭХО-КГ и цветной допплерометрии имеющихся

аортальных аневризм. Контроль необходимо осуществлять не реже 2-3 раз в I половине беременности, каждые 3-4 недели – во II половине беременности, перед родоразрешением, а также в первые сутки после родоразрешения и перед выпиской из стационара.

3. Любые отрицательные изменения гемодинамики по данным ЧСС и АД у беременных с СМ необходимо рассматривать, как показание к экстренной госпитализации в стационар и проведению углубленного исследования состояния сердечно-сосудистой системы.

4. Отрицательную динамику показателей ЭХО-КГ и цветной допплерометрии имеющихся аортальных аневризм у беременных с СМ необходимо рассматривать, как экстренное показание к прерыванию беременности с целью сохранения жизни женщины.

5. Синдром Марфана со значительными изменениями восходящего отдела аорты необходимо считать противопоказанием к планированию и вынашиванию беременности.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКИХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Папкова К.С., Жильцова Е.Е.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
papkova94@yandex.ru

Введение. Аллергодерматозы – это длительно протекающие рецидивирующие заболевания кожи, в возникновении и развитии которых ведущую роль играют наследственная предрасположенность, повышенная реактивность организма и его сенсибилизация. Они не представляют угрозы для жизни больных, но требуют соблюдения определенных ограничений, и могут приводить не только к косметическим недостаткам, но и в некоторых случаях к инвалидизациии значительному снижению качества жизни пациентов.

По МКБ-10 к хроническималлергодерматозам относят следующие нозологии: атопический дерматит (L20), монетовидная экзема (L30.0), хроническая и периодически повторяющаяся крапивница (L50.8).

Цель исследования. Изучить распространенность хронических аллергодерматозов в различных половозрастных группах на территории Рязанской области в 2013-2015 гг.

Материалы и методы. Проанализирована отчетно-учетная документация ГБУ РО «ОККВД» за 2013-2015 гг. по заболеваниям кожи и подкожной клетчатки (класс XII, L00-L99).

Результаты исследования. Представлена статистика по заболеваемости атопическим дерматитом (L20) и монетовидной экземой (L30.0)на территории Рязани и Рязанской области в 2013-2015 гг. в следующих группах населения: дети 0-14 лет, юноши и девушки 15-17 лет, трудоспособные взрослые 18 лет и старше, люди старше трудоспособного возраста (женщины 55 лет и старше, мужчины 60 лет и старше).

Оценка распространенности данных заболеваний проводилась по следующим критериям: общее число жителей Рязани и Рязанской области, имевших данные диагнозы в 2013, 2014 и 2015 гг., в том числе впервые установленные в текущем отчетном году; количество больных, снятых с диспансерного наблюдения и оставленных под ним на конец отчетного года.

Выявлена общая тенденция к ежегодному увеличению числа пациентов с диагнозом атопический дерматит и отсутствие роста заболеваемости монетовидной экземой за исследуемый период. Распространенность атопического дерматита в нашем регионе, как и в целом по стране, превалирует в возрастной группе от 0 до 14 лет, с приблизительно одинаковой частотой встречаемости у лиц обоего пола, тогда как среди подростков 15-17 лет атопическим дерматитом в большей степени страдают юноши.

Монетовидная экзема чаще встречается у взрослого трудоспособного населения, с преобладанием среди женской его части, в ряде случаев являясь причиной временной нетрудоспособности.

Заключение. Ежегодное увеличение числа жителей Рязани и Рязанской области, имеющих диагноз атопический дерматит является негативным фактором. В связи с этим большое значение должна иметь не только вторичная профилактика рецидивов имеющегося заболевания, но и первичная профилактика возможного развития данного дерматоза на уровне планирования и ведения беременности. То есть, необходимым звеном для снижения заболеваемости атопическим дерматитом является в первую очередь взаимодействие врачей дерматовенерологов и акушеров-гинекологов. Профилактика рецидивов монетовидной экземы должна проводиться врачом, в первую очередь при помощи формирования у пациента приверженности лечению и проведению самостоятельных профилактических мероприятий.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИРОФИЛЯРИОЗА В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Сайкина Е.А., Поршнева Ю.С.
Кировская государственная медицинская академия
el.saykina@yandex.ru

Дирофиляриоз – трансмиссивный зоонозный гельминтоз, вызываемый нематодами рода Dirofilaria. Заболевание встречается в южных обла-

стях Европы, странах Азии, Африки, Северной и Южной Америки. Известны случаи заболевания на южных территориях России: в Краснодарском и Ставропольском краях, Ростовской, Воронежской, Астраханской и других областях. В настоящее время участились местные случаи инвазии и в северных регионах страны. Так, с 2008 по 2015 годы в Кировской области зарегистрировано 19 случаев дирофиляриоза.

Цель исследования. Изучить статистические показатели, эпидемиологические особенности и клинические проявления дирофиляриоза в Кировской области, морфологию гельминта.

Материалы и методы. Нами проанализированы показатели заболеваемости дирофиляриозом в Кировской области и течение данной инвазии у 19 пациентов, изучена морфология гельминта на примере удаленной в ходе хирургических манипуляций особи. Диагноз у всех обследованных подтвержден паразитологическим методом после извлечения гельминта.

Полученные результаты. С 2008 г. в Кировской области ежегодно выявляется от 1 до 6 случаев дирофиляриоза. Так, в 2013 и 2015 г. зарегистрировано по 1 случаю инвазии, в 2008-2011 гг. – по 2, в 2012 г. – 3, в 2014 г. – 6 случаев. Заболеваемость составила 0,08-0,45 на 100 000 населения. Все пациенты отмечали укусы комаров. Большинство больных (84,2%) держат в доме собак и/или кошек. Заболевание развивалось в основном у пациентов (89,5%), которые за пределы Кировской области в течение последних 8-10 лет не выезжали.

Клинические проявления гельминтоза у 11 больных (57,9%) характеризовались ощущениями передвижения гельминта под слизистыми оболочками ротовой полости, конъюнктив глаз и под кожей различных участков тела. Остальных пациентов (42,1%) беспокоило образование подкожного опухолевидного образования диаметром 5-7 мм, которое периодически сопровождалось зудом, жжением, болезненностью и покраснением. Перечисленные жалобы беспокоили обследованных в течение 1-2 лет (в среднем 14,3±3,1 месяцев), периодически усиливаясь или уменьшаясь.

Во всех случаях инвазии из различных участков кожи и слизистых оболочек хирургическим путем были извлечены гельминты D. repens. Нами морфологически изучен один из них. Это была женская особь длиной 150 мм, шириной – 1-1,2 мм. Концы тела сужены. При микроскопии определялась светлая кутикула, сквозь которую просвечивали прямая кишечная трубка, петли яйцеводов, матки. На переднем конце определялся простой рот, задний конец более тупой, закруглен.

Таким образом, в Кировской области возможно развитие местных случаев дирофиляриоза. У пациентов отмечаются типичные эпидемиологические черты (укусы комаров, наличие в доме собак и кошек) и клинические проявления гельминтоза (подкожная паразитарная опухоль, миграция дирофилярий под слизистыми оболочками и кожей). Диагноз подтверждается морфологической идентификацией извлеченного гельминта.

ВЫРАЖЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Соколов Н.В.
Смоленский государственный медицинский университет
yugovostochnyy@list.ru

Введение. В психиатрии остро стоит проблема с высоким уровнем инвалидности среди пациентов, важную роль в этом играет прогрессирующая негативная симптоматика. Неспособность к социальной адаптации является проявлением психического дефекта и одной из важнейших причин получения инвалидности. При работе с пациентами психиатрических стационаров, у многих специалистов в области психического здоровья, возникают трудности при измерении у них возможности к социальной адаптации.

Цель исследования. Определить уровень социального интеллекта (СИ) и его характеристик у больных психиатрического стационара, установить его взаимосвязь с возрастом пациентов и с когнитивными нарушениями (КН), сравнить полученные данные с аналогичными показателями у контрольной группы.

Методика. Обследовано 60 пациентов, госпитализированных в стационар. Сформированы две группы: больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (ИГ) и органические психические расстройства (ГС). Средний возраст в ИГ – 35±16 лет, в ГС – 37±15 лет. В качестве контрольной группы (КГ) были отобраны 11 человек, средний возраст – 34±12 лет.

Использовались тест «Социальный интеллект» («СИ») Дж. Гилфорда, М. Салливена, краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), анализ медицинской документации.

Результаты. СИ соответствовал среднеслабому уровню (ИГ – 2,3±0,3, ГС – 2,3±0,4) в обеих группах пациентов психиатрического стационара. Все обследованные с психическими расстройствами имели низкую способность адекватного моделирования индивидуальных и личностных особенностей людей на основе внешних признаков, а также плохие способности прогнозирования характера поведения в конкретных жизненных ситуациях. В КГ у всех обследуемых СИ соответствовал средневыборочной норме (3,4±0,5). Лица без психических расстройств способны адекватно прогнозировать реакции людей при конкретных обстоятельствах. По результатам MMSE в ИГ обнаружены преддементные КН (25±2,7 баллов), которые проявлялись жалобами на быструю утомляемость, затруднение выполнения повседневных действий и принятия решений. В ГС – деменция лёгкой степени выраженности (23,38±2,8 бал-

лов), характеризовалась замедлением умственной деятельности, быстрой утомляемостью, повышенной отвлекаемостью, недостаточностью кратковременной памяти при сохранности долговременной, искажённой интерпретацией понятий и суждений. У пациентов в КГ по результатам MMSE показатель составил 29±0,5, что соответствует норме. Установлено, что уровень СИ не связан с КН и возрастом пациентов в ИГ и ГС. При анализе историй болезни и амбулаторных карт у пациентов в ИГ и ГС определен высокий уровень семейной дезадаптации, который достоверно коррелировал с уровнем социального интеллекта.

Заключение. Из результатов проведённого исследования видно, что на формирование грубых нарушений в системе социального взаимодействия и социальной адаптации не влияет возраст пациентов и когнитивные нарушения. Инвалидность и дезадаптация семейной жизни являются следствием нарушения социального интеллекта. В связи с этим необходимо внедрить в практическую деятельность объективные методы определения уровня социального интеллекта и скрининговые методы оценки когнитивных нарушений, что будет способствовать более быстрому выявлению негативной симптоматики, началу терапии по сдерживанию нарастания психического дефекта, что в свою очередь поможет уменьшить показатель инвалидности среди пациентов психиатрических стационаров.

ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ЕЕ КЛИНИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫМ СИНДРОМОМ

Солёнова Е.А., Диверинский А.М., Голенков А.В., Павлова С.И.
Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова
elensoul@mail.ru

Введение. Довольно часто в психиатрической практике лечащему врачу приходится сталкиваться с тем, что доза назначаемого нейролептика (далее – НЛ)не соответствует требуемой, ввиду чего либо наблюдается резистентность к медикаментозной терапии, либо развиваются неблагоприятные побочные реакции (далее – НПР). Как правило, это обусловлено сложностью патобиохимических процессов в структурах головного мозга при шизофрении, а также генетической вариабельностью ферментных систем, участвующих в метаболизме нейролептиков.

Целью исследования явилось изучение структуры нейролептической терапии и клинических эффектов у пациентов с галлюцинаторно-параноидным синдромом БУ «Республиканская психиатрическая больница» Минздрава Чувашии.

Задачи были определены следующие: определить частоту назначения НЛ, сроки госпитализации, средние суточные дозы назначаемых НЛ; выявить частоту некоторых НПР при назначении различных классов НЛ, сопоставить полученные результаты со Стандартом оказания медицинской помощи больным шизофренией (острая фаза средней продолжительности в стационарных условиях, Минздрав РФ) (далее – Стандарт).

Материалы и методы. Из 150 историй болезней пациентов с параноидной шизофренией с преобладанием галлюцинаторно-параноидного синдрома БУ «Республиканская психиатрическая больница» Минздрава Чувашии (75 мужчин и 75 женщин), критериями исключения среди которых являлись наличие заболеваний печени, нарушений функции почек, сопутствующая декомпенсированная соматическая патология, а также возраст младше 18 и старше 55 лет, методом случайной выборки отобран 81 пациент(47 мужчин и 34 женщины). Также значимым критерием включения была этническая принадлежность пациентов – коренных выходцев из сел Чувашской Республики (далее – ЧР). Ретроспективный анализ данных историй болезнейпроводился с помощью пакета программ Microsoft Office 2010.

Результаты. Галоперидоли хлорпромазинв исследуемых историях болезней назначались достоверно чаще рекомендаций Стандарта. Фактическая доза рисперидона оказалась выше рекомендуемой. Средняя продолжительность госпитализации при лечении типичными НЛ ниже стандартной, при терапии атипичными – больше, при комбинированной – равностандартным. Экстрапирамидная симптоматика (далее – ЭПС) отмечена при комбинированной терапии и типичными НЛ. Нейролептический дефицитарный синдром и диссомнические нарушения отмечены при всех видах терапии.

Выводы. Атипичные НЛ назначаются реже рекомендаций Стандарта, а срок госпитализации при этом выше. Типичные НЛ назначаются чаще и срок госпитализации при них меньше. Средняя суточная доза рисперидона выше рекомендуемой. Так как рисперидон является одним из препаратов, активность метаболитов которых выше самого препарата, то, вероятно, в популяции ЧР «медленных» метаболизаторов больше, чем по России. Для подтверждения данного предположения требуется проведение генотипирования некоторых ферментов CYP450. ЭПС преобладает при назначении типичных нейролептиков. Диссомния чаще у пациентов, получавших атипичную терапию, что может быть обусловлено с блокадой гистаминовых рецепторов этих препаратов. Развитие дефицитарного синдрома связано с блокадой дофаминовых и серотониновых рецепторов. Вероятно, этим и обусловлена суммация дефицитарной симптоматики при комбинированной терапии.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Соловьева А.В., Кодякова О.В., Жаркова С.Ю., Фоменко Н.П.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

Введение. Эпидемиологические исследования показывают растущую распространенность ожирения [4]. Проблема коморбидности при ожирении затрагивает сферу деятельности не только эндокринологов, но и врачей других специальностей [2,3]. Одной из таких коморбидных проблем является неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП). По данным Российского исследования DIREG L 01903 распространенность НАЖБП среди лиц, обращающихся к терапевтам поликлиник, составляет 27,0%, у 80,3% – стеатоз, неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) у 16,8% [1]. Чаще всего НАЖБП выявлялась в возрастной группе: 50–59 лет – 31,1% [1]. В исследовании Chang Y. et al. [8] показано, что стеатоз печени формируется в процессе увеличения веса, вне зависимости от уровня индекса массы тела (ИМТ). НАЖБП позиционируется как важная составляющая метаболического синдрома (МС), что подтверждается указанием на прямую связь гепатобилиарной патологии и сердечно-сосудистых заболеваний [6], НАЖБП является предиктором сердечно-сосудистых событий [5,7]. При МС НАЖБП протекает без специфических жалоб и с незначительными биохимическими изменениями [2].

Цель исследования. Изучить распространенность и особенности течения НАЖБП при МС.

Материалы и методы. Обследовано 803 пациента с МС в возрасте 60,28 (53;67) лет, 299 мужчин и 504 женщины. Нарушения углеводного обмена (НУО) диагностированы у 433 пациентов (54%): сахарный диабет 2 типа у 290 человек, нарушенная толерантность к глюкозе – у 69, нарушенная гликемия натощак – у 74 больных. Коморбидная патология сердечно-сосудистой системы представлена ИБС в форме стабильной стенокардии напряжения II-III ФК (246 больных), ИБС в форме прогрессирующей стенокардии (96 человек), а так же ИБС в форме инфаркта миокарда (256 пациентов). У всех пациентов имела место артериальная гипертензия 2-3 степени, у четверти больных АГ не была сопряжена с развитием ИБС. Проводилось общеклиническое, антропометрическое исследование больных, исследование показателей липидного и углеводного обмена, АСТ, АЛТ, γ-ГТП, ЩФ, билирубина и его фракций. Всем пациентам проводилось УЗИ органов брюшной полости, ЭхоКГ, УЗДГ сонных артерий. МС диагностировался по критериям ВНОК (2009). Статистический анализ данных осуществляли при помощи пакета Statistica 6.0. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты. Стеатоз печени диагностирован у 12,5% женщин и 31,4% мужчин с МС, НАСГ выявлен у 32,3% женщин и 13,4 % мужчин, одинаковое количество мужчин и женщин не имели НАЖБП – 55,2%. Дисперсионный анализ Крускала-Уоллиса проведен между тремя группами лиц каждого пола: без поражения печени, со стеатозом и с НАСГ. В ходе анализа установлены достоверные различия между группами по возрасту p=0,001 (мужчины) и p=0,0001 (женщины), по окружности талии 0,0001 (мужчины) и p=0,0005 (женщины), по уровням аминотрансфераз p=0,000001 (для обоих полов), по толщине интраабдоминального жира (ИАЖ) 0,0007 (мужчины) и p=0,009 (женщины), по КДР левого желудочка (ЛЖ) p=0,006 (мужчины) и p=0,02 (женщины), по КСР ЛЖ p=0,01 (мужчины) и p=0,03 (женщины), по массе миокарда ЛЖ p=0,049 (для обоих полов).Кроме того, обнаружены достоверные различия между группами женщин по наличию нарушений углеводного обмена (p=0,0001), по уровню γ-ГТП (p=0,002), по уровню постпрандиальной гликемии (p=0,018), по выраженности каротидного атеросклероза (p=0,02). Между тремя группами мужчин выявлены достоверные различия по уровню триглицеридов (p=0,03), по толщине эпикардиального жира (p=0,047).

Заключение. НАЖБП среди обследованных пациентов с МС выявлялась одинаково часто у мужчин и женщин в 44,8% случаев. Полученные нами данные указывают на взаимосвязь между выраженностью проявлений НАЖБП и атеросклерозом, нарушениями углеводного обмена, ремоделированием миокарда ЛЖ, абдоминальным отложением жира, определенным по окружности талии и толщине ИАЖ, но не по ИМТ. Развитие НАЖБП при МС взаимосвязано с аккумуляцией висцерального жира в других депо – эпикардиальном жировом депо, что подтверждает важность оценки сердечно-сосудистого риска у пациентов с НАЖБП с одной стороны и необходимость активного выявления патологии печени при сердечно-сосудистых заболеваниях у лиц с МС.

Список литературы

1. Драпкина О.М. Эпидемиологические особенности неалкогольной жировой болезни печени в России (Результаты открытого многоцентрового проспективного исследования-наблюдения DIREG L 01903) / О.М. Драпкина, В.Т. Ивашкин // РЖГГК. – 2014. – Т. 24, №4. – С. 32-38.

2. Егорова Е.Г. Метаболический синдром с позиции гастроэнтеролога / Е.Г. Егорова, Л.А. Звенигородская, Л.Б. Лазебник // РМЖ. – 2005. – № 26. – С. 1706-1712.

3. Сысоева М.С. Влияние наличия метаболического синдрома на клиническое течение бронхиальной астмы / М.С. Сысоева, А.В. Соловьева, А.А. Никифоров, Д.Р. Ракита // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2011. – №4. – С. 93-98.

4. Филиппов Е.В. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний в Рязанской области (по данным исследования МЕРИДИАН-РО) / Е.В. Филиппов, С.С. Якушин // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2013. –

№4. – С. 91-105.

5. Bellentani S., Dalle G.R., Suppini A., Marchesini G. Behavior therapy for nonalcoholic fatty liver disease: the need for a multidisciplinary approach/ S. Bellentani, G.R. Dalle, A. Suppini, G. Marchesini // Hepatology. – 2008. – №47. – P. 746-754.

6. Liu H. Nonalcoholic fatty liver disease and cardiovascular disease / H. Liu, HY. Liu // World J Gastroenterol. – 2014. – Vol. 14; 20(26). – P. 8407-8415.

7. Ong J.P. Increased overall mortality and liver-related mortality in non-alcoholic fatty liver disease / J.P. Ong, A. Pitts A., Z.M. Younossi // J. Hepatol. – 2008. – Vol. 49. – P. 608-612.

8. Weight gain within the normal weight range predicts ultrasonographically detected fatty liver in healthy Korean men / Y. Chang [et al.] // Gut. – 2009. – Vol. 58. – P. 1419-1425.

АУТОАГРЕССИВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Сомкина О.Ю.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
olyasomkina@gmail.com

В настоящее время, наряду с общим ростом употребления алкоголя населением и увеличением заболеваемости алкогольной зависимостью, отмечается отчетливая тенденция к росту удельного веса женского алкоголизма по отношению к мужскому (от 1:12 к 1:5) [5, 6]. Среди множества причин можно выделить рост экономической и моральной независимости женщин, соответственно вызывающий увеличение нервно-психических и физических нагрузок (стрессы, личностные затруднения и пр.). Алкоголизм у женщин отличается более поздним возрастом начала заболевания (на 5-8 лет позднее, чем в среднем, у мужчин); более быстрым прогрессированием (устойчивая зависимость формируется, в среднем, после 7,4 лет злоупотребления алкоголем) [1, 3]. У женщин существуют физиологические предпосылки к более тяжелому течению алкоголизма. Рассмотрение алкогольной зависимости как заболевания с выраженной аутоагрессивной основой уже давно стало аксиоматичным. Алкогольная болезнь рассматривается как вариант «хронического» суицидального поведения, заболевания с отчётливым антивитальным характером. Алкогольная зависимость и ее прогредиентная динамика способствуют формированию различного рода кризисных ситуаций, из которых в условиях дефицита позитивных выходов, всегда есть известное число негативных – деструктивных выходов, названных «скрытыми аварийными люками», наиболее распространённым

из которых является самоубийство, однако, большинство работ, опубликованных по этой тематике, касается мужчин [2, 4, 7]. В то же время, аутоагрессивная сфера у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, мало изучена. Вклад в национальные суицидологические показатели женщинами, страдающими алкоголизмом, на сегодняшний момент неизвестен по ряду причин. И основной из них, является сложность установления «постфактум» связи фатального суицида или, даже попытки, с, традиционно скрываемыми, алкогольными проблемами у женщины. В своем исследовании мы подошли к освещению данного вопроса с обратной стороны, пытаясь ответить на вопрос: обладают ли женщины, страдающие алкогольной зависимостью, какими-либо аутоагрессивными особенностями, или же алкогольная смертность – это, действительно, сугубо мужской «околоалкогольный удел»?Таким образом, целью исследования являлся ответ на вопрос, обладают ли какими-нибудь значимыми для теории и практики суицидологическими и личностно-психологическими особенностями женщины, страдающие алкогольной зависимостью. Соответственно, не разработаны принципы провитальной терапии алкогольной зависимости у женщин. В нашем исследовании используются следующие методы: клинико-анамнестический, экспериментально-психологический, статистический, а также психологические тесты (модифицированный опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем; тест Mini-Mult – сокращенная версия MMPI; тест диагностики преобладающих психологических защитных механизмов, также известный, как LSI (LifeStyleIndex); тест-опросник удовлетворенности браком (ОУБ); опросник для диагностики специфики переживания гнева StateAngerInventory – STAXI).Объектами исследования явились 62 женщины, страдающие алкогольной зависимостью, находящиеся на амбулаторном и стационарном лечении, а также 62 здоровые, состоящие в браке женщины, образующие контрольную группу. В ходе данного исследования впервые изучены проявления не только суицидальной, но и несуицидальной аутоагрессивности у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, находящихся в разводе; их личностно-психологические и наркологические характеристики. Произведено «фронтальное» сравнение всех изучаемых признаков в группах (аутоагрессивных и экспериментально-психологических). Продемонстрировано, что женщины, страдающие алкогольной зависимостью, значительно чаще обнаруживают суицидальные паттерны в поведении и мышлении в сравнении с контрольной группой (19,35% женщин, страдающих алкогольной зависимостью, в течение жизни совершали суицидальные попытки, а 22,58% в анамнезе отмечают суицидальные мысли). У них также чаще встречаются несуицидальные паттерны поведения (в частности, подверженность насилию в среде женщин, страдающих алкоголизмом 32,26% против 1,61% у здоровых респонденток);и широко представлены предикторы аутоагрессивного поведения. Их психологический «портрет» имеет

явный просуицидальный оттенок. Все это позволяет сделать вывод, что данный контингент женщин имеет высокий суицидальный потенциал и заслуживает пристального внимания, как в рамках наркологической, так и суицидологической служб.

Список литературы

1. Характеристика аутоагрессивного профиля девушек, выросших в семьях, где родитель страдал алкоголизмом / А.В. Лукашук, О.Ю. Сомкина, М.А. Байкова, Т.А. Бычкова // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2015. – № 2. – С. 96-102.

2. Значение и место сценарных посланий в реализации суицидального поведения / А.В. Лукашук, О.Ю. Сомкина, М.А. Байкова, М.Д. Филиппова // Тюменский медицинский журнал. – 2016. – Т. 18. № 1. – С. 3-11.

3. Аутоагрессивная характеристика женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкоголизмом / А.В. Меринов, Е.А. Шитов, А.В. Лукашук, О.Ю. Сомкина // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2015. – № 4. – С. 81-86.

4. Суицидологическая, личностно-психологическая и наркологическая характеристика супругов из браков мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с первично закрытой семейной системой / А.В. Меринов, Н.Л. Меринов, А.И. Юрченко, А.В. Лукашук, О.Ю. Сомкина, М.А. Байкова // Суицидология. – 2015. – Т. 6, №1 (18). – С. 24-32.

5. Сомкина О.Ю. Современные представления о женском алкоголизме (обзор литературы) / О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 4. – С. 128-135.

6. Аутоагрессивная и личностно-психологическая характеристика женщин, страдающих алкгольной зависимостью / О.Ю. Сомкина, А.В. Меринов, Байкова М.А., Лукашук А.В., Цуканова И.С. // Медицинская наука и образование Урала. – 2016. – Т. 17, № 1 (85). – С. 112-116.

7. Клиническая и суицидологическая характеристика больных алкогольной зависимостью с сопутствующим пограничным расстройством личности / Шитов Е.А., Меринов А.В., Шустов Д.И., Федотов И.А. // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2015. – № 4. – С. 87-90.

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ЭЯКУЛЯТА МУЖЧИН С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИОСПЕРМИЕЙ

Степанов М.С., Бушкова Е.Ю.
Пермский государственный медицинский университет
имени академика Е.А. Вагнера
Maximpractice@gmail.com

Известно, что микроорганизмы могут оказывать негативное влияние на репродуктивный потенциал человека. Однако, клиническое значение

бактериоспермии, в особенности при выявлении представителей условно патогенных видов, остается спорным вопросом (Касимова и соавт, 2012). Кроме этого микробная обсемененность эякулята представляет существенную проблему при проведении вспомогательных репродуктивных технологий (Köhn *etal*., 1998).

Цель исследования. Изучить микробный пейзаж эякулята мужчин с бессимптомной бактериоспермией.

Материалы и методы. Проведена ретроспективная оценка данных микробиологического исследования образцов эякулята 92 мужчин, у которых отсутствовали клинические симптомы, характерные для инфекционно-воспалительных заболеваний. Средний возраст составил 37,7±0,7 года. Взятие материала и его исследование проводили согласно стандартизованным методикам, предложенным экспертами ВОЗ (2010). Для бактериологического анализа исследуемых образцов готовили десятикратное разведение исходного материала, считая значимым для дальнейшего анализа количество бактерий, превышающее 10^3 КОЕ/мл. Стрепто- и энтерококки изолировали на кровяном агаре, стафилококки выделяли на желточно-солевомагаре (ЖСА), грибы рода *Candida* – на среде Сабуро, энтеробактерии определяли при высеве на агар Эндо, анаэробы – на обогащенной среде для контроля стерильности, разлитой «высоким столбиком» по пробиркам. Количество выделенных микроорганизмов выражали в виде значения десятичного логарифма числа КОЕ/мл биологического материала. Для статистической обработки данных использовали непарный вариант *t*-критерия Стьюдента.

Результаты. В ходе проведенных исследований было установлено, что у 91,3% мужчин в эякуляте присутствовали микроорганизмы. Микроорганизмы одного вида обнаружены в 53,3%, двух – в 32,6%, трех – в 5,4% случаев. У 71,7% мужчин из спермоплазмы выделены только грамположительные микроорганизмы. Среди них преобладали представители рода *Staphylococcus*(62%) с высокой встречаемостью *S. epidermidis* (25%), *S. haemolyticus* (19,6%) и *S.aureus* (6,5%). Бактерии рода *Streptococcus* изолированы у 18,5% (*S. agalactiae*- 4,3%, *S. viridans* – 6,5%; *S. mitis* – 3,3%), *Enterococcus* – у 5,4% мужчин (*E. faecalis* – 4,3%, *E. hirae* – 1,1%). Доля коринеформных микроорганизмов в составе микрофлоры эякулята составила 3,3%. У трети мужчин (33,7%) в эякуляте присутствовали только грамотрицательные микроорганизмы. Среди них встречалась: *Escherichiacoli* – 15,2%, бактерии рода *Enterobacter* – 5,4% (*E. aerogenes* – 3,3%, *E.cloacaeetE. sakazakii* – по 1,1%), *Neisseriaspp.* – 4,3%, *Citrobacter*spp. – 4,3% (*C. diversus* – 2,2%; *C. farmeri*et*C. freundii* – 1,1%), *Klebsiellapneumoniae* – 3,3%.Кроме того, в эякуляте 1,1% мужчин выделены микроорганизмы рода *Gemella* или *Candida albicans*.

Заключение. Таким образом, эякулят пациентов с бессимптомной бактериоспермией содержит множество видов условно патогенных микроорганизмов, зачастую объединенных в ассоциации, с преобладанием грам-

положительных кокков. У трети мужчин в спермоплазме присутствуют представители семейства *Enterobacteriaceae*, среди которых чаще всего обнаруживается *E. coli*. Подобный состав микрофлоры эякулята может оказывать негативное влияние на эффективность применения вспомогательных репродуктивных технологий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИЕЙ

Сопилова Е.Ю., Алексеева Д.Ю.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
elenasopilova@mail.ru

Введение. В настоящее время существуют достоверные данные о вкладе психоэмоционального фактора в генез идиопатической желудочковой аритмии (ЖА).

Цель исследования. Сравнение психологических особенностей у беременных и небеременных женщинс идиопатической ЖА на основаниианализа данных психологической диагностики (ПД).

Материалы и методы. После обследования (ЭКГ и ЭХОКГ в пределах нормы) из 144 пациенток было выделено 3 группы женщин (M=28,5±9,5 лет): I – беременные с идиопатической ЖА, II – небеременные с ЖА, у которых во время холтеровского мониторирования зарегистрировано патологическое количество преждевременных желудочковых эктопических комплексов, III (контрольная группа) – беременные без аритмии. Всем пациенткам была проведена ПД по методикам: интегративный тест тревожности (личностная и ситуативная тревожность (СТС и СТЛ), шкала самооценки депрессии Цунга, методика диагностики доминирующего состояния Куликова.

Результаты. По результатам ПДпо сравнению с III группой в Iгруппе значимо выше показатели тревожности СТС и СТЛ ($p<0,05$) с преобладанием эмоционального дискомфорта, астенического компонента тревожности и тревожной оценки перспективы. При сравнении обследуемых I и II групп, у Iпреобладает СТС и СТЛ ($p<0,05$), у пациенток II группы значимо выше жизненный тонус, устойчивее эмоциональный фон.

Заключение. Таким образом, беременныеженщины сидиопатической ЖА имеют выше уровень СТС и СТЛ по сравнению с беременными без ЖА. Все женщины с ЖА склонны к тревожным расстройствам, что может указывать на общий генез идиопатической ЖА, однако у беременных наблюдаются более эффективные механизмыпсихической саморегуляции.

Список литературы

1. Chi Jason S. Cardiovascular mortality in New York City after September 11, 2001 / Jason S. Chi, W. Kenneth Poole, Sarah C. Kandefer, Robert A. Kloner // The American Journal of Cardiology.- 2003. – October 1. – 92(7). – 857-861.

2. Dimsdale JoelE. Psychologicalstressandcardiovasculardisease/ JoelE. Dimsdale //, JournaloftheAmericanCollegeofCardiology. – 2008**.** -April1. – 51(13). – 1237-1246.

3. Pickering Thomas G. Learned voluntary control of heart rate and rhythm in two subjects with premature ventricular contractions / Thomas G. Pickering, Neal E. Miller // British Heart Journal. – 1977. – 39. – 152-159.

4. ZiegelsteiinRoyC. AcuteEmotionalStressandCardiacArrhythmia / RoyC.Ziegelsteiin // TheJournaloftheAmericanMedicalAssociation. -2007. – July 18. – 298(3).-324-329.

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ГРИППА H1N1

Гришин В.Ю.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
vla32378@yandex.ru

Введение. Грипп – острая медико-социальная и эпидемиологическая проблема на сегодняшний день. Каждый школьник болеет за эпидсезон от 2 до 5 раз. Каждый взрослый болеет гриппом или ОРВИ в среднем 2-4 раза в год.

Цель исследования. Изучить влияние избыточного веса и сахарного диабета на течение гриппа H1N1

Материалы и методы. Были проанализированы данные историй болезни 34 пациентов инфекционного отделения ГБУ РО ГКБ им. Семашко за январь – февраль 2016 года, больных гриппом H1N1.

Результаты. 29% пациентов исследуемой группы либо уже имели сахарный диабет, либо повышение уровня глюкозы в крови было впервые выявлено во время нахождения в стационаре. 63% умерших от гриппа H1N1 за этот период страдали сахарным диабетом. Из числа умерших за январь – февраль 2016 года в инфекционном отделении больницы им. Семашко от гриппа H1N1 пациенты с индексом массы тела более 30, составили 63%.

Обсуждения и выводы. У больных сахарным диабетом выявляются расстройства как клеточного, так и гуморального иммунитета. В периферической крови определяется сниженное содержание Т-лимфоцитов, Т-хелперов. Сахарный диабет, нарушает обменные процессы в организме и

практически всегда приводит к ожирению, которое является дополнительным фактором риска тяжелых осложнений.

Вероятно, причинами более тяжелого течения гриппа H1N1 у больных с избыточным весом являются альвеолярная гиповентиляция и особенности иммунитета при ожирении. Макрофаги жировой ткани теряют способность к фагоцитозу. Свободные жирные кислоты являются субстратами перекисного окисления липидов, накапливаются при ожирении в больших количествах во всех тканях организма, в том числе и легких. Избыточно образующиеся продукты ПОЛ оказывают повреждающее действие на мембраны клеток и их компоненты, участвуют в повышении проницаемости сосудов и в гибели клеток при вирусной инфекции.

Выводы:

1. Сахарный диабет и избыточный вес являются серьезными факторами риска тяжелого течения H1N1 (75% умерших за январь и февраль имели какую-либо из этих сопутствующих патологий).

2. Индекс массы тела более 30 повышает риск летальности при свином гриппе в 3 раза.

3. Для предупреждения тяжелого течения гриппа H1N1 люди, относящиеся к группам риска, в том числе с избыточным весом и сахарным диабетом должны быть своевременно вакцинированы от гриппа до наступления сезонной эпидемии.

Список литературы

1. Клинические и патогенетические закономерности гриппа H1N1/09: монография / ЧГМА; под ред. д.м.н., проф. А.В. Говорина. – Новосибирск: Наука, 2015.С. 37-56.

2. Adults With Diabetes Hospitalized With Pandemic Influenza A(H1N1)pdm09-U.S. 2009. Diabetes Care 2013 Jul; 36(7): P. 94

3. Клинические особенности внебольничной пневмонии у больных гриппом А(H1N1) / А.В. Говорин [и др.] // Пульмонология. – 2010. – № 5. – С. 27-29.

4. Вирусная пневмония гриппа А (H1N1), осложненная ОРДС / Ю.С. Полушин [и др.] // Общ. реаниматол. – 2010. – Т. 6, № 3. – С. 15-22.

5. Онищенко, Г.Г. Эпидемическая ситуация по гриппу, вызванному высо- копатогенным вирусом типа А(H1N1), в Российской Федерации и в мире / Г.Г. Онищенко // Журн. микробиол. – 2010. – № 1. – С. 3-9.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
(одномоментное эмпирическое исследование)

Федотов И.А.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
ifedotov@psychiatr.ru

Алкогольная зависимость (АЗ) продолжает оставаться актуальным заболеванием как для каждого отдельного пациента, так и для все системы здравоохранения в целом. Для понимания состояния данной проблемы на популяционном уровне необходимо проведение регулярных скрининговых исследований. В январе 2014 года было проведено невыборочное исследование всех пациентов с диагнозом АЗ (F10.1), находящихся на лечении в стационарном отделении Рязанского областного клинического наркологического диспансера. Целью данной работы стал анализ основных клинических параметров заболевания у данной когорты больных.

Материалы и методы. В исследование вошли 125 человек (82 мужчины и 43 женщины), отказались от участия – 9 человек. Их средний возраст составил 36,1 (SD=5,1) лет. С каждым респондентом проводилось клиническое интервью с выяснением основных параметров заболевания, также информация бралась из историй болезни и бесед с родственниками. Анализ полученных формализованных данных проводился с использованием Statistica 10, данные с нормальным типом распределения представлены в виде M (SD), где M – среднее арифметическое, SD – среднее квадратическое отклонение, а распределения, отличные от нормального, в виде M[S1÷S2], где M – среднее арифметическое, S1÷S2 – 95% доверительный интервал для средней.

Результаты. Возраст начала систематического употребления алкоголя составил 15,56 [8,1÷25,2] лет. Важно отметить, что 6 респондентов (9,7%) отметили, что осознанной пробе у них предшествовала неосознанная проба в детстве (возраст от 3 до 12 лет), связанная с давлением взрослых («отец заставил») либо случайностью (перепутали стаканы и т.п.). Этот первый опыт употребления был негативным, что, однако, не помешало им в зрелом возрасте начать употреблять спиртные напитки осознанно. Средний возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома (ААС) составил 26,23 (SD = 6,7) лет, при этом большинство значений приходится на возраст 17-30 лет. По степени прогредиентности обследуемые распределились следующим образом: высокопрогредиентный темп имели 2 человека (3,3%), среднепрогредиентный – 41 человек (66,1%), малопрогредиентный – 19 человек (30,6%).Запойную форму зависимости имели 32 человека (51,6%), причем средняя длительность запоя составила 16,6

(SD=12,6) дней, псевдозапойную – 11 человек (17,7%), перемежающуюся – 9 (14,5%), постоянную форму – 10 человек (16,1%). Средняя толерантность составила 493 (SD=246) миллилитров в сутки в пересчете на чистый этанол. Среди предпочитаемых напитков в группах больных АЗ преобладали крепкие алкогольные напитки заводского производства (водка, коньяк и др.) – 59,7% и низкокачественные и суррогатные напитки (самогон, спирт и пр.) – 30,6%. На долю слабых алкогольных напитков (пива, вина, шампанского) пришлось только 9,7% ответов. Осложнения: у 34 больных (54,8%) в анамнезе были психотические эпизоды, связанные с синдромом отмены (алкогольные делирии), причем среднее количество перенесенных психозов составляет 0,9 (SD=1,3). У 21 (33,9%) из обследуемых в данных группах в анамнезе был эписиндром, связанный с синдромом отмены. Среднее количество перенесенных приступов составило 0,8 (SD=0,3).

Заключение. Проведенный анализ позволяет описать клиническую картину наиболее «типичного» стационарного пациента с АЗ. Чаще всего это мужчина около 36 лет, который начал систематические злоупотреблять алкоголем с 15 лет, а к 26 у него уже сформировался ААС.Его заболеванием имело среднюю прогредиентность и проявляется в виде запоев по 16 дней. Причем за сутки он выпивает около 500 мл в пересчете на чистый этанол (т.е. приблизительно 1,25 л водки или самогона, который более всего предпочитает). У каждого второго из них был алкогольный делирий (что чаще всего и становится поводом для госпитализации), а у каждого третьего – эписиндром в период абстиненции.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ Г. КИРОВА О ВЛИЯНИИ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ЕЁ РОЛИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

Артёменко А.В., Андреева А.М., Петухова А.М.
Кировская государственная медицинская академия
byniagara@yandex.ru

Прием достаточного количества витаминов и минеральных веществ, в особенности фолиевой кислоты, является важным фактором здоровья человека. Фолиевая кислота вместе с витамином В12 стимулирует образование эритроцитов, участвует в переносе одноуглеродных групп, синтезе пуринов, пиримидинов и нуклеиновых кислот. Дефицит фолиевой кислоты у беременных повышает риск развития у плода врождённых пороков, в частности, дефектов нервной трубки, гидроцефалии, анэнцефалии, мозговых грыж. Неоценима роль фолиевой кислоты и для мужского здоровья, а именно для нормальной выработки сперматозоидов.

Целью исследования явилась оценка информированности жителей г. Кирова о влиянии фолиевой кислоты на различные системы организма человека, а также ее роли в профилактике врожденных пороков развития.

Материалы и методы. Было проведено анкетирование различных групп населения о влиянии фолиевой кислоты на различные метаболические процессы организма, а также о роли фолатов в профилактике ВПР у плода. В анкетировании приняли участие 318 человек. Среди них 51 учащийся 11 классов школ г. Кирова, 44 студента Кировской ГМА, 63 студента ВятГУ, 112 студентов ВятГГУ, а также 48 работников немедицинских учреждений.

Результаты. В ходе исследования было выяснено, что о неблагоприятном воздействии недостатка витамина знает лишь небольшое количество опрошенных (58,8%). Всего 4,8% студентовВятГУ и 8,9% студентов ВятГГУ считают, что для того, чтобы избежать дефицита фолиевой кислоты в организме, взрослому человеку необходимо ежедневно принимать 400мкг. Для предотвращения ВПР у плода большое значение имеет прием фолиевой кислоты во время беременности, о чем не знают 42,8% опрошенных. 27% участников анкетирования считают, что дефицит витамина В9 приводит к порокам развития нервной трубки. Большинство из них (59,1%) – студенты Кировской ГМА,меньше всего о данной проблеме слышали 13,3%студентов ВятГУ и 15,2% студентов ВятГГУ. О том, что недостаток фолиевой кислоты может привести к невынашиванию плода, знают 36,4% студентов Кировской ГМА, а также сравнительно высокий процент (27,1%) работников немедицинских учреждений. Для предотвращения образования ВПР, необходимо начинать прием препаратов фолиевой кислоты за 3 месяца до зачатия ребенка, но лишь 20,4% опрошенных могут с уверенностью это сказать.

Таким образом, мы выяснили, что население плохо информировано не только по вопросам профилактики ВПР у новорожденных, но и о важной роли фолиевой кислоты для их собственного здорового образа жизни. Необходимо осуществлять просветительскую работу среди населения о влиянии фолиевой кислоты на различные метаболические процессы и ее роли в профилактике врожденных пороков развития.Нами был разработан буклет о роли фолиевой кислоты в организме человека для распространения среди населения города Кирова.

Список литературы

1. Камчатнов П.Р., Дамулин И.В. Когнитивные нарушения при дефиците витамина В12, фолиевой кислоты и гипергомоцистеинемии / П.Р. Камчатнов, И.В. Дамулин // Клиницист. – 2015. – №1. – с.18-23.

2. Карпова Т. В., Сухарева И. Л. Удовлетворение потребности организма в биологически активных веществах/ Т. В. Карпова, И. Л. Сухарева // Наука, техника и образование. – 2015. – №2 (8). – с.113-115.

3. Пустотина О.А. Достижения и риски применения фолатов вне и во время беременности / О.А. Пустотина // Медицинский совет. – 2015. – №9. – с.92-99.

4. Кузнецова И.В., Коновалов В.А. Фолиевая кислота и ее роль в женской репродукции/ И.В. Кузнецова, В.А. Коновалов// Гинекология. – 2014. – №4. – с.17-23.

5. Ших Е.В., Ильенко Л.И. Клинико-фармакологические аспекты применения витаминно-минеральных комплексов у женщин в период беременности. М: Медпрактика-М.: 2007; 80.

ДЕЙСТВИЕ ЛИЗОЦИМА НА БИОПЛЕНКИ, СФОРМИРОВАННЫЕ *STAPHYLOCOCCUSAUREUS*

Джураев А.А.
Пермский государственный медицинский университет
имени академика Е.А. Вагнера

Известно, что подавляющее большинство микроорганизмов на планете Земля существуют в виде сообществ, называемых биопленками (de Carvalho, 2007). Эти структуры широко распространены в среде обитания человека и являются постоянным источником патогенов, способных вызывать инфекцию или контаминацию (Lu*etal*., 2007). В связи с этим в настоящее время ведется поиск эффективных средств для эрадикации биопленок.

Лизоцим – фермент, который может разрушать стенку бактериальной клетки, катализируя гидролиз 1,4-*β*-связи между *N*-ацетилмурамовой кислотой и *N*-ацетил-*D*-глюкозаминовыми остатками в пептидогликане (Lönnerdal, 2003). Показано, что лизоцим способен нарушать физическую целостность матрикса биопленки, препятствовать бактериальной адгезии и способствовать откреплению клеток от поверхности (Sheffield *etal*., 2012).

Цель исследования. Изучить действие лизоцима гидрохлорида на биопленки, сформированные *Staphylococcusaureus* в эксперименте.

Материалы и методы. Биопленку *S. aureus* формировали в течение 24 часов, для чего в планшеты для иммуноферментного анализа вносили бульонные культуры тест-штаммов и инкубировали при 37^0С. Далее планктонные клетки удаляли, планшеты трижды промывали и вносили лизоцима гидрохлорида в концентрациях 20, 40, 80, 180 и 270 мг/мл на 60 минут. В контрольные лунки вносили физиологический раствор *NaCl*. Затем лунки промывали и окрашивали 1% спиртовым раствором основного фуксина с последующей спиртовой экстракцией связавшегося красителя. Детекцию окрашенных экстрактов биопленок осуществляли на ридере ChroMate (Awareness Technology Inc., USA) при длине волны 492 нм (Тезиков, 2013; O'Toole, 2011). Результаты выражали в единицах оптической плотности. Для статистической обработки данных использовали непарный вариант *t*-критерия Стьюдента. За пороговый уровень значимости принимали величину $p<0,05$.

Результаты. В ходе проведенных исследований было установлено, что внесение лизоцима гидрохлорида на поверхность биопленки *S. aureus* оказывает дозозависимое влияние на толщину биомассы пленки. При концентрации лизоцима 20 мг/мл толщина биопленки существенно не меняется (0,397±0,025, а в контрольных пробах – 0,431±0,014; $p>0,05$). При внесении 40 мг/мл фермента и выше наблюдается значительное истончение биопленки – 0,145±0,009 ($p<0,05$).

Индекс биопленкообразования снижается пропорционально увеличению концентрации лизоцима. Так, при внесении раствора лизоцима с концентрацией 270 мг/мл индекс составил 1,72±0,12, а в контрольных пробах – 2,79±0,22 ($p<0,05$).

Заключение. Таким образом, результаты проведенных исследований указывают на способность лизоцима разрушать биопленку, сформированную *S. aureus*. Подобный эффект может быть обусловлен гидролитической активностью фермента, нарушающей структуру матрикса биопленки. Можно ожидать антибиопленочную эффективность лизоцима при клиническом использовании.

ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ ТВОРЧЕСКОЙ И ОБЩЕСТВЕННОЙ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬЮ И ФОРМИРОВАНИЕМ СЭВ (СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ) У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Никифорова А.В., Кокуркина Р.Г.
Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова

Цель исследования. Выявить зависимость между общественной и творческой наряду с учебной заинтересованностью и формированием СЭВ у студентов медицинского факультета.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 60 студентов медицинского факультета 4-6 курсов, которые были поделены на группы по 30 человек: заинтересованные в общественной и творческой деятельности и малозаинтересованные. Наличие и выраженность СЭВ выявляли с помощью опросников и шкал. Психологический практикум позволяет оценить 3 основные сферы жизнедеятельности – общение, профессиональная деятельность и физическое состояние. Для выявления пограничных психических нарушений использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии.

Результаты и обсуждение. Группа малозаинтересованных: 40 % студентов имеют допустимое состояние в сфере общения, 40% студентов имеют допустимое и 20% имеют настораживающее и весьма неблагоприятное состояние в сфере деятельности, 40% имеют допустимое состояние в сфере физического активности. Клинически выраженная тревога у 40% и клинически выраженная депрессия у 20% студентов.

Группа заинтересованных: 7% имеют допустимое состояние в сфере общения, 47% имеют допустимое состояние в сфере деятельности и 20% имеют допустимое состояние в сфере физической активности. Клинически выраженная тревога у 13% и клинически выраженная депрессия у 7% студентов.

Выводы. При сравнении результатов исследования в обеих группах, показатели оказались лучше во второй группе (группе заинтересованных в общественной и творческой деятельности). Таким образом, общественная и творческая заинтересованность наряду с учебной деятельностью снижает риск формирования СЭВ у студентов старших курсов медицинского факультета.

ВЛИЯНИЕ ЭТАНОЛА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Сенникова Ю.А.
Кировская государственная медицинская академия
mimimishh@mail.ru

Актуальность. Чрезмерное потребление алкоголя является доминирующей причиной сверхвысокой смертности населения России от внешних причин, а также от цирроза и других заболеваний печени. Потребление крепких спиртных напитков повышает риск, а соответственно, и смертность от онкологии органов пищеварительной системы. В 2004 году смертность от цирроза печени у мужчин в 2,3 раза, а от алкогольной дистрофии печени – в 5 раз выше, чем 1991 году. У женщин эта тенденция еще более выражена. Причины зависимости от употребления алкоголя целесообразнее выявлять у молодого поколения, так как именно на его показателях в дальнейшем будет строится статистика страны.

Цель исследования. Проанализировать оказываемое этанолом влияние на организм студентов первого курса медицинской академии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 266 студентов 1 курса лечебного факультета Кировской ГМА, из них – 194 девушки и 72 юноши. Анкетирование было проведено по вопросам их отношения к употреблению алкоголя и наличия зависимости от него, оказываемом влиянии на организм. Анкетирование осуществлялось в письменной анонимной форме. Оценка и анализ полученных данных выполнялись вручную.

Результаты. В ходе исследования студенты первого курса были разделены по критерию употребления алкоголя на две группы, которые, в свою очередь, были поделены по гендерному признаку. Таким образом выяснилось, что алкоголь употребляет 40% девушек и 53% юношей. Однако было установлено, что 21% девушек выбирают крепкий алкоголь, 66%-средней крепости, и только 13% опрошенных выбирают в качестве напитка алкоголь низкой крепости. У юношей ситуация с выбором обстоит несколько иначе: практически половина (48%) молодых людей предпочитают крепкие виды алкоголя, в то время как мнение второй половины опрошенных в равных

долях (по 26%) расходится между выбором некрепких и среднекрепких напитков. Рассматривая ситуацию с частотой употребления, среди опрошенных женского пола не наблюдается ежедневного употребления спиртных напитков, в то время как 6% юношей употребляют их каждый день, 17%- один раз в неделю и 44% – несколько раз в неделю.

Картина частоты наблюдения похмелья после принятия алкоголя не является типичной: симптомам похмелья подвержены 50% молодых людей и только 13% девушек. Такие результаты, должно быть, связаны с количеством выпитых спиртных напитков, так как по физиологическим признакам выведение алкоголя из женского организма происходит значительно медленнее из-за большего количества жировой прослойки и меньшей мышечной массы. Ни для кого не секрет, что для достижения состояния алкогольного опьянения юношам требуется большее количество алкоголя: 44% необходима доза в несколько рюмок водки, оставшимся 56% – больше, в то время как более, чем половине опрошенных девушек (56%) для достижения одинакового с юношами эффекта потребуется 2-3 бокала шампанского. Среди опрошенных отравления, вызванные недоброкачественным спиртом у обоих полов встречались практически с одинаковой частотой – в пределах 10% случаев употребления алкогольных напитков. Наступление рвоты после принятия большого количества алкоголя также встречается в близких значениях: в 71% у девушек и в 63% – у юношей. Однако, говоря о постоянном наступлении рвоты, у молодых людей она наблюдается в 10 раз чаще, чем у девушек. Кроме того, 27% девушек вообще ни разу не сталкивались с таким последствием. У юношей этот показатель ниже на десять процентов.Полученные данные объясняются количеством выпиваемого алкоголя, а также более ответственным отношением девушек к выбору доброкачественных спиртосодержащих напитков.

Вывод. В результате проведённого опроса выявлено сильное патологическое влияние на организм человека: у 50% девушек наблюдаются симптомы похмелья, что говорит о сильном угнетающем воздействии этанола на нервную систему. Кроме того, в 83% случаев у молодых людей встречается рвота, что свидетельствует о воздействии ядовитых веществ распада алкоголя на внутренние органы.Также было установлено, у 93% юношей после принятия спиртосодержащих напитков отмечается проявление возбужденного состояния и агрессии, что может повлечь за собой неблагоприятные последствия. У девушек же наоборот: в 76% случаев выявлено подавленное состояние, что может стать причиной депрессий и других негативных последствий для психики.

Список литературы

1. Наркология. Национальное руководство под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной

2. Пауков В. С. Лекция 6. Отравления // Лекции по судебной медицине. – Учебное пособие. – М.:Практическая медицина, 2008.

3. Лекции СЗГМУ им. Сеченова. Наркология. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ. Основные группы психоактивных веществ. Алкоголизм: стадийность, алкогольные психозы. Нехимические зависимости.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕТНЕЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ КАМПАНИИ КАК ОДНО ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ПО РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Казаева О.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
olga--kazaeva@yandex.ru

Введение. Одной из важных составляющих деятельности Управления Роспотребнадзора по Рязанской области является организация отдыха и оздоровления детей в летний период.

Цель. Провести анализ эффективности оздоровления детей и подростков в летних оздоровительных учреждениях.

Материалы и методы. Оценка эффективности оздоровления проводилась в соответствиис МР 2.4.4.0011-10 «Методика оценки эффективности оздоровления в загородных учреждениях отдыха и оздоровления детей» с применением социально-гигиенических методов [3, 4].

Результаты. В рамках оздоровительной кампании 2016 года в Рязанской области была организована работа более 350 загородных учреждений отдыха, в которых отдохнуло более 20 тысяч детей и подростков.

Фактов открытия детских лагерей без согласования с Управлением Роспотребнадзора по Рязанской области не было выявлено. Заезд детей осуществлялся в соответствии с намеченным графиком.

Штат работников пищеблоков летних оздоровительных учреждений-был укомплектован квалифицированными кадрами на 100%. Персонал пищеблоков в полном объеме прошел медицинский осмотр и гигиеническое обучение [2].

Для организации оказания медицинской помощи детям во всех загородных оздоровительных учреждениях работали медицинские пункты, оснащенные оборудованием, инструментарием в соответствии с санитарными правилами. Медицинское обслуживание осуществлялоськвалифицированными медицинскими кадрами.

В соответствии с действующим законодательством в 2016 году проведено 274 проверки летних оздоровительных учреждений с применением лабораторно-инструментальных исследований [1], что вышепоказателей предыдущих лет. За нарушение санитарного законодательства при эксплу-

атации летних оздоровительных учреждений возбуждено 293 административных дела.

Эффективность оздоровления отдохнувших детей оказалась следующей: выраженный оздоровительный эффект наблюдался у 92,8 % детей (в 2015 г. – 92%). Слабый оздоровительный эффект отмечен у 6,3 % (в 2015 г. – 6%), отсутствие оздоровительного эффекта – у 0,9 % (в 2015 г. – 0,9%) отдохнувших.

Заключение. При организации оздоровительной кампании в Рязанской области Управлением Роспотребнадзора ставился и был успешно реализован ряд тактических задач, главные из которых: добиться «выраженного оздоровительного эффекта» не менее 90%; увеличить количество отдыхающих детей; предупредить инфекционную заболеваемость. Все это создает оптимальные условия для полноценного отдыха и оздоровления детей и подростков региона.

Список литературы

1. Гревцова Е.А., Сафонкин С.В. Состояние организации питания детей и подростков Рязанской области: региональный опыт и перспективы // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2013. – № 1. – С. 78-82.

2. Семка И.М., Казаева О.В. Анализ качества питьевой воды в Рязанской области //Наука молодых – EruditioJuvenium.– 2013. –№ 3. –С. 71-74.

3. Казаева О.В. Оценка эффективности летней оздоровительной кампании в Рязанской области Матер. Всеросс. конф. с междунар. уч., посв. 90-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения – М., 2014. – С. 96-97.

4. Казаева О.В. Анализ эффективности работы летних оздоровительных учреждений Рязанской области // Вестник РУДН. – 2015. – № 4. – С. 30-33.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ

Авдеева А.Д.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
avdeeva_lika@list.ru

В настоящее время на этапе многогранного реформирования системы здравоохранения одним из наиболее сложных вопросов является пересмотр структуры и организации стационарной помощи в условияхотделений анестезиологии – реанимации, где сконцентрированы наиболее тяжелые пациенты. Особую роль в отделениях анестезиологии-реанимации играют медицинские сестры. Медсестры – анестезисты должны не только

обладать высоким профессионализмом, но и проявлять высокую моральную ответственность.

Высокая психологическая нагрузка приводит к эмоциональному выгоранию медицинских сестер – анестезистов, которое является механизмом психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на психотравмирующие воздействия. К основным признакам эмоционального выгорания сестер-анестезистов относят переутомление, усталость, нарушение сна, ухудшение общего самочувствия, циническое отношение к больным, пессимизм, скудность эмоций, приступы агрессии, снижение социальной активности.

Для проверки гипотезы о том, что медицинские сестры – анестезисты в большей степени, чем сестринский персонал других отделений подвержены синдрому эмоционального выгорания было проведено исследование, в котором приняли участие медсестры – анестезисты отделения анестезиологии – реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии филиала № 6 ФГКУ «1586 ВКГ» МО РФ и такое же количество медицинских сестер из отделения терапии филиала № 6 ФГКУ «1586 ВКГ» МО РФ. Для диагностики была использована адаптированная методика К. Маслача и С. Джексона – опросник на выгорание (MBI), которая позволила установить, что у первых высокая степень эмоционального выгорания (у 75% от всех медицинских сестер отделения), в то время как низкая степень эмоционального выгорания не обнаружена вовсе (в терапии отмечена у 20% медсестер).

С целью повышения уровня удовлетворенности медсестер-анестезистов своей работой путем снижения эмоционально-психологической нагрузки в отделении анестезиологии-реанимации в госпитале в феврале 2016 года были проведены следующие мероприятия:

1. Создание комнаты психологической разгрузки с целью восстановления работоспособности персонала в стадии развивающегося утомления.
2. Обучение сотрудников отделения анестезиологии-реанимации на курсах стрессоустойчивости и технике предотвращения конфликтов.
3. Администрацией госпиталя решается вопрос о введении в штат психолога, среди задач которого будет психологическое сопровождение профессиональной деятельности сотрудников.

Список литературы

1. Булаева Е.В. Сестринское дело. – М.: АСТ, 2012. – 146 с.
2. Дорошин М.Р., Курбаш В.Г. Сестринское дело в анестезиологии и реанимации. – М: Академия, 2010.
3. Вараева Н.В. Программа профилактики эмоционального выгорания специалиста. – М.: АСТ, 2012.
4. Чутко Л.С., Козина Н.В. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты.- М.: Медпресс информ, 2014.

ВНУТРИГОДОВАЯ ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РОДИЛЬНИЦ ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Агарев А.Е.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
aleksey.agarev@yandex.ru

Многие инфекционные заболевания имеют четко выраженную сезонность; также сезонно действующие факторы могут оказывать влияние и на заболеваемость инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Выявление данных факторов позволяет эффективнее осуществлять эпидемиологический надзор и профилактику ИСМП.

Целью исследования является анализ внутригодовой динамики заболеваемости ИСМП родильниц в Рязанской области, сравнение фактической внутригодовой динамики заболеваемости с внутригодовой динамикой по данным официальных отчетов на примере отдельного родовспомогательного учреждения.

В работе использованы данные официальных отчетов ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Рязанской области» за 2011-2015 гг. и данные по одному из родовспомогательных учреждений Рязанской области. Для расчета помесячных показателей заболеваемости использован программный пакет MSExel, общие средние показатели рассчитаны методом корригированных средних.

По результатам работы общая средняя заболеваемость родильниц ИСМП в Рязанской области за последние 5 лет составила 4,1‰. Среднемесячные показатели существенно, превышающие общую среднюю наблюдались в мае, ноябре, декабре и составляли 5,1‰, 5,8‰ и 7,0‰ соответственно. При анализе внутригодовой динамики заболеваемости ИСМП родильниц в рамках одного родовспомогательного учреждения по данным официальных статистических отчетов, при составлении которых учитываются инфекционные заболевания после установления окончательного диагноза, выявлено, что превышение среднемесячными показателями общей средней (6,6‰) наблюдалось в феврале, апреле, мае, июле, августе и октябре со значениями в 12,7‰, 7,7‰, 7,8‰, 7,8‰, 13,6‰ и 7,5‰ соответственно. При анализе внутригодовой динамики заболеваемости в этом же родовспомогательном учреждении, но при использовании данных фактической помесячной заболеваемости, учитывающих ИСМП по фактической дате заболевания, показатель общей средней несколько ниже общей средней, рассчитанной по данным отчетов и составляет 6,2‰. Среднемесячные показатели, превышающие общую среднюю, приходятся на июнь, август и октябрь и составляют 8,1‰, 12,7‰ и 6,9‰ соответственно.

Таким образом, по данным официальной регистрации за последние 5 лет, внутригодовая заболеваемость ИСМП родильниц в Рязанской области распределялась относительно равномерно, наблюдавшиеся при этом подъемы заболеваемости приходились на май и ноябрь-декабрь. Внутригодовые динамики заболеваемости в рамках отдельного родовспомогательного учреждения, полученные при анализе данных официальной отчетности и фактических данных помесячной заболеваемости существенно различаются: частично не совпадают месяцы, среднемесячные показатели которых превышают общую среднюю; при анализе внутригодовой динамики по данным официальных отчетов основной вклад в заболеваемость вносят зимний и летний период, в то время как для внутригодовой динамики по фактическим данным характерен только летний подъем. Не исключено, что аналогичная ситуация может наблюдаться и при изучении областной заболеваемости. Данный факт следует учитывать при проведении ретроспективного анализа внутригодовой динамики заболеваемости.

О СИТУАЦИИ С «ПЛАТНОЙ» И «БЕСПЛАТНОЙ» МЕДИЦИНОЙ В НАШЕЙ СТРАНЕ

Бойко И.Б., Корнеева О.И.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова,
Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова
olgaboiko.2012@mail.ru

В РФ состояние общественного здоровьявот уже 25 летопределяют «бесплатная»и «платная» медицина.

«Платная» медицина − социально значимое и полезноеобщественное явление, со своейисторией, обусловленное объективными обстоятельствами илегитимное. Ассоциируется с рыночной экономикой, с гарантией оказания необходимой, качественной и безопасной медицинской помощи, с определенным уровнем развития общества, позволяющем людям, в случае обращения за медицинской помощью, оплатить медицинским работникам их труд. От ее исключенияпострадает качество оказываемых медицинских услуг.

Согласно п.1 ст.84 ФЗ РФ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»от 21.11.2011 г. №323-ФЗ (ФЗ 323),одним из условий оказания платных медицинских услуг является желание самих пациентов.Данное обстоятельство означает, что оплачиваемая гражданами медицинская деятельность не может охватывать все медицинские услуги, так как поле ее деятельности ограничено в первую очередь потребностью в ней со стороны населения.

Обращение за оказанием платных медицинских услуг может быть связано с финансовыми возможностями, с устраивающимвидом медицинских услуг (из п.4 ст.84 ФЗ 323: «полный объем стандарта медицинской помощи, отдельные консультации, медицинские вмешательства, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи»), с потерей времени, плохим обращением со стороны медицинских работников, заведомо низкой диагностической возможностью данного медицинского учреждения, откровенным мздоимством и др. Получается, что «платная» медицина − это хотя и добровольный выбор, но в определенном смысле обусловленный нерешенными организационными проблемами из нашего прошлого и, как следствие, некачественным оказанием медицинских услуг в бюджетных структурах отечественного здравоохранения.

Если посмотреть на «платную» медицину с позиций права, то, например, Конституция РФ игнорирует данное явление, что сегодня выглядит крайне неудачно; все-таки «платная» медицина реально существует в обществе и даже развивается. Ст.41 Основного закона, декларируя право каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь, связывает последнюю только с «бесплатной» медициной, и уточняет при этом: если обращение связано с государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения. Но это одно из основных конституционных положений социального государства в нашей стране выполняется далеко не на все 100% и, к сожалению, откровенно формально.

Сегодня конституционное право на «бесплатную» медицину – оказание медицинской помощи, как представляется, нисколько не устарело. Если государство проявляет заботу об охране здоровья и медицинской помощи в отношении своих граждан, то от последних реально ожидать адекватного отношения к своему государству. Продуманная и правильная политика государства в отношении развития и усиления системы здравоохранения – залог сохранения страны и ее прогресса.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации // Российская газета. 25 декабря 1993 г. №237.

2. Федеральный закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ // Российская газета. 23 ноября 2011 г. №5639.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Желтова А.И.
Московский областной медицинский колледж № 3
(Егорьевский филиал)
Shikova.nastasya@mail.ru

Введение. Качество медицинской помощи (КМП) – совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской

помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожидания современному уровню медицинской науки и технологии.

Рабочая группа по проблеме обеспечения КМП Европейского регионального бюро ВОЗ дала следующее определение понятию «хорошее качество медицинской помощи»: Хорошее КМП означает, что отдельные лица, семьи или иные сообщества людей получают медицинскую помощь, соответствующую их потребностям, приемлемую для них и предоставляемую в наиболее приемлемой для них форме (первичная медико-санитарная помощь, больничная, специализированная, скорая и неотложная помощь, помощь на дому и др.) [4].

Улучшение качества сестринской помощи (КСП)- одна из составляющих КМП. Медицинские сёстры являются самым многочисленным отрядом медицинских работников, которые трудятся в системе общей практики, в поликлиниках, больницах, учебных и научно-исследовательских учреждениях, при этом занимают разные должности [2]. В настоящее время в рамках служб здравоохранения важную роль в укреплении здоровья населения, профилактике болезней, а также в уходе и реабилитации играют медицинские сёстры [1]. Роль медицинской сестры чрезвычайно велика в современном здравоохранении. Она не просто манипулятор, она самостоятельный сотрудник, принимающий решения в сфере управления и организации отделения [3]. Для понимания значимости сестринского ухода в процессе повышения эффективности медицинской помощи необходимо оперировать следующими характеристиками КСП:

1. Профессиональная компетенция.
2. Доступность сестринской помощи.
3. Межличностные взаимоотношения.
4. Эффективность.
5. Непрерывность.
6. Безопасность.
7. Удобство.
8. Удовлетворённость пациентов.
9. Удовлетворённость медицинских работников.

Повышение КСП возможно при эффективном взаимодействии медицинской сестры, профессионально компетентной, и пациента(его родственников) в позитивных социально-психологических, материально-технических и организационно-экономических условиях единого правового пространства при наличии стойкой положительной мотивации пациента (родственников) на выздоровление (сохранение здоровья) [5].

Потребитель сестринской помощи – пациент, получающий её. Под качеством сестринской помощи понимают соответствие между ожиданиями пациента(семьи, общества) и восприятием пациентом (семьёй, обществом) процесса и результата оказания помощи [2].

Цель. Оценить мнение пациентов о качестве медицинской помощи.

Материалы и методы. С целью оценки качества сестринской помощи в 2016 г. нами было проведено социологическое исследование пациентов ГБУЗ МО «Егорьевская ЦРБ» г. Егорьевска. Анкета состоит из 26 вопросов, которые включают в себя данные о пациенте (пол, возраст, образование и т.д.), вопросы об объёме сестринской помощи, мнение пациентов о работе медицинских сестёр в данном отделении, о качестве питания и условиях пребывания в отделении, предложения по улучшению качества сестринской помощи.

В опросе принял участие 300 пациентов. В результате исследования были получены следующие результаты: большинство пациентов – это люди старше 50 лет – 57 %, в том числе 44 % мужчины и 56 % – женщины. В вопросе об образовании были получены примерно одинаковые результаты с небольшими отклонениями: 30 % – это люди с высшим образованием, 29 % имеют среднее, а 38 % – среднеспециальное. Из девяти человек, ответивших на вопрос «иное», шесть человек с образованием 5 и 7 классов, одна школьница и два человека с незаконченным высшим.

Результаты. Опрос проводился в основном в хирургическом отделении, поэтому 74% опрошенных человек – это пациенты хирургического отделения. Примерно половина пациентов не в первый раз находятся на лечении в данном стационаре – 43 % пациентов. 76 % респондентов были ознакомлены медицинской сестрой с правилами внутреннего распорядка. Причиной того, что 24% пациентов не были ознакомлены с ним, может быть недостаточная внимательность медицинских сестёр или их большая загруженность. Только у 34 % респондентов была проведена гигиеническая обработка тела. Это может быть следствием недостаточного финансирования (нет необходимого количества нательного и постельного больничного белья, дезинфицирующих и моющих средств), нехватка среднего и младшего медицинского персонала.

Однако следует отметить, что 90 % респондентов высоко оценили качество сестринских манипуляций, что указывает на хорошую профессионально-техническую подготовку медицинских сестёр. 10 % недовольных качеством выполнения манипуляций могут быть обусловлены как психологическими особенностями пациентов, так и некомпетентными действиями сестринского персонала. Необходимо продумать вопрос о подборе более совершенной технологии подбора кадров.

В анкете был задан вопрос о качествах медицинской сестры, курирующей данную палату (пациентов). В разделе ответов стояли 8 вариантов, первые четыре отмечали положительные черты медсестры, остальные – отрицательные.

Респонденты давали несколько вариантов ответов, поэтому общее количество ответов составило – 659. Охотнее респонденты отмечали положительные характеристики качеств медицинской сестры. 97 % опрашиваемых высоко оценили сестринские кадры. 2 % пациентов отметили рав-

нодушие к ним со стороны медсестры. Напрашивается вывод, что речь идет об одной конкретной медицинской сестре. В графе «иное» 8 человек, что составляет 1% опрошенных, дали свои варианты ответов: юмор, строгость, нет конкретной медсестры, закреплённой за палатой, выполняет назначения врача удовлетворительно.

На вопрос «довольны ли Вы сестринским уходом» 91,6 % дали отрицательный ответ (что очень печально для сестринской службы), 3 % отметили иное, при этом не дали никаких комментариев.

По нашему мнению с санитарно-эпидемиологическим режимом ситуация не очень благополучная. Достаточно большой процент (22 %) респондентов отметили, что соблюдается он не всегда, а 4 % пациентов дали и вовсе отрицательный ответ. Конечно, нельзя не принимать во внимание, что опрашиваемые не специалисты в этой области, но, с другой стороны, какие-либо действия или бездействие со стороны сестринского персонала дали основание для формирования такого мнения у пациентов.

На вопрос, были ли конфликтные ситуации с медицинской сестрой, 8% респондентов ответили, что «довелось конфликтовать с сестринским персоналом во время пребывания в стационаре». Только два пациента объяснили почему: в первом случае пациент дал характеристику перевязочной медицинской сестре, указывая на её грубость и черствость. Во втором случае медицинская сестра убрала с тумбочки у лежачего больного все предметы ухода.

На вопрос о том, был ли разъяснён медицинской сестрой характер, содержание проводимого исследования при подготовке к диагностическим манипуляциям, большинство опрашиваемых (68 %) ответили положительно на поставленный вопрос, 15 % – 51 человек – отрицательно. Те респонденты, которые ответили «иное», отметили, что ёще не проходили подобные исследования (17 %). Опять встаёт проблема подготовки кадров по психологии и их большой загруженности.

Только четырнадцать человек (4 %) выразили неудовлетворение качеством оказания помощи в параклинических службах, но никто не указал причину подобного впечатления. Тридцать четыре человека (10 %) ответили «иное». Самые разнообразные ответы вызвал вопрос: Какая помощь медицинской сестры, на Ваш взгляд, больше всего нужна пациенту в стационаре? Общее количество ответов – 667. Из них наиболее популярны уход за тяжелобольными – 199 ответов (29 %) и выполнение манипуляций – 201 ответ (30 %). Далее идут перевязки – 131 респондент (20 %) отметили необходимость подобной помощи в стационаре. Подобная градация, на наш взгляд, вполне закономерна, поскольку большинство опрашиваемых – пациенты хирургических отделений. Следующий по значимости ответ – профилактическая работа – его отметили 73 пациента (11 %). И, наконец, обучение правилам ухода, принципам сохранения и укрепления здоровья – 57 ответов (9 %). Из шести человек, считающих иное, лишь один дал комментарий, указав на необходимость психологической помощи.

На вопрос о том, какая помощь медсестры, на Ваш взгляд, больше всего нужна пациенту на дому, ответы распределились следующим образом: наиболее востребованы, по мнению респондентов, сестринские услуги на дому по уходу за тяжелобольными и выполнение манипуляций – по 19 % от общего числа ответов (каждый пациент отметил несколько возможных вариантов). Чуть меньше – по 15 % – уход за престарелыми и патронаж. 13 % опрашиваемых отметили необходимость проведения перевязок на дому. Обучаться правилам ухода, принципам сохранения и укрепления здоровья хотели бы 74 человека (10 %). Важность и значимость профилактической работы признают 8 % респондентов, хотя в современной медицине профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни придаётся доминирующее значение.

Шесть человек, указавших «иное», к сожалению, не написали, что они подразумевают.

В целом опрашиваемые довольны оказываемой сестринской помощью – 34 % дали оценку «отлично», 61 % дали оценку «хорошо».

4 % респондентов оценили работу медсестры как «посредственно». Скорее всего, некоторые медсестры не всегда корректно себя ведут. Руководители порой смотрят на неправильные действия работников, в том числе и медсестер, не достаточно строго по причине кадровой нехватки таковых.

Как показывают данные опроса, манипуляции выполняются вовремя – 85 %, тогда как 9 % ответили отрицательно. Респонденты, ответившие «иное», в ремарках писали: «В порядке очереди», «зависит от смены», но наиболее частый ответ «не всегда», т.е. 15 человек из 100 не всегда получают назначенное лечение вовремя.

Фактически 99 % пациентов высоко оценили работу медсестер, указав их основные качества, такие, как доброжелательность (34 %), милосердие (19 %), педантичность (8 %), высокий профессионализм (38 %). В графе «иное» также были указаны положительные качества: надёжность, оптимизм, внимательность и ответственность. Два человека указали на грубость, и пять ответов – равнодушие. Трудно дать оценку подобным ответам, скорее всего это эмоциональная реакция на конкретную ситуацию.

При оценке качеств медсестер по тем же параметрам положительных ответов в сумме было 97 % от общего числа.

На вопрос по улучшению качества сестринской помощи ответили 83 респондента. 31 из них предложили повысить заработную плату. Четыре человека высказались за то, чтобы медицинские сестры были более доброжелательными. Несколько пациентов предложили увеличить количество сотрудников среднего звена.

Некоторые предложения касались конкретных ситуаций: больше уделять внимания, а не порядку на тумбочках; не ходить в обуви на шпильках; выполнять вовремя назначения врача.

Заключение. 1. Более половины опрошенных – это люди предпенсионного и пенсионного возраста – 57 % (192 человека). Женщин больше (190 чел.), чем мужчин (151 чел.). По социальному статусу контингент респондентов более всего работающий – 31 % (110 чел.) и пенсионеры – 29 % (104 чел). По образованию приоритетов нет.

2. Почти четверть (24 %) пациентов формально были ознакомлены с правилами внутреннего распорядка.

3. Не уделяется должного внимания санитарно-просветительской работе.

4. Примерно каждый десятый пациент недоволен качеством выполнения сестринских манипуляций и сестринским уходом. Очевидна необходимость совершенствования кадровой политики в сестринском деле.

5. По определению психологических свойств характера медицинской сестры респонденты достаточно едины в своём мнении, отмечая положительные качества – 98 %. Одиннадцать человек, которые указали отрицательные качества, скорее всего, столкнулись с действиями конкретной медсестры.

6. Действия медсестёр по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима не всегда корректны: 22% (75 чел.) респондентов ответили, что не всегда он соблюдается, а 4 % (15 чел.) считает, что вообще не соблюдается.

7. Сложилась тревожная ситуация с психологией общения. Восемь(!) человек из ста указали на конфликтные ситуации, которые у них были с медсестрой.

8. Нехватка информации у пациентов о проводимых им манипуляциях – тоже серьёзная проблема. 15 % респондентов ответили, что им не объясняли сути проводимого исследования.

Если взять среднеарифметическую оценку, которую респонденты дали сестринской помощи, то она равна 4,28 по пятибалльной шкале, что очень неплохо. В некоторых анкетах респонденты могли ответить, что им не нравится выполнение сестринских манипуляций и качество ухода, но при этом дать высокую оценку впечатлению об оказанной сестринской помощи.

Таким образом, исследование мнения пациентов об организации сестринской службы на примере ГБУЗ МО «Егорьевская ЦРБ» позволит улучшить работу в коллективе медицинских специалистов; решить поставленные задачи с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности; организовать сбор и обработку медико-статистических данных; провести анализ работы, оценку потенциальных возможностей развития и определение потребности в изменениях сестринской службы медицинской организации или ее структурного подразделения.

Список литературы

1. Вялков А.И. Управление в здравоохранении Российской Федерации. Теория и практика. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2013. – 528 с.

2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2012. – 517 с.

3. Мишин В.М. Управление качеством. Учебник. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. – 464 с.

4. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И., Ролько В.Т. Технология управления сестринским процессом в лечебно-профилактическом учреждении. Оценка и текущий контроль качества деятельности медицинских сестер / Доклады участников II Всероссийского съезда средних медицинских работников на пленарных и секционных заседаниях. Развитие сестринского дела в условиях реформирования здравоохранения. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004. – С. 196–204.

5. Никифоров А.Д. Управление качеством. – М.: Дрофа, 2004. – 720 с.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПЕРСОНИФИКАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Захарова Н.В., Угаров И.В.
Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова,
Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова
nataliza80@gmail.com

На современном этапе, благодаря технологическим достижениям и упрощению лабораторной диагностики происходит быстрое развитие генетики с получением новых знаний о генетических детерминантахдисфункционального состояния рецепторов нейромедиаторов,ферментных систем и белков, участвующих в развитии психических расстройств. Наука переживает переходный период от накопления колоссального объема знаний к их внедрению в практику врачей. Это положение делает актуальными новые проблемы в психиатрии.

Во-первых, требует осмысления на государственном уровне, с разработкой соответствующих нормативных документов, возможность генетической диагностики различных сторон психических заболеваний для исключения явлений стигматизации и дискриминации пациентов с отклонениями в психической сфере.

Во-вторых, учитывая ресурсозатратность лечения пациентов с психическими расстройствами, и доказанную экономическую целесообраз-

ность проведения психофармакогенетических анализов, представляется актуальным детальная разработка и внедрение указанных тестов, в том числе, скрининговых тест-систем (ДНК-чипов) в рутинную практику.

Во-третьих, учитывая колоссальный объем фактических данных, со сложностью «ручного» сопоставления многочисленных клинических и биологических корреляций предрасполагающих факторов (психопатологических, метаболических, внешнесредовых и т.д.) остро необходимы адаптированные для лечебно-диагностической работы информационные системы (компьютерные программы или приложения), способные в режиме реального времени не только рекомендовать специфические и чувствительные генетические тесты,но и составлять клинические рекомендации по терапии и реабилитации пациентов на основании результатов генотипирования.

Учитывая вышесказанное, особенно актуальным становится и проблема профессиональной подготовки специалистов.

На современном этапе вполне успешно реализуются психофармакотерапевтические исследования во нескольких отечественных научных учреждениях.В работу кафедры психиатрии и медицинской психологии в 2015 году внедрен информационный сервис xGenCloud, представляющий собой автоматизированную, интуитивно понятную систему регистрации, обработки и воспроизведения данных для картирования генетических и фенотипических переменных с целью разработки максимально персонализированной лекарственной терапии. База знаний включает в себя: руководство по фенотипическим характеристикам 10 300 единиц, 3000 единиц и 7000 многофакторным заболеванием моногенных заболеваний. Справочник лекарственных средств содержит 12000 записей (включая данные о психофармакологических препаратах, принимая во внимание все звенья фармакокинетики и фармакодинамики), 108 факторов окружающей среды.

Модуль генетической информации включает около 38000 известных генов, а также более 300000 мутаций и полиморфизмов, с возможностью построения генных сетей (ассоциаций) для каждого пациента. Учитывая многофакторный патогенез развития психических заболеваний, эта функция особенно важна, так какпозволяет пенсонифицированно рассчитать относительный риск и прогноз течения заболевания. Генетический кластер информации по психическим заболеваниям содержитданные по 501 гену и полиморфизмам с общим описанием8334 межгенных ассоциаций. База знаний сервиса постоянно обновляется за счет использования алгоритмов «Text Mining» и интеграции служб xGenCloud в научных ресурсов через электронные коммуникации. Конфиденциальность данных о пациенте обеспечивается присвоением каждому пациенту многозначного идентификационного номера, вся информация данные сохраняются в анонимной форме на протяжении всей своей жизни.

Выводы. Интеграция данных современных генетических исследований в учебный, исследовательский и лечебно-диагностический процесс

позволит повысить качество оказываемой помощи пациентам путем персонифицированой направленности диагностической, терапевтической и реабилитационной стратегии.

РОЛЬ ПРЕПОДАВАНИЯ ОРГАНИЧЕСКОЙ ХИМИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОБЩЕСТВЕННОЙ АККРЕДИТАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОБУЧЕНИЯ ПРОВИЗОРОВ

Колосова Т.Ю., Кубасова Л.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
tkkolosova@gmail.com

Основная цель профессионально-общественной аккредитации состоит в том, чтобы дать объективную независимую оценку качества подготовки выпускников по предлагаемой образовательной программе, основываясь на анализе востребованности выпускников рынком труда, соответствия их квалификации требованиям работодателей, а также с целью выявления лучших практик и достижений учебного заведения [1,2].

Развитие здравоохранения существенно зависит от профессионального уровня и качества подготовки провизоров, развития новых педагогических технологий и активности студента – будущего провизора. Большую роль в подготовку провизоров вносит изучение Органической химии, закладывающее основу успешного освоения специальных дисциплин – фармацевтической химии, токсикологической химии, фармацевтической технологии и др.

Преподавание Органической химии по рабочим программам, построенным на компетентностном подходе, позволяет систематизировать теоретические знания по предмету и получить первые навыки работы в лабораторном практикуме, необходимые для приобретения профессиональных навыков провизора.

Создание единых программ обучения и итогового контроля для фармацевтических факультетов повысило бы конкурентноспособность выпускника. Эти единые программы должны непрерывно курироваться рынком труда и быть способными к быстрому изменению в зависимости от текущих задач. Выработка единой стратегии, направленной на совершенствование всей системы фармацевтического образования, требует тесного взаимодействия между кафедрами ВУЗа и между ВУЗом и предприятиями, на котором работают его выпускники.

В настоящее время ВУЗы готовят провизоров «широкого профиля», которые потом получают дополнительные практические навыки уже на своем рабочем месте: в аптеке, на фармацевтическом производстве, в

научной лаборатории. Для того чтобы облегчить начало рабочей деятельности провизора на производстве, необходимо совершенствовать лабораторный практикум по Органической химии, активнее внедрять в него современные инструментальные методы анализа и, начиная с младших курсов, обучать им студентов. Это поможет повысить качество профессиональной подготовки, а значит, и востребованность выпускаемых специалистов рынком труда.

Для успешного выполнения поставленных задач необходимо совершенствовать систему повышения квалификации преподавателей, так как помимо знаний педагогики и психологии преподаватель высшей школы должен в совершенстве владеть специальными знаниями – знаниями преподаваемого предмета Органической химии.

Для успешной профессионально-общественной аккредитации учебных программ подготовки провизоров ведомства, отвечающие за систему подготовки фармацевтических кадров, должны занять активную позицию по мониторингу потребностей рынка труда, по внедрению единых подходов к изучению предметов, способствовать профессиональному росту преподавателей ВУЗа.

Список литературы

1. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ред. от 02.06.2016) "Об образовании в Российской Федерации" Статья 96. Общественная аккредитация организаций, осуществляющих образовательную деятельность. Профессионально-общественная аккредитация образовательных программ.– М., 2016

2. Шмелькова Л.В. О профессионально-общественной аккредитации образовательных программ Дополнительное профессиональное образование в стране и мире/ № 3(3) 2013.

ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Корнеева О.И.
Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова
olgaboiko.2012@mail.ru

Обработка персональных данных (ПД) − важная и неотъемлемая часть деятельностимедицинских учреждений (МУ). Однако отдельные вопросы, связанные с ее осуществлением МУ, остаются все еще недостаточно разработанными. Устранение терминологических неточностей при работе с ПД позволит медицинским работникам более точно обозначить свои обязанности и избежать вероятных юридических осложнений.

Термин «персональные данные» раскрывает ФЗ РФ «О персональных данных» от 27.07.2006 г. №152-ФЗ (ФЗ 152) – это «любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных)» (п.1 ст.3).

Под обработкой ПД понимают (п.3 ст.3 ФЗ 152): «любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таковых с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, представление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных».

Иного взгляда на обработку ПДпридерживается законодательство в сфере охраны здоровья. Так,ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ (ФЗ323) подобработкой ПД понимает «персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности»и связывает его с двумя категориями лиц – «которые участвуют в оказании медицинских услуг» и «которым оказываются медицинские услуги» (ч.1 ст.92).

В ФЗ РФ«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»от 29.11.2010 г.№326-ФЗ (ФЗ 326) обработка ПД противопоставляется персонифицированному учету (ПУ) в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС)(ч.3 ст.43).

Значение обработки ПД в сфере здравоохранения связано не только с осуществлением профессиональной деятельности, но и с защитой специфической конфиденциальной информации в соответствии с законодательством РФ. В условиях заметного и продолжающегося роста медицинской и правовой грамотности населения, способствующих его социальной активности, неизбежен повышенный интерес к защите гражданами своих прав при обработке ПД в учреждениях здравоохранения.

Вся деятельность отечественных МУ, связаннаяс обработкой ПД, обязательно должна придерживаться норм ФЗ 152. И скрупулезно строгое соответствие этому ФЗ должно преследоваться во всех ФЗ, касающихся сферы здравоохранения. В определенном смысле ФЗ 152 – это определяющий правовой ориентир в части обработки ПД для полноценного функционирования МУ.

Список литературы

1. Федеральный закон Российской Федерации «О персональных данных» от 27.07.2006 г. №152-ФЗ // Российская газета. 29.07.2006 г. №4131.

2. Федеральный закон Российской Федерации «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»от 29.11.2010 г.№326-ФЗ // Российская газета. 03.12.2010 г. №5353.

3. Федеральный закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ // Российская газета. 23.11.2011 г. №5639.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ УЧЕТ ИВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (на основе ФЗ РФ«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ)

Корнеева О.И.
Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова
olgaboiko.2012@mail.ru

Оптимальная система защиты персональных данных (ПД) в медицинской сфере может быть связана с врачебной тайной (ВТ). Данное понятие хотя и напрямую не имеет какого-либо отношения к ПД, но по сути представляет канву неразглашения конфиденциальных сведений о пациенте. Представляется вполне логичным, что ВТ способна повлиять назащиту ПД. Ведь последниене что иное как часть информации о пациенте, разглашение которойне допускается.

ВТ – понятие не только относительно близкое персонифицированному учету (ПУ), но и в определенных случаях его представляющее, прошедшее весьма долгий исторический путь и уже во многом «определившееся» со своим смысловым значением. Сравнение ВТ и ПУ − широко используемых сегодня в медицинской практике понятий − позволяет не только найти общее и различное между ними, но и достичь большей четкости вих представлении, в частности,в рамках рассматриваемого выше законодательства.

ВТ (ч.1 ст.13) представляет собой совокупность сведений, включающих в себя данные о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, а также иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Данные сведения в законе представляются не конкретно, как бы в общем, в виде своего рода 4-х групп (данные о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи;данные о состоянии его здоровья; установленный диагноз; иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении).В случае ПУ эти сведения достаточно конкретны и затрагивают 23 позиции (ст.94).

Сравнение определений ПУ (ч.1 ст.92) и ВТ в рамках одного лишь анализируемого закона позволяет признать не только их выраженное смысловое различие, но и определенную общность, включающую в себя

данные (медицинского характера) о лицах, которым оказываются медицинские услуги.

Информация, связанная с ведением ПУ – сведения о лицах, которыеучаствуют в оказании медицинских услуг, и о лицах,которым эти услуги оказываются, относится к информации ограниченного доступа и, как указано в ч.4 ст.92, подлежит защите в соответствии с законодательством РФ. Тем самым законодатель приравнивает конфиденциальнуюинформацию олицах, которым оказываются медицинские услуги, по сути соответствующую ВТ, к аналогичной информации в отношениилиц, которые участвуют вее оказании.

Таким образом, термины «персонифицированныйучет при осуществлении медицинской деятельности»и «врачебная тайна» хотя и представляют собой во многом различающиеся понятия (например, по определению, предназначенной цели, своим субъектам и объектам, специфике конфиденциальной информации и некоторым другим характеристикам), но при этом их объединяет одно очень важное обстоятельство – отношение к обеспечению конфиденциальных сведений о пациенте. Сегодняшнее правовое положение с ПУи ВТ в сфере охраны здоровья в части защиты ПДнуждается в дальнейшем своем представлении на уровне законодательства, с учетом рассмотренных в параграфе данных.

Список литературы

1. Федеральный закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ // Российская газета. 23.11.2011 г. №5639.

НОВАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТА АКУШЕРСКОГО ДЕЛА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В УСЛОВИЯХ МЕЖРАЙОНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Манакина Е.С., Медведева О.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
9707799@mail.ru

Введение. Современное правовое регулирование охраны здоровья граждан в России определяет приоритет профилактических мер в области охраны здоровья одним из главных принципов. Преимущественный характер профилактики позволяет гарантировать охрану здоровья населения, предотвращать возникновение заболеваний, сводя к минимуму затраты человеческих, материальных, временных и иных ресурсов [3]. Сложившиеся особенности процессов воспроизводства населения заставляют обращать

особое внимание на сохранение репродуктивного здоровья населения страны, улучшение социальной и медицинской помощи беременным женщинам и детям. Особую роль в осуществлении профилактики отводится специалистам со средним профессиональным образованием, являющимися наиболее доступными представителями медицинских работников для всех слоев населения [2]. Однако выполнение профилактической работы в полном объеме затруднено отсутствием (практически по всем специальностям среднего медицинского и фармацевтического персонала Российской Федерации) квалификационных характеристик, определяющих и разграничивающих сферы профессиональной деятельности указанной группы специалистов, а также отсутствием нормативных документов, регламентирующих перераспределение функций между врачебными должностями и должностями среднего медицинского персонала в вопросах профилактики [1].

Цель исследования. Выявить резерв рабочего времени акушерки и научно обосновать необходимость расширения профилактической деятельности специалиста акушерского дела.

Материалы и методы. Нами было проведено хронометражное исследование трудовой деятельности специалистов акушерского дела амбулаторного приема и родильного зала всех трех уровней службы родовспоможения. Также был проведен социологический опрос акушерок, врачей акушеров-гинекологов и пациенток.

Результаты/выводы. Хронометражное исследование позволило выявить резерв рабочего времени акушерки за счет работы с документацией. Социологический опрос показал полное понимание акушерками своей исключительной роли в проведении профилактической и санитарно-просветительной работы с прикрепленным населением и дал возможность определить основные факторы, препятствующиереализации этой деятельности акушерками (нехватка времени, отсутствие четких профессиональных стандартов в сфере профилактики).

Таким образом, определение объемаи структуры профилактической деятельности акушерок, является необходимым условием реализации эффективного контракта – одного из способов определения и внедрения стимулирующей части оплаты труда[4]. Соответственно, ожидания от расширения и конкретизации должностных обязанностей специалиста акушерского дела заключаются в возможном привлечении медицинских работников в государственные и муниципальные медицинские организации и повышении качества и доступности оказываемой профилактической помощи прикрепленному населению.

Список литературы

1. Плутницкий, А.Н. Совершенствование кадрового обеспечения муниципальных больничных учреждений [Текст] / А.Н. Плутницкий // Пробл.социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 2013. – №1. -С.38-42.

2. Стародубов В.И. Затраты рабочего времени врачей амбулаторного звена по данным фотохронометражных исследований [Текст]/ В.И.Стародубов, И.М. Сон, М.А. Иванова // Менеджер здравоохранения.- 2014.- №8.- С. 4-8.

3. Хабриев Р.У. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства / Р.У. Хабриев,А.Л. Линденбратен, Ю.М. Комаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. – № 3. – С. 3-6.

4. Шипова, В.М. Особенности нормирования труда врачей и средних медицинских работников в амбулаторно-поликлинических учреждениях [Текст] / В.М. Шипова, Т.Н. Воронцов//Главная медицинская сестра.- 2011.- № 7.- С.53-64.

РАЗРАБОТКА НАБОРА МКФ-КОДОВ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ СУСТАВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Разуванов А.И.
Беларусский ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»
doc-rai@yandex.ru

Переход медико-социальной экспертизы и реабилитации в Республике Беларусь к измерению здоровья с позиции Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) требует разработки специфичного набора МКФ-кодов для различных нозологий, что позволит осуществить практическое внедрение положений МКФ в деятельность государственных учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации.

Цель исследования. Разработка набора МКФ-кодов для оценки статуса жизнедеятельности пациентов с имплантированными суставами нижних конечностей (ИСНК).

Проведено клинико-функциональное обследование 85 пациентов с ИСНК. На его основе разработаны наборы МКФ-кодов в соответствии с патогенетической взаимосвязью нарушений структур организма, возникающих при оперативном лечении тяжелых форм заболеваний суставов нижних конечностей, и их влиянием на функции организма, ограничение активности и участия.

Разработанный набор МКФ-кодов: sСтруктуры организма – анатомические части организма такие как органы, конечности и их компоненты: s750-структура нижней конечности;s75001-тазобедренный сустав; s75011-коленный сустав,s75021-суставы лодыжки, стопы.

b Функции организма – физиологические функции систем организма: b280-ощущение боли; b710-функции подвижности сустава; b715-функции

стабильности сустава; b720-функции подвижности костного аппарата; b730-функции мышечной силы.

dАктивность и участие. Активность – выполнение задачи или действия индивидом. Участие, вовлечение индивида в жизненную ситуацию.Мобильность – изменение и поддержание положения тела, перенос и манипуляция объектами, ходьба, бег, преодоление препятствий, использование транспорта: d410-изменение позы тела; d415-поддержание положения тела; d420-перемещение тела;d430-поднятиеи перенос объектов; d450-ходьба(нога касается поверхности); d465-передвижение с использованием технически- средств; d470-использование пассажирского транспорта;Самообслуживание – осуществление заботы о себе, мытье и вытирание, уход за телом, одевание, прием пищи и питье, осуществление физиологических отправлений: d510-мытье частей тела; d520-уход за частями тела; d530-физиологические отправления; d540-одевание; d550-прием пищи; d560-питье. Главные сферы жизни – осуществление и выполнение задач и действий, требуемых в процессе работы, занятости, экономических взаимоотношений и при получении образования: d825-профессиональное обучение; d830-высшее образование; d840-ученичество; d8451 -выполнение трудовых обязанностей; d8502-полная трудовая занятость.

е Факторы окружающей среды – создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время: e115-изделия и технологии для личного повседневного пользования; e120-изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки; e150-дизайн, характер строительства зданий;e299-природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком, не уточненные; e410-индивидуальные установки семьи и ближайших родственников; e499- установки, не уточненные; e590-службы, административные системы и политика труда и занятости.

Выводы. Результаты проведенного исследования показывают практическую возможность использования кодов МКФ и позволяют получить подробные и детализированные данные о функциональных возможностях и ограничениях жизнедеятельности пациентов в реальных условиях окружения.

О РАСПРОСТРАНЕНИИ ИСПАНСКОГО ГРИППА В ВЯТСКОЙ ГУБЕРНИИ 1918Г.

Сенникова Ю.А.
Кировская государственная медицинская академия
mimimishh@mail.ru

Актуальность. Грипп является наиболее распространенной инфекцией на земном шаре и регистрируется на всех континентах. Особенностью этой инфекции является быстрота распространения – город охваты-

вает заболеванием за 1,5-2 недели, страну − за 3-4 недели. В связи с новой охватившей мир эпидемией свиного гриппа, выбранная тема является актуальной.

Цель исследования. Дать характеристику эпидемии испанского гриппа на примере Вятской губернии в 1918 году.

Задачи: дать определение испанского гриппа, представление о масштабах эпидемии «испанки» в Вятской губернии, найти сведения вятских докторов об испанском гриппе и методах его лечения.

Материалы и методы. В исследовании использовались архивные материалы фонда отдела здравоохранения Вятского губернского Исполкома Совета Государственного архива Кировской области, а также литературные источники. Применялись историко-сравнительный, историко-генетический методы.

Результаты. Одной из самых масштабных пандемий гриппа была «испанка». В августе-сентябре 1918 г. сведения о развитии новой эпидемии начали поступать в Народный Комиссариат Здравоохранения. Болезнь протекала со следующими симптомами: цианоз, одышка, кровавый кашель. На более поздних стадиях вирус вызывал внутрилёгочное кровотечение, в результате которого больной «захлебывался собственной кровью». Вероятно, что основной причиной высокой смертности было воспаление тканей легких и заполнение их жидкостью.

В России самое большое количество заболевших в 1918 г. наблюдалось во Владимирской (89710 человек) и Вятской (82663 человек) губерниях. В столице было зафиксировано 30152 случая заболевания, наименьшее количество пораженных «испанкой» было установлено в Архангельской и Минской губерниях (104 и 15 случаев соответственно).

Эпидемия в Вятской губернии началась в сентябре 1918 г. Наблюдалось крайне быстрое распространение болезни: так, в Уржумском уезде во вторую половину 1918 г. заболело 502 человека, в первую половину октября 1918 г. – 4352 человека. Зафиксировано, что в Котельническом уезде за октябрь 1918 г. умерло 332 человека, в некоторых уездах «вымирали домами».

Интересны размышления вятских докторов об «испанке». К примеру, доктор Поленов писал о болезни следующее: «Тяжелая форма гриппа с преобладающей диплококковой инфекцией (диплококк Френкеля). В течение болезни часто наблюдаются осложнения со стороны легких, нередко – кровотечения из верхних дыхательных путей; За последнее время попадаются случаи быстротечные почти молниеносно заканчивающиеся быстрым летальным исходом». По мнению доктора Поленова, самым важным при первых симптомах болезни было соблюдение постельного режима. Губернские врачи в первые месяцы эпидемии применяли аспирин в качестве жаропонижающего средства, однако вскоре быстро отказались от него из-за его угнетающего влияния на сердце. «Хорошо действует потогонное лечение», − отмечали губернские доктора. Интересные методы терапии при-

менял доктор Ягунов в Нолинске: при начинающейся пневмонии он проводил ежедневные втирания в область грудной клетки серой ртутной мази с ихтиолом и компрессом. Среди крестьян применялись специфические методы лечения: они считали, что крайне полезна кумышка (ее применяли и для лечения детей), жаркая баня. Однако народные методы лечения имели тяжелейшие осложнения.

Выводы. «Испанка» была широко распространена в России и характеризовалась наиболее опасными осложнениями: поражение сердечно-сосудистой системы, резкое падение кровяного давления, помрачение сознания, геморрагические явления, развивающиеся у больных раньше, чем осложнения со стороны легких.

Большую распространенность «испанка» имела в Вятской губернии, что можно объяснить большими перемещениями населения в 1918 году – Вятка являлась прифронтовой зоной. Высокая смертность от испанского гриппа могла быть связана с тем, что эпидемия началась среди крестьян осенью, в момент сбора урожая. Крестьяне не воспринимали болезнь всерьез и продолжали работать, используя при этом народные методы лечения.

Источники информации:

1. Архивные материалы фонда отдела здравоохранения Вятского губернского Исполкома Совета Государственного архива Кировской области.
2. Инфекционные болезни.Национальное руководство. Главне редакторы акад. РАМН Н. Д. Ющук акад. РАЕН Ю. Я. Венгеров.
3. Загадка испанского гриппа. Супотнцкий М. В.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СПОРТСМЕНОВ В УСЛОВИЯХ РЕЗИСТИВНЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ НАГРУЗОК

Булатецкий С.В., Бяловский Ю.Ю.
Рязанский филиал Московского университета МВД России имени В.Я. Кикотя
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова
dr_bsv@mail.ru

Цель исследования. Изучение реакций со стороны системы иммунитета квалифицированных спортсменов на применение увеличенного сопротивления дыханию (УСД).

Материалы и методы. В исследовании участвовало 13 мужчин, мастеров спорта по дзюдо. Средний возраст – 19,6±3,2 лет. Применяли инспираторные резистивные дыхательные нагрузки величиной 20, 40 и 60% Pmmax. Популяционный и субпопуляционный состав лимфоцитов крови оценивали с помощью метода непрямой иммунофлуоресценции с использованием моноклональных антител с CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD20+, с

вычислением иммунорегуляторного индекса CD4+/CD8+. Состояние иммуннологической резистентности определяли по проценту фагоцитоза, количеству активных фагоцитов, НСТ- и ЛКБ-тестам и по активности комплемента. Концентрацию иммуноглобулинов класса G, A, M в сыворотке крови определяли турбидиметрическим методом.

Результаты. После воздействия 40%Pmmax, было отмечено достоверное уменьшение абсолютного количества лейкоцитов и лимфоцитов в периферической крови ($p<0,001$); относительное содержание лимфоцитов также уменьшалось ($p<0,05$). Динамика популяций лимфоцитов была следующая: отмечалось существенное снижение абсолютного числа лимфоцитов классов $CD4^+$, $CD16^+$, $CD3^+$, $CD20^+$,($p<0,001$); отмечалось увеличение популяции лимфоцитов $CD8^+$ ($p<0,05$). После воздействия УСД 60%Pmmax было отмечено увеличение количества лейкоцитов в периферической крови ($p<0,0001$); абсолютное количество лимфоцитов увеличивалось менее значительно ($p<0,05$), а относительное их содержание падало ($p<0,05$).

Заключение. Дополнительное респираторное сопротивление величиной 20%Pmmax не изменяло показателей иммунологического статуса испытуемых. Резистивная нагрузка 40%Pmmax вызывала иммунодепрессивные изменения популяционного состава лимфоцитов и показателей неспецифической иммунологической резистентности. Дополнительное респираторное сопротивление величиной 60%Pmmax индуцировало иммуностимулирующий эффект в изменении популяционного состава лимфоцитов и показателей неспецифической иммунологической резистентности.

Список литературы

1. Александрова Н.П. Механизмы компенсаторных реакций дыхательной системы на инспираторные резистивные нагрузки: Дисс. докт. биол. наук. СПб, 2003. 338 с.

2. Comroe Y.H. Physiology of respiration. Chicago, 1970. 245 p.

3. Чёмов В.В. Оценка эффективности использования гиповентиляционных режимов дыхания в тренировке легкоатлетов бегунов в подготовительном периоде // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. 2010. №7. С. 78-82.

4. Чёмов В.В., Солопов И.Н., Мартюшёв А.С. Повышение функциональной подготовленности легкоатлетов на основе использования резистивно-респираторных нагрузок//Ярославский педагогический вестник. 2009. №2. С.47-50.

5. Артемьева Н.К. Нетрадиционные средства повышения физической работоспособности спортсменов // Вестник спортивной медицины России. 2005. №4. С. 25-29.

6. Солопов И.Н., Шамардин А.И. Функциональная подготовка спортсменов. Волгоград: ПринТерра-Дизайн, 2003. 263 с.

7. Бяловский Ю.Ю., Абросимов В.Н. Пневматический дозатор внешнего сопротивления дыханию// Описание изобретения к патенту Российской Федерации. №2071790 от 20.01.1997. С.4.

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У СПОРТСМЕНОВ ИГРОВЫХ ВИДОВ СПОРТА

Гужва Е.И.
Луганский национальный университет имени Тараса Шевченко
gujvenichka@mail.ru

Известно, что интенсивные физические нагрузки вызывают в организме спортсмена целый комплекс физиологических и биохимических изменений, среди которых ведущую роль играют трансформации иммунологической реактивности организма. При этом по вопросам влияния физических нагрузок на иммунную систему нет единой точки зрения. Имеющиеся в литературных источниках противоречия связаны с различными методическими подходами к изучению данной проблемы.

Цель исследования. Изучение состояния иммунной системы на фоне интенсивных физических нагрузок. Объектом исследования были практично здоровые мужчины и спортсмены разного уровня подготовки игровых видов спорта, возрастом от 19 до 25 лет, у которых определяли показатели неспецифической иммунной резистентности, гуморального и клеточного звена системного иммунитета.

В ходе исследования установлено, что у спортсменов разного уровня подготовки игровых видов спорта под влиянием физических нагрузок развивается вторичный иммунодефицит по клеточному типу (II степень иммунных нарушений), который сопровождается изменениями биохимических показателей, которые были связаны с адаптивной перестройкой метаболизма, активизацией катаболических процессов и увеличением функциональной нагрузки на печень, почки, сердечную и скелетную мускулатуру.

Так, в сравнении с практически здоровыми мужчинами, у спортсменов выявлено статистически достоверное уменьшение абсолютного и относительного количества лейкоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов, естественных киллеров и числа CD3+-лимфоцитов (в основном за счет снижения CD4+-лимфоцитов). Имеющийся в организме спортсменов дисбаланс гуморального и клеточного звеньев иммунной системы характеризовался падением лейко-В-клеточного индекса, ростом лейко-Т-клеточного индекса, а также уменьшением иммунорегуляторного индекса, который отражает функциональное состояние системы CD4+ / CD8+-лимфоцитов. Повышение лейко-Т-клеточного индекса указывало на то, что уменьшение абсолютного количества лейкоцитов происходит преимущественно за счет снижения числа CD3+-лимфоцитов. Развитие вторичной иммунной дисфункции при физических нагрузках возможно связано с повышением активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, в результате чего происходит усиленный синтез глюкокортикостероидов, которые способны подавлять активность иммунокомпетентных клеток. Это объяс-

няет значительное снижение у спортсменов количества CD4+-лимфоцитов, при практически неизменном числе CD8+-лимфоцитов, поскольку Т-лимфоциты с фенотипом CD8+ считаются кортизол-резистентными.

Таким образом, выявленные в организме спортсменов изменения, диктуют необходимость постоянного мониторинга функционального состояния иммунной системы и показателей биохимического гомеостаза, а также проведения адекватной иммунокорригирующей терапии в течение всего цикла подготовки.

МЕТОДИКА РАСЩЕПЛЕНИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ

Атаян Д.В., Кузнецов А.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
atayan08@mail.ru

Введение. В настоящее время у 70% населения России в возрасте 20-50 лет нуждаютсяв ортопедическом лечении.В настоящее время приоритетной задачей здравоохранения является обеспечение качественного стоматологического пособия населению и квалифицированного кадрового состава [1-4]. На сегодняшний день разработка пьезохирургическойметодики аугментации атрофированного альвеолярного гребня, позволяющей произвести одномоментную имплантацию является актуальной проблемой стоматологии, решение которой позволит существенно улучшить качество оказания медицинскеой помощи населению [5-7].

Цель исследования. Разработка пьезохирургической методики аугментации атрофированного альвеолярного гребня, позволяющей произвести одномоментную имплантацию.

Материалы и методы. 13 пациентам с горизонтальной атрофией альвеолярного гребня в рамках запланированного имплантологического лечения была проведена аугментация альвеолярного гребня по типу расщеплениях направленным надломом кортикальной пластинки с использованиемпьезохирургического аппарата (по разработанным методикам), и последующей одномоментной имплантацией. Оценивалась выраженность постоперационных осложнений, а также прирост размеров альвеолярного гребня в вестибулооральном направлении (по истечении 6 месяцев) с помощью конусно-лучевой компьютерной томографии.

Результаты. Применение пьезохирургических методик снижает степень ожога костных структур при проведении остеотомии во время расщепления альвеолярного гребня челюстей. Во всех случаях это способствовало благоприятному течению послеоперационного периода (умень-

шение коллатерального отека, заживление раны первичным натяжением, снижение сроков временной нетрудоспособности). Благодаря пластическим свойствам губчатого вещества костной ткани, направленный надлом вестибулярной кортикальной пластинки позволяет достичь предсказуемого результата. Кроме того,интраоперационное увеличение вестибулооральных размеров атрофированного альвеолярного гребня без нарушения кровоснабжения вестибулярной костной стенки, позволяет произвести одномоментную имплантацию в зоне оперативного вмешательства, достигнув при этом предсказуемого результата.

Заключение. Использование пьезохирургических методик аугментации атрофированного альвеолярного гребня позволяет существенно снизить риск развития интра- и постоперационных осложнений. Предложенные пьезохирургические методики эффективны в практике. Направленный надлом кортикальной пластинки при расщеплении альвеолярного гребня позволяет достичь предсказуемого результата при недостатке объема костной ткани, позволяет интраоперационно добиться увеличения вестибулооральных размеров, тем самым делая возможной одномоментную имплантацию.

Список литературы

1. Давидян А.Л. Атлас пластической хирургии мягких тканей вокруг имплантатов /А.Л. Давидян, А.Ю. Февралева.- М., 2013.

2. Филимонова Л.Б., Кулаева Е.С. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи (клинический случай) // Наука молодых – EruditioJuvenium. 2015. № 3. С. 69-72.

3. Вагнер В.Д., Смирнова Л.Е., Пешков В.А., Филимонова Л.Б., Гуськов А.В., Морозова С.И. Кадровое обеспечение стоматологической службы. Режим рабочего времени и времени отдыха персонала // Институт стоматологии. 2012. Т. 4. № 57. С. 10-13.

4. Кузнецов А.В., Атаян Д.В. Способ пластики альвеолярного отростка верхней челюсти при его атрофии//Патент РФ №2563367 от 21.08.2015

5. Кузнецов А.В., Олесова В.Н., Атаян Д.В., Дулов Ф.В. Выживаемость конических поверхностно-пористых дентальных имплантатов после 10 лет функционирования// Российский вестник дентальной имплантологии. – 2016. – № 1(33) – С.15-19.

6. Харитонов Д.Ю., Митин Н.Е., Гришин М.И. Новый способ внесения лекарственных препаратов на раневую поверхность при непосредственном зубочелюстном протезировании. Клинико-экспериментальное исследование // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова – 2015, №4, С.116-120.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИНГИВИТА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГОВОЗРАСТА

Боев И.А.
Пермский государственный медицинский университет
имени академика Е.А. Вагнера
Geniussound1@rambler.ru

В настоящее время гингивит регистрируется у 94% населения России, а среди молодых людей – в 87% случаев (Котлова, 2001). Большое число работ посвящено содержанию микробного состава пародонтального кармана, что свидетельствует об актуальности данного вопроса, поскольку ведущим фактором развития гингивита является значительная микробная обсемененность (Балашов и соавт., 1992; Олейник и соавт., 1992). Отмечена роль *Porphyromonasgingiv*alis (ВОЗ) как ведущего этиологического агента гингивита (Олейник и соавт., 1992). Однако, уделяется недостаточно внимания банальной аэробной и факультативно-анаэробной микрофлоре.

Цель исследования. Изучение микробного состава зубо-десневой борозды при гингивите, а также оценка связи с клиническими данными.

Материалы и методы. Проведено микробиологическое исследование содержимого зубо-десневой борозды у пациентов молодого возраста (18-24 лет) с хроническим катаральным гингивитом (n=8). Материал зубо-десневой борозды получали с помощью стерильного бумажного штифта, который сорбирует жидкость в объеме 5 мкл с последующим серийным разведением полученного материала и для изучения культурально-биохимических свойств микроорганизмов производили посев на кровяной агар, среды Эндо и Сабуро, МРС и Блаурокк. Лизоцимную активность определяли нефелометрическим способом по методике В.Г. Дорофейчука (1968). Из клинических методов обследования у всех пациентов был определен гигиенический индекс по Фёдорову-Володкиной.

Результаты. При гингивите обсемененность зубо-десневой борозды составила 5,8±0,3 lg КОЕ/мл, что существенно выше, чем у пациентов без гингивита (Олейник и соавт., 1992). Рост аэробных микроорганизмов обнаружен у 87,5%, а анаэробных у всех пациентов. С высокой частотой при гингивите выделяются *Streptococcus*spp. (37,5%) и *Neisseria*spp. (37,5%). Бактерии рода *Staphylococcus* и *Corynebacterium* выделены в 25% случаев каждый. Среди анаэробов чаще выделяются представители родов *Lactobacillus* и *Peptostreptococcus,* которые обнаружены у всех пациентов. В половине случаев выделены представители родов *Veillonella,* а *Peptococcus*spp. изолированы в 37,5%. Реже всего в зубо-десневой борозде присутствовали дрожжевые клетки – 12,5%.

При оценке уровня гигиены установлено, чтоиндекс Фёдорова-Володкиной в группе пациентов с гингивитом составил 2,3±0,1, что указы-

вает в целом на удовлетворительное состояние гигиены полости рта. Однако при проведении корреляционного анализа показана положительная связь между значениями этого индекса и уровнем обсемененности анаэробными микроорганизмами, что может способствовать более тяжелому течению заболевания, а также развитию осложнений.

Уровень лизоцимной активности слюны при гингивите составил 1,6±0,4%, что является крайне низким (Хазанова и соавт., 1978). В то же время такой низкий уровень ассоциирован с высокой обсемененностью зубо-десневой борозды.

Заключение. Проведенные исследования показали, что у пациентов с гингивитом в зубодесневой борозде присутствуют ассоциации аэробных и анаэробных микроорганизмов. Развитие гингивита коррелирует с высоким содержанием анаэробных микроорганизмов, которое отражается и на значениях индекса гигиены. Одним из возможных патогенетических механизмов развития воспаления десны может быть крайне низкая лизоцимная активность зубо-десневой жидкости.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ ПО ПРОВОДНИКОВОМУ МЕСТНОМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ

Васильев Ю.Л., Павлов А.А.
Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова

Введение. Симуляционное обучение в стоматологии представляет собой подготовку практических навыков на муляжах, фантомах и симуляторах. Традиционно обучение местному обезболиванию проходит на скелетированных челюстях или пластиковых черепах без имитации мягких тканей, что затрудняет передачу реалистичности, а также снижает точность воспроизведения манипуляции в полости рта. Однако существующие симуляторы 3 уровня реалистичности, как правило, содержать в себе недостаточное и не точное расположение активных зон. Поэтому **целью** исследования стала разработка учебной программы для врачей-стоматологов общей практики по обучению местному обезболиванию студентов стоматологических факультетов, а также модификации симуляционного оборудования.

Материалы и метод. В исследовании приняло участие 180врачей-стоматологов общей практики в возрасте 25-35 лет,ранее не выполнявших или отметивших неуверенность в эффективности и безопасности проводникового обезболивания по методу Г. Гоу-Гейтс. Участников исследования разделили на 3 группы по 60 человек в каждой:

• в первую группу вошлииспытуемые, которым предлагалось освоить метод анестезии на костных препаратах;

• во вторую группу составили врачи, которые выполняли манипуляцию на модифицированном симуляторе реактивного типа;

• третью группу составили врачи, которые вначале проводили тренировку на скелетированных препаратах, а после на симуляторе. Нами была проведена модификация симулятора 3 уровня реалистичности с учетом индивидуальных особенностей пациентов, улучшен дизайн мягких тканей и более точно расставлены активные зоны. Критерием эффективности являлась активация свето-звукового сигнала.

Результаты. Перед началом обучения курсантам предлагалось посмотреть обучающий фильм по выполнению методики блокады нижнеальвеолярного нерва по методу Г. Гоу-Гейтс. Особенность комбинированного обучения на костных препаратах и симуляторе дает возможность освоить как индивидуальный поиск проекции отверстия нижней челюсти на костях, которые проецируются на мягкие ткани при отработке навыка на симуляторе. Доказательством этого служит отсутствие врачей, не справившихся с выполнением методики обезболивания на нижней челюсти по Г. Гоу-Гейтс во второй попытке.

Выводы. Доказана необходимость комбинированного подхода в изучении основ местного обезболивания в стоматологии, где использование симулятора является заключительным, но не доминирующим этапом

Список литературы

1. Севбитов А.В., Адмакин О.И., Васильев Ю.Л., Скатова Е.А., Митин Н.Е. Дискуссия: особенности использования симуляторов 1 и 2 уровней реалистичности в обучении студентов стоматологических факультетов. Наука молодых – EruditioJuvenium. 2015. № 4. С. 139-143.

2. Митин Н.Е., Тихонов В.Э., Васильева Т.А., Гришин М.И. Современные критерии оценки эстетического результата стоматологического лечения (обзор литературы). Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. Т. 9. № 2. С. 37.

3. Севбитов А.В., Адмакин О.И., Васильев Ю.Л., Скатова Е.А., Митин Н.Е., Гришин М.И. Интеграция симуляторов 5 уровня реалистичности в образовательный процесс на стоматологическом факультете. Наука молодых – EruditioJuvenium. 2016. № 2. С. 109-113.

4. Рабинович С.А.,Васильев Ю.Л. Местнаяанестезия. История и современность.Москва, 2016-178 с.

5. Способ проводниковой подбородочной анестезии. Рабинович С.А., Васильев Ю.Л., Цыбулькин А.Г. Патент на изобретение RUS 2401670 28.04.2009.

ВЛИЯНИЕ ВОДОРОДНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Васильев Ю.Л., Дьяконов Ю.М.
Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М. Сеченова

Введение. Исследования на изоливанных нервных клетках подтверждают, что препараты местных анестетиков, такие как лидокаин, чье рКа ближе к тканевому pH, обеспечивают более быстрое наступление блока, чем агенты с высокими рКа.

Цель исследования. Установить взаимосвязь между значением водородного показателя местного анестетика и объективной эффективностью местной анестезии.

Материал и методы. Для определения уровня pH раствора местного анестетика использовали pH-метр базового уровня (pH-метр S20 SevenEasy) с дискретностью по pH – 0.01. В исследовании проводилось изучение минимального и максмальногозначенияуровня pH растворов местных карпульнированных анестетиков на основе 4% артикаина в сочетании с вазоконстриктором (группа 1 – 1:100000; группа 2 – 1:200000). Исследование проводилось на препаратах Septanest.Для оценки эффективности местного обезболивания применяли электроодонтодиагностику в области интактных зубов, входящих в зону обезболивания у 30 добровольцев в возрасте 35-40 лет. Все пациенты были информированы об этапах исследования, особенностях проведения объективной оценки сенсорного компонента боли и не имели сопутствующей патологии в декомпенсированной форме. Исследование в области интактных зубов 2 премоляра, 1 премоляра и клыка до проведения анестезии, через 2 минуты и через 4 минуты. З

Результаты. Минимальным значением pH в местной анестетике Септанест с концентрацией вазоконстриктора 1:100000 было 4,89, а максимальным 5,07. При этом среднее значение составило 4,98. В сравнении с концентрацией 1:200000 эти показатели составили минимальное 4,92 и максимальное 5,19 соответственно.В группе 1 через 2 минуты показатели составили 94,82 мкА, а через 4 минут – 193,26 мкА. В группе 2 через 2 минуты были получены значения 99,61 мкА и 200,05 мкА на 4 минуте исследования.

Выводы. Препараты Septanest с адреналином имеют водородный показатель, значение которого приближено к физиологическому, поэтому имеют преимущество в наступлении эффекта местного обезболивания.

Список литературы

1. Копылова И.А. Анатомия и топография нижнечелюстного канала // Вестник Смоленской медицинской академии. – №2. – 2010. – С. 126-127.

2. Рабинович С.А., Васильев Ю.Л. Индивидуальный подход к пациенту в стоматологии как звено персонализированной медицины. Российская стоматология. 2014. Т. 7. № 3. С. 12-14.

3. Рабинович С.А., Васильев Ю.Л. Местная анестезия. История и современность. Москва, 2016-178 с.

4. Севбитов А.В., Скатова Е.А., Дорофеев А.Е., Кузнецова М.Ю. Оценка восприятия боли в послеоперационном периоде у пациентов после амбулаторных хирургических стоматологических вмешательств. Dental Forum. 2014. № 1. С. 37-39.

5. Malamed S.F. Handbook of local anesthesia. 4 ed. St. LouisMo; 1997, 327.

ОПЫТ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПОД КОНТРОЛЕМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ С ПОМОЩЬЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ ЭВМ

Васильева Т.А., Митин Н.Е.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
tata-v@bk.ru

Введение. При наличии малых дефектов в боковых отделах зубного ряда нередки случаи запоздалого обращения за ортопедическим лечением [6]. Это влечет за собой прогрессирование развития осложнений, таких как вторичные деформации зубных рядов как вертикального, горизонтального, так и смешанного направлений; нарушение функции жевания; развитие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и других [4]. Задачей современной ортопедической стоматологии становится повышение мотивации к лечению у таких пациентов, проведение высокоточной диагностики [5], и, как результат, оказание максимально качественной стоматологической помощи [2], направленной не только на замещение дефекта, но и на восстановление функции [1], а также быструю адаптацию всей челюстно-лицевой области к полноценной жизни после протезирования.

Описание случая. В БСП РязГМУ обратился пациент К. с жалобами на затрудненное пережевывание пищи из-за частичной потери боковых зубов верхней и нижней челюстей, появившиеся болевые ощущения и частичное блокирование движений нижней челюсти при жевании. Ранее не протезировался, зубы терял из-за осложнений кариеса. При осмотре лицо симметрично, кожные покровы и видимые слизистые без патологических изменений, носогубные и подбородочная складки выражены умеренно, регионарные лимфоузлы не пальпируются. Зубы 1.5, 2.5, 2.6, 3.6, 3.7, 4.6,4.7

отсутствуют. 1.6, 1.7, 2.6, 2.7 – вертикально смещены на ½ высоты коронки в сторону дефекта вместе с альвеолярным отростком. После дополнительных методов обследования: ОПТГ, окклюзиографии изученной с помощью программного обеспечения, определения жевательной эффективности с применением компьютерной программы – 57% [3], поставлен диагноз: частичное отсутствие зубов верхней челюсти III класс по Кеннеди (К 08.1), частичное отсутствие зубов нижней челюсти I класс по Кеннеди (К 08.1), вторичная вертикальная деформация зубных рядов, симптомокомплекс Попова-Годона. Проведена консультация врача-ортодонта с последующей ортодонтической подготовкой пациента к ортопедическому лечению. Подготовка проводилась в течение 3 месяцев с применением последовательных перебазировок пластинок с накусочной плоскостью в области отсутствующих зубов. Проведено депульпирование зубов 1.6, 1.4, 2.4, 2.7 с последующим изготовлением металлокерамических мостовидных протезов с опорой на 1.4, 1.6 и 2.4, 2.7. Восстановление дефекта нижнего зубного ряда проведено с помощью съемного бюгельного протеза с ацеталовой дугой и дента-альвеолярными кламмерами на 4.5 и 3.5.

Обсуждение. На этапах проведения ортодонтической подготовки по мере разобщения стихли болевые ощущения. После подготовки повторно проведена окклюзиография для оценки равномерности окклюзионных контактов с применением анализа многомерных данных, заложенных в специальную программу, определена жевательная эффективность с помощью программы ЭВМ – 59% [3]. Незначительное улучшение результатов наблюдается из-за выравнивания окклюзионной плоскости. После проведенного лечения по окклюзиограмме – равномерные окклюзионные контакты, отсутствие суперконтактов, жевательная эффективность -85 %, после периода адаптации жевательная эффективность составила 98% уже к 14 дню применения протеза.

Заключение. Контроль, проводимый за выравниванием и построением окклюзионной плоскости на этапах лечения с помощью компьютерного анализа окклюзиограмм, позволяет повысить качество протезов, максимально приближая их к индивидуальным особенностям пациентки, значительно сокращая время адаптации и повышая мотивацию к раннему обращению за ортопедической стоматологической помощью.

Список литературы

1. Коротких Н.Г., Митин Н.Е., Мишин Д.Н., Филимонова Л.Б., Севбитов А.В., Пономарёв Е.О.Способ лечения моляров нижней челюсти при деструкции в области бифуркации корней // Патент на изобретение RUS 2540366 05.06.2013

2. Милова Е. В., Тишков Д.С. и др. Клиническое обоснование необходимости временного шинирования в комплексном лечении заболеваний пародонта // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2011. – Т. 15. – №. 16 (111).С. 58-62.

3. Митин Н.Е., Васильева Т.А., Васильев Е.В. Методика определения жевательной эффективности с применением оригинальной компьютерной программы на основе методов анализа многомерных данных. // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2016. -№ 1. С. 129-133.

4. Митин Н.Е., Тихонов В.Э., Васильева Т.А., Гришин М.И. Современные критерии оценки эстетического результата стоматологического лечения (Обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2015. – Т. 9. – № 2. С. 37.

5. Фантомный курс ортопедической стоматологии: Учеб. пособие // А.П. Коновалов, Н.В. Курякина, Н.Е. Митин – Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2001, 204с.

6. Филимонова Л.Б.Оценка пациентами получаемой стоматологической помощи в базовой стоматологической поликлинике (По материалам социологического исследования) // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2008. -№ 4. С. 59-64.

ГИДАТИДОЗНЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Гафаров Х.О. [1,3]***, Столяренко П.Ю.*** [2]***, Мамаджанов Ш.И.*** [3]***, Алиджанов А.М.*** [3]***, Гафаров О.Г.*** [3]***, Сангинов А.М.*** [3]

Институт последипломного образования
в сфере здравоохранения Республики Таджикистан (1),
Самарский государственный медицинский университет (2)
Согдийская областная клиническая больница имени С. Кутфитдинова (3)
kh_81@bk.ru

Введение. Эхинококкоз – тяжёлое паразитарное заболевание, характеризуется длительным хроническим течением, тяжёлым органным поражением, приводящим к инвалидизации, а нередко – и к гибели больного. Эхинококковая инвазия встречается повсеместно, но чаще поддерживается в регионах с развитым сельским хозяйством. В подавляющем большинстве случаев поражаются печень и легкие [3]. Случаи гидатидозного эхинококкоза органов и тканей головы и шеи встречаются в единичных сообщениях [1, 4, 7]. В своей практике мы встретились с редким поражением эхинококковой кистой поднижнечелюстной слюнной железы.

Описание случая. Больная К., 21 год, родилась и проживает в сельской местности Согдийской области Республики Таджикистан. Семья занимается скотоводством, в доме постоянно живёт собака. В 2013 году отметила припухлость в правой поднижнечелюстной области. Онколог, произведя диагностическую пункцию, получил светлую жидкость и направил

больную к челюстно-лицевому хирургу с диагнозом «Киста поднижнечелюстной слюнной железы». На следующий день больная поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии Согдийской областной клинической больницы им. С. Кутфитдинова (ЧЛХ СОКБ) с жалобами на боли в области припухлости, жар по всему телу, озноб. Ссылаясь на присоединение вторичной инфекции, оперативное пособие было ограничено лишь вскрытием полости кисты. В сентябре 2015 г. вновь отметила появление опухолевидного образования в области ранее проведённой операции. Повторно 03.10.2015 г. госпитализирована в отделение ЧЛХ СОКБ. Результаты исследования: в правой поднижнечелюстной области определяется опухоль ≈ 8×6×6 см, мягкой консистенции, малоподвижная, безболезненная; в полости рта – выбухание подъязычной области без признаков воспаления; общий анализ крови: Hb – 92 г/л, эозинофилы – 5 %; УЗИ – полостное образование 75×58 мм с чёткими, ровными контурами. Под общим обезболиванием 05.10.2015 г. проведена операция. После удаления при вскрытии полости кисты получено около 50,0 светлой жидкости с хлопьями и обнаружена внутренняя оболочка белого цвета. Наличие фиброзной и хитиновой оболочек, и характер содержимого указывали на паразитарное происхождение образования, что было подтверждено гистологически.

Обсуждение. Данный клинический случай является ярким примером необходимости обязательного выполнения каждого пункта комплексного обследования больного с опухолями головы и шеи, в т. ч. внимательного изучения анамнеза жизни больного, лабораторного исследования полученного материала, которые не были проведены специалистами. Расценённые хирургом признаки присоединения вторичной инфекции скорее являлись местной и общей реакцией организма на содержимое эхинококковой кисты, определённое количество которого попало в окружающие ткани после проведённой диагностической пункции, последнюю многие авторы не рекомендуют проводить во избежание диссеминации гельминта [2, 5, 6].

Заключение. Описанный пример иллюстрирует крайне редкую локализацию гидатидозного эхинококкоза в поднижнечелюстной слюнной железе. В связи с неспецифической клинической симптоматикой и редкостью локализации эхинококковых кист в органах и мягких тканях головы и шеи относительно часто отмечаются диагностические ошибки. Если у больного выявляется ненапряжённое полостное образование, медленно увеличивающееся в размере, и не доказана иная этиология, следует иметь в виду возможность гидатидозного эхинококкоза.

Список литературы

1. Аладин А.С. Эхинококкоз с поражением мягких тканей шеи. Клиническое наблюдение [Текст] / А.С. Аладин, Е.В. Кутубулатова, В.А. Семенов [и др.] // Опухоли головы и шеи. 2013. №1. С. 49-52.

2. Бронштейн А.М. Гидатидозный эхинококкоз мышц: описание случаев и обзор литературы [Текст] / А.М. Бронштейн, Н.А. Малышев, Ю.А.

Легоньков [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2013. № 1. С. 39-43.

3. Ветшев П.С. Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы [Текст] / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев // Анналы хирургической гепатологии. 2006. 111(1). С. 111-117.

4. Кургинян Р.М. Редкие случаи первичной эхинококковой кисты щитовидной железы [Текст] / Р.М. Кургинян, П.П. Ананикян // Хирургия. 2008. №9. С. 61-63.

5. Basarir K. Primary muscular hydatidosis mimicking soft tissue tumour: a report of five cases [Text] / K. Basarir, Y. Saglik, Y. Yildiz [et al.] // J. Orthopaed. Surg. 2008. Vol. 16, N3. P. 368-372.

6. Insabato L. Primary intramuscular infestation of Echinococcus granulosus misdiagnosed as a soft tissue tumor: a case report [Text] / L. Insabato, G. Marino, F. Fazioli [et al.] // Acta Cytol. 2007. Vol. 51, N4. P. 631-633.

7. Yumusakhuylu A.C. Management of a pterygopalatine fossa hydatid cyst [Text] / A.C. Yumusakhuylu, A.S. Yilmaz, I. Devecioglu, C. Oysu // Auris Nasus Larynx. 2012. 39(5). P. 537-539.

РЕГИОНАРНАЯ ПРОТИВОБОЛЕВАЯ ТЕРАПИЯ МЕСТНЫМИ АНЕСТЕТИКАМИ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕОПЕРАБЕЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Гафаров Х.О. [1]***, Столяренко П.Ю.*** [2]***, Шакиров М.Н.*** [1]***,***
Гафаров О.Г. [1]***, Мирзоев М.Ш.*** [1]
Институт последипломного образования
в сфере здравоохранения Республики Таджикистан (1)
Самарский государственный медицинский университет (2)
kh_81@bk.ru

Введение. У больных с неоперабельными злокачественными опухолями, для которых возможности специальных методов лечения исчерпаны, на первый план выходит паллиативная помощь, важное место в которой занимает противоболевая терапия (ПБТ). И в наши дни традиционным методом паллиативной ПБТ является использование наркотических анальгетиков [2, 4, 6]. В то же время известно, что регулярный и длительный приём наркотических анальгетиков приводит к постепенному снижению их эффективности и сопровождается чередой нежелательных побочных эффектов, что вынуждает больных ограничивать их приём [2, 4]. Нельзя не отметить ужесточение требований по их выписке, трудность их приобретения больными и малый опыт медицинских работников по их использованию для купирования хронической онкологической боли. В конечном

итоге около 70 % больных с неоперабельными опухолями страдают от боли различной степени интенсивности [3, 6].

Цель исследования. Разработать методику проведения пролонгированной регионарной блокады ветвей тройничного нерва и применить в качестве регионарной ПБТ при паллиативном лечении больных с неоперабельными опухолями челюстно-лицевой области (ЧЛО).

Материал и методы. Сущность пролонгированной регионарной блокады (ПРБ) заключается во фракционном введении болюсных доз местного анестетика через катетер, подведённый к месту выхода 2-й или 3-й ветвей тройничного нерва из полости черепа – к круглому или овальному отверстиям [5]. Для подведения катетера к овальному отверстию за основу брали методику анестезии В.М. Уварова, а к круглому – подскулокрыловидный метод С.Н. Вайсблата. Блокады осуществляли 4 % раствором артикаина с эпинефрином 1: 200 000 или без него, 3 % раствором мепивакаина. Регионарная ПБТ применена у 48 больных с неоперабельными злокачественными опухолями ЧЛО [1].

Результаты. В процессе проведения регионарной ПБТ у 8 (16,6 %) больных были отмечены осложнения, 4 из которых относились к неудачам проведения манипуляции, и не отразившиеся на состоянии больных. В том числе, выпадение катетера во время сна, нарушение проходимости вследствие его перегиба и закупорки сгустком крови, ретроградное вытекание анестетика, что потребовало повторной установки катетера в 2 случаях. Оставшиеся 4 (8,3 %) осложнения были связаны с возникновением реакции на местный анестетик в виде потливости, беспокойства, тошноты и тахикардии. Побочные явления прошли в течение 15-20 мин от начала введения анестетика. Длительность функционирования установленных катетеров составила 2,5±0,5 мес. Воспалительных осложнений не наблюдали. Продолжительность анальгезии составила 5,9±0,3 ч (от 4,5 до 7,5 ч). Анестетик вводили 2-4 раза в течение суток, в остальное время боль была терпимой. Самочувствие больных заметно улучшалось, они становились активными, свободно могли себя обслуживать, поднималось настроение, они охотно входили в контакт, облегчались общение с ними и приём пищи [1].

Заключение. Разработанный метод ПРБ прост в применении, проводится доступными средствами, позволяет эффективно купировать болевой синдром при отсутствии каких-либо выраженных побочных эффектов и может применяться в качестве регионарной ПБТ у больных с неоперабельными опухолями ЧЛО.

Список литературы

1. Гафаров Х.О. Новый метод паллиативной противоболевой терапии в челюстно-лицевой хирургии [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 / Х.О. Гафаров ; [Место защиты: ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России]. – Самара, 2015. – 24 с.

2. Минимальные клинические рекомендации Европейского Общества Медицинской Онкологии (ESMO) [Текст] ; пер. с англ. / под ред. С.А. Тюляндина, Н.И. Переводчиковой, Д.А. Носова. – М.: Издательская группа РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2010. – С. 279-282.

3. Новиков, Г.А. Лечение хронической боли онкологического генеза: учебное пособие [Текст] / Г.А. Новиков, Н.А. Осипова / под ред. Г.А. Новикова, Н.А. Осиповой. – М.: Изд-во ООД «Медицина за качество жизни», 2005. – 84 с.

4. Осипова, Н.А. Принципы применения анальгетических средств при острой и хронической боли [Текст] / Н.А. Осипова, Г.Р. Абузарова, В.В. Петрова. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития России», 2010. – 67 с.

5. Столяренко, П.Ю. Проводниковое обезболивание и продлённые проводниковые блокады в челюстно-лицевой хирургии: метод. рекомендации для субординаторов-стоматологов [Текст] / П.Ю. Столяренко ; под ред. И.М. Федяева. – Куйбышев: КМИ, 1987. – 20 с.

6. Cancer pain relief and palliative care. Report of a World Expert Committee. 3rded. – Geneva: WHO,1996. – 70 p.

ИЗУЧЕНИЕ ЦИТОТОКСИЧНОСТИ НАНОЧАСТИЦ НАПОЛНИТЕЛЯ КОМПОЗИТНОГО ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА *invitro*

Гималетдинова А.М., Салеева Г.Т., Исламов Р.Р., Салеев Р.А.
Казанский государственный медицинский университет
albina.stm@yandex.ru

Введение. В современной стоматологии широко используются нанокомпозитные материалы, при истирании которых в полости рта выделяются наночастицы диоксида кремния. Поскольку потенциальные биологические эффекты наночастиц силики на клетки, ткани и организм в целом могут сильно отличаться от действий микроразмерных частиц [1], необходимы дополнительные фундаментальные исследования биосовместимости и биобезопасности современных нанокомпозитных материалов.

Цель исследования. Изучить цитотоксичность наночастиц диоксида кремния, выделяющихся при истирании стоматологического композитного материалаinvitro.

Материалы и методы. Истирание нанокомпозита 3M™ESPE™ Filtek™ Ultimate имитировали на «Стенде жевательных движений» [2]. Оценка химического и размерного состава полученного порошка осуществлялась при помощи различных видов микроскопов [3, 4, 5]. Цитотоксичность исследуемого вещества определяли с использованием МТТ-теста.

Результаты. Средняя ингибиторная концентрация (IC50) исследуемого вещества составила 1,25 мг/мл. Значительное снижение митохондриальной активности начинается при концентрации частиц нанокомпозита 0,313 мг/мл. Внесение препарата до концентрации выше 0,156 мг/мл вызывает достоверное снижение митохондриальной активности клеток, при этом доля погибших клеток увеличивается с 16,4 до 81,1% соответственно.

Выводы. Учитывая возможное отрицательное влияние частиц нанокомпозитана клетки организма, считаем целесообразным ограничить применение материала для тотальных реставраций окклюзионных поверхностей зубных рядов, так как в этой области реставрации истираются быстрее.

Список литературы

1. Napierska D., Thomassen L.C., LisonD. et al. The nanosilica hazard: another variable entity. Part FibreToxicol. 2010; 7(1): 39.

2. МиргазизовМ.З., МиргазизовА.С., СалееваГ.Т., СалеевР.А., ГималетдиноваА.М.; Стенджевательныхдвижений. Патент на изобретение № 158862. МПК G09B 23/28, A61C 11/00, 2015 апрель 07.

3. Салеева Г.Т. Оценка химического и размерного состава порошка, полученного при истирании нанокомпозитного материала/Салеева Г.Т. Исламов Р.Р. Гималетдинова А.М.//Здоровье человека в XXI веке. VII-я Российская научно-практическая конференция: Сборник научных статей;под общей редакцией профессора Ксембаева С.С. – Казань, 2015. – 193-196.

4. Гималетдинова А.М. Способы визуализации наночастиц композитных материалов/Гималетдинова А.М. Салеева Г.Т. Исламов Р.Р.//Актуальные вопросы применения 3D-технологий в современной стоматологической практике: сб. науч. тр.;редкол.: Г. Т. Салеева [и др.]. – Казань: Отечество, 2015 – С. 119-122.

5. Гималетдинова А.М. Микроскопический анализ состава порошка нанокомпозитного материала/Гималетдинова А.М. Салеева Г.Т. Исламов Р.Р. //Современные технологии в стоматологии: сб. науч. тр.; под.ред. З.Б. Киндарова – Грозный, 2015. – С. 20-21.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИ-ИМПЛАНТАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ

Дикова А.А.
Самарский государственный медицинский университет
Tra-ta-taAnutka@mail.ru

Дистальная окклюзия занимает большую нишу среди всех заболеваний челюстно-лицевой области. С аномалиями положения отдельных зубов обращаются 39,4%, аномалиями и деформациями зубных рядов 29,9%, ано-

малиями окклюзии зубных рядов 30,7% пациентов [1]. При длительном частичном отсутствии зубов возникают вторичные деформации, которые увеличивают сроки лечения [2-3]. Поскольку ортодонтическое лечение является длительным процессом, который требует владения определенными навыками и психологической устойчивости, возникает вопрос о применении дополнительных методик для сокращения сроков ортодонтического лечения.

При лечении пациентов с дистальной окклюзией требуется создать условия для дистального перемещения боковых зубов, клыков и орального перемещения зубов фронтальной группы. К аппаратам, предназначенным для решения данного вопроса относятся: аппарат Pendulum, Pendulumplus усиленныйвинтом "Хайрекс", Distal Jet, First Class, и т.д.

К недостаткам этих способов относятся: необходимость кооперации пациента, потеря опоры, значительный функциональный дискомфорт, дистальное отклонение моляров, превалирующее над корпусным перемещением зуба, мезиализация нижних моляров, протрузия нижних резцов, экструзия моляров верхней и нижней челюсти, ротация окклюзионной плоскости против часовой стрелки, увеличение передней высоты лица, нарушение речи пациента при его использовании, громоздкость аппарата и травматизация слизистой щек вестибулярной частью аппарата.

В последнее время широкое распространение получило применение скелетной опоры с целью усиления опоры дистализирующих приспособлений [17-18]. Приспособления для временного анкоража безопасны и предсказуемы. Во многих случаях они облегчают механику и уменьшают продолжительность лечения. Однако уровень комфорта для пациента остается низким, а стоимость лечения значительно повышается.

Довольно широко используется способ дистализации боковой группы зубов верхней челюсти, заключающийся в фиксации брекет-системы до вторых моляров, нивелировании зубов верхней челюсти, установке ортодонтического мини-имплантата в область альвеолярного отростка верхней челюсти между корнями второго премоляра и первого моляра, фиксации крючка длиной 10 мм на дугу между латеральным резцом и клыком с последующим натяжением NiTi пружины между крючком и мини-имплантатом и единовременной дистализацией боковой группы зубов верхней челюсти. У данного способа так же имеется ряд недостатков:

1. Невозможность дистализации моляров при разрушенной коронковой части второго моляра.

2. Интрузия первого моляра, экструзия второго моляра вследствие отсутствия воздействия на второй моляр на этапе дистализации, что приводит к увеличению нижней высоты лица на 3,7 мм.

3. Дистализирующая механика проводится на этапе стальных дуг при слоте 0.022, при этом дуга не полностью заполняет слот брекета, что не позволяет контролировать ангуляцию дистализируемых зубов и приводит к дистальному отклонению коронки первого моляра, а не корпусному перемещению боковых зубов.

Цель исследования. Создание нового способа ортодонтического лечения, позволяющего воздействовать на постоянные моляры верхней челюсти с разрушенной коронковой частью, сократить сроки ортодонтического лечения.

Предлагаемый способ дистализации боковой группы зубов верхней челюсти направлен на создание дополнительной опоры, которой служит мини-имплантат, включение в конструкцию второго моляра верхней челюсти с разрушенной коронковой частью.

Способ осуществляется следующим образом: на начальном этапе восстанавливают коронковую часть второго моляра с помощью искусственной восстановительной коронки. Далее пипаивают металлическую кнопку на небную поверхность искусственной восстановительной коронки, а замок брекета на вестибулярную поверхность коронки. Фиксацию брекет-системы проводят до вторых моляров. Проводят удаление третьих верхних моляров при их наличии. Устанавливают стальную полноразмерную дугу в пазы брекетов.

Мини-имплантат устанавливают в область бугра верхней челюсти так, чтобы ось имплантата была параллельна оси зуба, а головка имплантата была на уровне паза брекета. При оценке возможных участков для установки мини-имплантата учитывались следующие факторы: толщина кортикальной пластинки, толщина мягких тканей, наличие достаточного расстояния до второго моляра верхней челюсти, наличие хорошего визуального доступа и возможность выбора благоприятного вектора силы. Проводили наложение эластической тяги от брекета второго моляра к мини-имплантату и далее к лингвальной кнопке.

Активацию эластической тяги проводиликаждые 4 недели. При достижении необходимого дистального смещения второго моляра верхней челюсти заменяли эластическую цепочку на металлическую лигатуру для стабилизации моляра. Далее пациенту проводили последующую поочередную дистализацию зубов 2.6, 2.5, 2.4, и т.д. описанным выше способом.

Преимущества предлагаемого способа:

- дистализация зубов с разрушенной коронковой частью;
- исключение экструзии второго моляра;
- достижение необходимого объема дистального корпусного смещения моляров;
- обеспечение стабильности дистально смещенных зубов на этапе ретракции передней группы зубов;

Выводы

- Проведение дистализации боковой группы зубов верхней челюсти при разрушенной коронковой части второго моляра на этапе стальных полноразмерных дуг позволяет точно оценить необходимый объем дистального смещения моляров, а также обеспечивает контроль ангуляции перемещаемых зубов, обеспечивая корпусный тип движения.

- Ортодонтический мини-имплантат устанавливают в область бугра верхней челюсти так, чтобы ось имплантата была параллельна оси зуба, а головка имплантата была на уровне паза брекета. Затем прикладывают эластическую тягу от брекета второго моляра к мини-имплантату и далее к лингвальной кнопке, что позволяет приложить дистализирующий вектор силы параллельно окклюзионной плоскости, тем самым предупреждая ее вращение и экструзию моляров, а также исключая необходимость использования дополнительных приспособлений и переустановку имплантата, и обеспечивает стабильность дистально смещенных зубов на этапе ретракции передней группы зубов.

- Применяют ортодонтический мини-имплантат длиной 10-12 мм, что необходимо, исходя из анатомических особенностей области бугра верхней челюсти, обладающей прикрепленной десной значительной толщины. Выбранная длина мини-имплантата позволяет стабилизировать имплантат в кости и при этом расположить головку имплантата на уровне коронки второго моляра для последующей фиксации к ней эластической тяги и создания вектора силы, параллельного окклюзионной плоскости.

- Поочередная дистализация боковых зубов позволяет распределить нагрузку и минимизировать отдачу на переднюю группу зубов при первоначальном наклонном движении коронки зуба, предупреждая вращение окклюзионной плоскости.

Список литературы

1. Аль-Харази Г.А. "Эффективность ортодонтического и ортопедического лечения взрослых пациентов с аномалиями и деформациями зубных рядов". Дис. канд. мед. наук : 14.01.14. Волгоград 2004.

2. Белозерцев А.Ю. Клинико-функциональный анализ лечения частичного отсутствия боковых зубов мостовидными протезами. Авторефф. дисс. канд. мед. наук. Иртутск 2001.

3. Быкова Е.В. Взаимосвязь патологии окклюзии и патологических изменений в пародонте. Ортодонтия 2013; 2: с. 33-34.

4. Гейс А., Долл Г., Корано А. DISTAL JET и его возможности в лечении аномалий прикуса II класса. Клиническая стоматология. – 2000. – 1. – С. 52-56.

5. Митчел Л. Основы ортодонтии" пер. с англ. Под ред. Ю. М. Малыгина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – с. 242.

6. Павленко О., Скрипник И.,. Матковська Ю,. Жачко Н. Аппаратурные методы лечения сужения верхней челюсти. Стоматологический журнал. – 2008. – 3. – С. 259-261.

7. Парри М., Луполи М., Фортини А.Быстрая дистализация моляров новым ортодонтическим аппаратом FIRST CLASS LEONE.Ортодент-инфо. – 2000. – 3. – С. 37-41.

8. Парубок Ю. Особенности лечения зубоальвеолярных форм дистального прикуса без удаления зубов. Ортодонтия. – 2008. – 4. – С. 28-31.

9. Патент РФ на полезную модель № 131599 «Устройство для дистализации моляра верхней челюсти».

10. Пылева Н. В. Анализ эффективности перемещения зубов различными методами : дис. канд. мед. наук : 14.01.14 ГОУ «Ин-т повышения квалификации федерального мед-биолагенства». – М., 2010. – с. 44-46.

11. Скрипник И., Кулиш А., Жачко Н. Методы дистального перемещения моляров верхней челюсти – альтернативный метод лечения сагиттальных аномалий прикуса. Ортодонтия. – 2008. – 4. – С. 32-37.

12. Хорошилкина Ф. Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. – с. 252-253.

13. Sfondrini M.F., Cacciafesta V., Sfondrini G. Upper molar distalization: a critical analysis. OrthodCraniofac Res. – 2002. – May. – Vol. 5, no. 2. – Pp. 114-126.

14. Bondemark L., Kurol J. Distalization of maxillary first and second molars simultaneously with repelling magnets. Eur J Orthod. – 1992. – Aug. – Vol. 14, no. 4. – Pp. 264-272.

15. Wilson R.C. Comment on rapid molar distalization. Am J OrthodDentofacialOrthop. – 1995. – Mar. – Vol. 107, no. 3. – Pp. 20A-22A.

16. Gurgel J.d.A., Pinzan-Vercelino C.R.M., Bramante F.S., A.P. Rivera Distalization of maxillary molars using a lever arm and mini-implant.Orthodontics (Chic). – 2013. – Vol. 14, no. 1. – Pp. e140-e149.

17. Jung M.-H. A comparison of second premolar extraction and mini-implant total arch distalization with interproximal stripping. Angle Orthod. – 2013. – Jul. – Vol. 83, no. 4. – Pp. 680-685. http://dx.doi.org/10.2319/091112-726.1.

18. Fudalej P., Antoszewska J.. Are orthodontic distalizers reinforced with the temporary skeletal anchorage devices effective? Am J OrthodDentofacialOrthop. – 2011. – Jun. – Vol. 139, no. 6. – Pp. 722-729. http://dx.doi.org/10.1016/j.ajodo.2011.01.019.

ИНОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Гуськов А.В., Зиманков Д.А.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
guskov74@gmail.com

В связи с развитием технологий и ихпрограммного обеспечения, так же усовершенствуются методы обследования пациентов, планирования и контроля и качества хирургического вмешательства.

Наличие обширных дефектов зубного ряда грозит изменением окклюзии оставшихся зубов, повышенным риском возникновения заболеваний пародонта, изменением вкусовой чувствительности и психоэмоционального статуса пациента при применении классических методов лечения.

Одной из наиболее развивающихсяотраслей восстановления дефектов зубных рядов является – зубнаяимплантация. Зубная имплантация – это восстановление целостности зубного ряда путем внедрения искусственных материалов.

На сегодняшний день наилучшим методом обследования пациента является компьютерная томография. Впервые метод был испытан в конце 20 века. Только в начале 21 века появился принципиально новый компьютерный томограф, предназначенный непосредственно для обследования челюстно-лицевой области.

Благодаря компьютерному томографу и современным компьютерным технологиям в планирование хирургического этапа имплантации стало более информативным. Врач стоматолог может осматривать состояние окружающих тканей и спланироватьимплантацию в трехмерном пространстве, что практически гарантирует точный результат позиционирования имплантата в кости.

Современные технологии так же позволяют контролировать хирургический этап протезирования. Системы с инфракраснымиили ультразвуковымидатчиками в режиме реального времени позволяют следить и проецировать на экране положение наконечника с погрешностью от 0,1 до 1 мм.

Положение наконечника и глубину внедрения фрезы в кость так же можно контролировать при помощи заранее изготовленных хирургических шаблонов.

На хирургическом этапе однойиз инновационных технологий является создание пьезохирургического аппарата. Специализированный пьезохирургического аппарат представляет собой своеобразный ультразвуковой нож, который при использовании, создавая ультразвуковые колебания, способствует рассечению только твердых тканей – кости и зуба.По сравнению с классическими методами сверления при помощи фрезы пьезохирургического аппарат имеет ряд преимуществ.

После проведения хирургического этапа наступает процесс остиоинтеграции имплантата. Полноценная остеоинтеграция внутрикостных имплантатов является основополагающим условием долгосрочного успеха протезирования с опорой на дентальные имплантаты. В настоящее время внимание специалистов привлек новый метод оценки стабильности имплантатов с помощью метода частотно-резонансного анализа – (RFA-техника) ResonanceFrequencyAnalysis .

Подводя итог рассмотрению ранних работ по дентальной имплантации можно сделать вывод о том, что, в настоящее время, дентальная имплантация переживает быстротекущее развитие. Наличие большого риска возникновения осложнений и проблем часто заставляет доктора-

стоматолога выбирать классические методы лечения без использования имплантатов.Однако очевиден факт, что дентальная имплантация является наилучшим методом восстановления дефектов зубочелюстной системы, расширяя возможности несъемного протезирования.

Список литературы

1. Гуйтер О.С.,Митин Н.Е., Устюгова А.Е., Сорокина М.А. Этиологические факторы, способствующие возникновению дефектов и деформаций челюстно-лицевой области // Наука молодых – Eruditio Juvenium. 2015№ 4. С. 91-97.

2. Иорданишвили А.К., Бельских О.А., Музыкин М.И., Черныш В.Ф., Тишков Д.С. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у взрослых людей при хронической болезни почек // Пародонтология. 2015. Т. 20. № 4 (77). С. 40-44.

3. Котов К.С., Гуськов А.В. Результаты оценки вкусовой чувствительности в отдалённые сроки после протезирования у пациентов с гальванизмом, пользующихся несъемными протезными конструкциями // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2015. № 1. С. 137-141.

4. Митин Н.Е., Набатчикова Л.П., Васильева Т.А. Анализ современных методов оценки и регистрации окклюзии зубов на этапах стоматологического лечения // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2015. № 3. С. 134-139.

5. Митин Н.Е., Тихонов В.Э., Васильева Т.А., Гришин М.И. Современные критерии оценки эстетического результата стоматологического лечения (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. Т. 9.№ 2. С. 37

6. Митин Н.Е., Курякина Н.В. Анализ психологической адаптации больных к съемным зубным протезам // Стоматология. 1998. Т. 77. № 6. С. 62-64.

7. Шемонаев В. И., Михальченко Д. В.,ПорошинА. В. Способ временного протезирования на период остеоинтеграции дентального имплантата // Современные наукоемкие технологии. 2013. № 1. С. 55-58.

РОЛЬ БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ

Иванова А.Д.
Кировская государственная медицинская академия
nastya_1911@mail.ru

Слюнные железы тонко реагируют изменением состава своего секрета на внешние и внутренние воздействия, связанные с адаптационными перестройками организма. Следующие стресогенные факторы являются

неотъемлемой частью учебного процесса: дефицит времени, высокая ответственность за конечный результат. Следовательно учебный процесс, сопровождается психическим и эмоциональным напряжением, что создает повышенную нагрузку на ЦНС. Объемы учебного материала, недостаточная организация рядом студентов своего умственного труда приводят к развитию утомления. Профилактические мероприятия, основанные на современных методах неинвазивной экспресс-диагностики ротовой жидкости, позволяют оптимизировать умственный труд и эффективнее распределить режим труда и отдыха. Что в результате не только повысит качество усвоения учебного материала, но и снизит «цену адаптации» к условиям учебной деятельности в ВУЗе.

Целью исследования было изучить сдвиги биохимических параметров ротовой жидкости при проведении текущей аттестации студентов младших курсов.

Материалы и методы. Проведено комплексное исследование биохимических параметров ротовой жидкости 44 студентов обоего пола в возрасте от 17 до 20 лет. Забор биологического материала производился в первой половине дня, после тщательной гигиенической очистки ротовой полости, до и после прохождения текущей аттестации по дисциплинам «Химия» и «Биохимия». Ротовая жидкость собиралась в чистые пробирки сплевываением и сразу центрифугировалась при 3000 об/мин в течение 15 минут. Проводились биохимические исследования надосадочной жидкости, включая: измерение pH, содержания общего белка, глюкозы, молочной кислоты. Полученные результаты статистически обработаны. Достоверность результатов оценивалась по непараметрическому критерию Манна-Уитни.

Результаты. Нами установлено увеличение содержания общего белка в ротовой жидкости более чем в 2 раза, достоверное увеличение содержания глюкозы и молочной кислоты, на фоне сдвига pH в кислую сторону, что говорит о значительной активации симпато-адреналовой системы и высокой стрессогенности изучаемого фактора. Гормоны вырабатывающиеся в качестве ответной реакции на стрессогенный фактор приводят к увеличению содержания глюкозы в плазме крови, а значит и в других биологических жидкостях, в том числе и ротовой. Микрофлорой ротовой полости глюкоза быстро окисляется до молочной кислоты, что в отсутствии в ротовой жидкости мощной гемоглобиновой буферной системы приводит к сдвигу pH в кислую сторону. По нашему мнению, эти механизмы будут иметь определенное значение для патогенеза заболеванийсоматических и ротовой полости.

На основании полученных результатов можно сделать следующие **выводы:**

1. Текущая аттестация по дисциплинам "Химия" и "Биохимия" обладает высокой стрессогенностью для студентов.

2. Развитие психоэмоционального напряжения сопровождающее учебный процесс приводит к сдвигам биохимических параметров ротовой

жидкости (увеличению содержания общего белка, глюкозы и молочной кислоты, на фоне снижения pH).

3. Длительное снижение pH ротовой жидкости относительно исходных данныхявляется признаком высокого психоэмоционального напряжения и недостаточной адаптации к учебному процессу.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И СКОРОСТИ СЛЮНООТДЕЛЕНИЯ В ГРУППЕ БОЛЬНЫХ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Кардашенко Я.Р.
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
yana4127@gmail.com

Введение. Этиология и патогенез слюннокаменной болезни (СКБ) в настоящее времени требуют дополнительного изучения. Одним из важных факторов в патогенезе СКБ является снижение скорости слюноотделения,на фоне которого возможен восходящий путь инфицирования слюнных желез. Доказано, что наличие слюнных камней (СК) сопровождается воспалительными явлениями, но остается спорным вопрос о первичности воспалительных процессов в слюнных железах. С одной стороны, наличие конкрементов приводит к снижению слюноотделения и развитию застойных и воспалительных явлений, с другой – сиалоадениты приводят к снижению слюноотделения и возможности образования СК. Учитывая приведенные данные, у пациентов с сопутствующими соматическими заболеваниями, которые могут оказывать влияние на процессы слюноотделения, было проведено изучение изменения скорости слюноотделения и состояния ротовой полости.

Цель исследования. Изучить изменение показателей гигиены полости рта и скорости слюноотделения в группе больных с риском развития слюннокаменной болезни.

Материалы и методы. Было проведено исследование у пациентов с диагнозами: желчнокаменная болезнь (ЖКБ), мочекаменная болезнь (МКБ), патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), хронический пиелонефрит, пневмония. У данных больных был произведен осмотр полости рта, оценены основные показатели гигиены полости рта, скорости слюноотделения.

Результаты. Осмотрено мужчин -20%, женщин -80%, возраст от 21 до 77 лет. Степень выраженности изменений в группах была различна. Снижение слюноотделения наблюдалось в 56% случаев, наличие минерализованного зубного налета в 64%, гиперстатические индексы КПУ в 71%.

Заключение

1. У всех пациентов с ЖКБ и МКБ были выявлены снижение скорости слюноотделения, минерализованные зубные отложения, гиперстатиче-

ские индексы КПУ.

2. У больных с другими заболеваниями степень выявления различных гигиенических показателей варьировала.

3. Больным со снижением показателей скорости слюноотделения и ухудшением гигиенических индексов, целесообразно проводить профилактические мероприятия, направленные на устранение патологических изменений.

4. У больных со снижением показателей скорости слюноотделения и ухудшением гигиенических индексов, целесообразно проводить УЗИ-диагностику слюнных желез.

Список литературы

1. Яременко А. И., Матина В. Н., Серова А. Я., Владимирова Л. Г. Современные способы исследования структуры и состава слюнных камней// Институт стоматологии. -2013. – №3.-С. 90-91.

2. Степаненко Р. С., Афанасьев В.В., Полякова М.А., Роль слюнных желез в гомеостазе организма// Российский стоматологический журнал.-2010.-№5.-С. 26-27.

3. Семенников В.И., Чечина И.Н., Неймарк А.И., Голованова О.А., Бельская Л.В. Пути решения проблемы патогенного минералообразования в слюнных железах и почках// Российский стоматологический журнал.-2009.-№6.-С. 39-42.

4. Матина В.Н., Кораго А.А., Вероман В.Ю., Саркович А.А., Филиппов В.Н., Цеховольская Д.И. О составе и структуре слюнных камней (саливолитов)// Стоматология.- 1993.-№4.- С. 7-12.

5. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология.- Москва: «Медицина», 2000, С. 348-352.

ТОПИЧЕСКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЗНЕННЫХ УЧАСТКОВ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЖЖЕНИЯ РТА

Котов К.С., Митин Н.Е., Максимов А.Ю., Котова А.Б.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
k140581k@yandex.ru

Синдром жжения рта представляет собой мультиэтиологическое состояние, часто сопровождающее нозологию непереносимости стоматологических материалов. Интенсивность данного синдрома зачастую бывает настолько высокой, что у большинства пациентов с непереносимостью стоматологических материалов жалобы на жжение являются превалирующим клиническим симптомом [3, 4]. Однако иногда причиной жжения во рту являются нарушения окклюзии, ряд соматических заболеваний и состояний [1, 2].

Целью исследования явилось установление процентного соотношения локализации участков жжения во рту у пациентов.

Нами проводилось обследование 57 пациентов (48 женщин и 9 мужчин, в возрасте от 31 до 65 лет), обратившихся в клинику кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии РязГМУ им. акад. И.П. Павлова с жалобами на жжение во рту. При обследовании мы выясняли срок существования жалоб на жжение, наличие изменений интенсивности и локализации участков жжения во рту в течение всего срока существования ощущения жжения во рту, наличие единичных либо множественных участков жжения. Этим пациентам проводилась оценка состояния слизистой оболочки рта на предмет наличия или отсутствия любых патологий. При наличии во рту протезных конструкций, мы оценивали их состояние, срок использования и проводили измерение разности потенциалов. Также у пациентов проводились дополнительный опрос анкетирование с цельювыявления причин возникновения синдрома жжения рта.

В результате проведенного нами исследования было установлено, что наиболее часто встречается жжение в области боковой поверхности языка – в 34% случаев, затем – жжение на спинке языка – в 23,6 % случаев, на кончике языка – в 16% случаев, на нёбе – в 9%, на внутренней поверхности губ – в 7,55%, на внутренней поверхности щёк – в 5,7%, жжение корня языка – в 3,8% случаев. Сочетанная локализация участков жжения во рту была отмечена у 67% обследованных пациентов. Ощущения жжения у 35% пациентов возникло не позднее 3 месяцев от обращения к врачу, у 43% пациентов – до 6 месяцев, у 9% – до 1 года, а 11% пациентов испытывают ощущение жжения более года. У 69% пациентов ощущение жжения во рту претерпевало изменения – усиливалось и ослабевало в течение временного периода своего существования, у 95% пациентов (от общего числа) происходило расширение зон локализации ощущения жжения, присоединялись новые поражённые участки к уже имеющимся. У 39% пациентов выявлены заболевания слизистой оболочки рта, а у 79% – сопутствующие соматические заболевания, 17% опрошенных пациентов указывали на получаемое психоневрологическое лечение, что подтверждаюти данные литературы [5, 6].

Выводы. Большая часть пациентов обращалась к врачу не позднее 6 месяцев от момента возникновения ощущения жжения во рту, почти все пациенты указывали на трансформацию ощущений с течением времени, преобладающая локализация отмечена в области языка, большинство пациентов имеет сопутствующую соматическую патологию, что доказывает полиэтиологическую природу синдрома жжения рта.

Список литературы

1. Иорданишвили А.К., Бельских О.А., Музыкин М.И., Черныш В.Ф., Тишков Д.С. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у взрослых людей при хронической болезни почек // Пародонтология. 2015. Т. 20. № 4 (77). С. 40-44.

2. Иорданишвили А.К., Бельских О.А., Тишков Д.С., Карев Ф.А., Музыкин М.И., Либих Д.А. Особенности функционирования слизистой оболочки полости рта и языка при хронических заболеваниях почек, кишечника и эндокринной патологии // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». -2015. -№ 4. -С. 30-36.

3. Котов К.С., Гуськов А.В. Результаты оценки вкусовой чувствительности в отдалённые сроки после протезирования, у пациентов с гальванизмом, пользующихся несъёмными протезными конструкциями // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2015. – № 1. – С. 137-141.

4. Котов К.С. Влияниенесъёмных протезовиз различных материаловна показатели минерального гомеостазаи кислотно-щелочной баланс ротовой жидкости.диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / ГОУВПО "Нижегородская государственная медицинская академия". – Нижний Новгород, 2009.

5. Митин Н.Е., Курякина Н.В. Анализ психологической адаптации больных к съёмным зубным протезам // Стоматология. – 1998. – Т.77. – №6. – С. 62-64.

6. Тишков Д. С., Северьянова Л. А., Бобынцев И. И. Характеристика свойств темперамента у больных невралгией тройничного нерва //Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". – 2009. – №. 3. С. 105-109.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Максимова Н.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
natali2411@bk.ru

В настоящее время у 70% населения России в возрасте 20-50 лет нарушена целостность зубных рядов и имеется необходимость в ортопедическом лечении.Оказание квалифицированной стоматологической помощи при дефектах зубных рядов невозможно без предварительной подготовки полости рта к зубному протезированию. В настоящее время приоритетной задачей здравоохранения является обеспечение качественного стоматологического пособия населению и квалифицированного кадрового состава [2, 4-7]. Многие специалисты полагают, что успешное протезирование полости рта зависит не только от правильного выбора материалов и грамотного выполнения всех мероприятий по изготовлению ортопедических конструкций, но и от эффективной подготовки полости рта к зубному протезированию [1, 3].

Цель исследования. Оценить состояние тканей краевого пародонта у пациентов с несъемными ортопедическими конструкциями.

Объект и методы. В исследованиипринимали участие 74 пациента-стоматологической клиники «Прайм-стоматология» г.Рязани с несъемными ортопедическими конструкциями, у которыхпроведена клиническая оценка состояния маргинального края десны. Из 74 пациентов, 43 женщины и 31 мужчина в возрасте от 20 до 65 лет. Путем проведенного анкетирования пациенты были разделены на 2 группы. В основнуюгруппу вошли 23 пациента, которые проходили пародонтологическое лечение на этапе предпротезной подготовки и 49 пациентов, составили группу сравнения, которым пародонтологическое лечение не проводилось.У всех пациентов, участвующих в исследовании, срок ортопедической реабилитации несъемными конструкциями.В зависимости от наличия какой-либо соматической патологии пациенты не делились. По данным анкетирования пациентов, получавших пародонтологическую помощь на этапе предпротезной подготовки установлено, что в комплексное пародонтологическое лечение перед протезирование входили такие мероприятия как: проведение профессиональной гигиены полости рта, закрытый кюретаж пародонтальных карманов, Вектор-терапия, хирургическое лечение воспалительных заболеваний пародонта. Всем пациентам, независимо от группы исследования определяли гигиенические и пародонтальные индексы: ИГ, РМА в модификации Parma, PI по Russel, индексы кровоточивости сосочков (PBI) по Saxer и Muhlemann, кровоточивости десневой борозды по Muhlemann-Cowell, определение рецессии десны по Miller.

Результаты. Припроведении клинической оценки состояния краевого пародонта выявлено, лучшие результаты представлены в основной группе, где пациенты получали пародонтологическую помощь на этапе предпротезной подготовки.

ИГ у всех пациентов существенных отличий не выявил исоставил1,62±0,38,чтосоответствуетудовлетворительной гигиене полости рта. При оценке воспалительного процесса десен индексРМА в модификации Parmay пациентов основной группы исследования составил 24±2%, у пациентов группы сравнения – 62±6%, что соответствует средней и тяжелой степени гингивита. При определении индексов кровоточивости сосочков (PBI) по Saxer и Muhlemann и кровоточивости десневой борозды по Muhlemann-Cowelтакже выявлены существенные отличия в основной и группах сравнения, в пользу пациентов основной группы. Рецессии десны во фронтальном отделе у пациентов с несъемными конструкциями в группе сравнения наблюдались у 27 пациентов, что соответствует 55,1% случаев, а в основной группе у 6 пациентов, чтосоставляет 26,1%. Основными причинами, вызвавшими развитие рецессий десны в области ортопедических конструкций явились наличие уздечек губ, мелкое преддверие полости рта и наличие воспалительного процесса краевого пародонта.

Выводы. На основании проведенного исследования: анкетирования пациентов и клинической оценки пародонтологического статуса установлено, что на этапе подготовительных мероприятий перед ортопедической реабилитацией несъемными конструкциями не уделяется должного внимания пародонтологическому лечению, что приводит к развитию и поддержанию хронического воспалительного процесса в пародонте, рецессиям десны, а не устранение мукогингивальной патологии – к усугублению процесса, приводящим к неудовлетворительным эстетическим результатам.

Список литературы

1. ЖданюкИ.В.Клиническая и экономическая эффективность стоматологических лечебно-профилактических мероприятий перед зубным протезированием: Автореф. дис. … канд. мед.наук. – СПб., 2013.

2. Кадровое обеспечение стоматологической службы. Создание безопасных условий труда персонала /Вагнер В.Д. и др.//Cathedra – кафедра. Стоматологическое образование. 2012. № 42. С. 54-56.

3. Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В. Стоматологическая деятельность. – М: Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА. – 2003. – С. 27-39.

4. Рошковский Е.В. Изучение нуждаемости в ортопедической стоматологической помощи лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей и особенности ее оказания в геронтологических стационарах:Автореф. дис. … канд. мед.наук. – М., 2008.

5. Симановская О.Е. Влияние стоматологического здоровья на качество жизни// Стоматология. – 2008. – №5. – С. 75-77.

6. Пешков М.В., Гуревич К.Г. Социальная характеристика и качество жизни пациентов, обращающихся за стоматологической хирургической помощью // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова, 2016, №1, С.123-129.

7. Эффективность комплексной терапии генерализованного пародонтита у больных с ожирением / Хабибова Н.Н., Вахидова М.А., Жабборова Ф.У. // Наука молодых – EruditioJuvenium. 2016. № 2. С. 114-123.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ МЛАДШИХ КУРСОВ

Максимова И.А., Вацет А.К.
Кировская государственная медицинская академия

Актуальность. В настоящее время государство уделяет огромное значение проблемам формирования, сохранения и укрепления здоровья студенческой молодежи, в связи с прогрессирующим снижением доли здоровых лиц среди них [1]. Актуальным вопросом современных студентов является сохранение и укрепление собственного здоровья [4]. Это диктует необ-

ходимость проведения исследований, целью которых является разработка подходов, направленных на оценку и сохранение уровня здоровья этого контингента населения как трудового потенциала страны [3]. Для будущих врачей, чья профессия связана с восстановлением здоровья пациентов, важность собственного здоровья должна быть неоспоримой. Известно, что здоровье человека в большей степени зависит от его половой принадлежности, или гендера. Знание таких особенностей позволит рационально планировать свою жизнедеятельность для сохранения и улучшения здоровья [2].

Цель исследования. Проанализировать гендерные особенности показателейздорового образа жизни юношей и девушек младших курсов медицинской академии.

В задачи исследования входили проведение анкетирования студентов-медиков по вопросам режима питания, подверженности стрессу, наличия вредных привычек, режима труда и отдыха, двигательной активности и заболеваемости, оценка и анализ полученных данных.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 309 студентов 1, 2 курса Кировской ГМА лечебного и педиатрического факультетов, среди них: 193 девушки первого курса, 64 – второго, 32 юноши первого курса, 20 – второго. Было проведено анкетирование среди студентов по вопросам здорового образа жизни. Оценка и анализ полученных данных выполнялись на персональном компьютере с использование программы MS Excel.

Результаты. В ходе исследования студенты первого и второго курсов были разделены по гендерному признаку с целью сравнения показателейздорового образа жизни между группами. Режим сна создает оптимальные условия для учебы и повышает работоспособность. Однако, в ходе нашей работы было установлено, что недостаток сна испытывают как девушки, так и юноши. Достаточной физической активностью занимается 68% девушек и 76% юношей. Такая картина является типичной, так как в виду своих гендерных особенностей мужской пол физически более активен и более мотивирован на занятия спортом. Анкетирование показало, что 37% девушек занимаются спортом ради физического совершенствования, в то время как юноши – 37%, занимаются спортом, чтобы развить в себе такие качества как сила, выносливость, ответственность.Но влияние недостатка сна (37%), наличие вредных привычек (25%) объясняют высокий процент простудных заболеваний чаще, чем раз в месяц, среди юношей – 23%. Простудными заболеваниями страдают чаще, чем раз в месяц 37% девушек. Что может быть вызвано меньшей двигательной активностью, передвижение пешком более 3-х часов наблюдается лишь у 35% опрошенных, а также высокая подверженность стрессу (87%). Важным фактором формирования здоровьястудентов и характеристикой их образа жизни является питание. По результатам опроса большая часть девушек – 57% и юношей – 60% питаются 3-4 раза в день. К тому же, лишь около 50% студентов питаются рационально и сбалансировано, 70% юношей и 76% девушек крайне редко переедают.

Вывод. Таким образом, в результате исследования выявлены выраженные гендерные различия по рядам показателей здоровья студентов. Что помогает сделать некоторые выводы для улучшения здоровья этого контингента населения. Девушкам с недостаточной двигательной активностью следует обратить внимание на повышение мотивации к занятиям спортом и адаптациюк стрессовым факторам. Юношам пропагандировать отказ от вредных привычек.

Список литературы

1. Гендерные особенности психофизиологических функций студентов вуза. Попова Т.В., Парская Н.В., Меньшенин А.С., Плачков В.А. /Международный научно-исследовательский журнал.- Выпуск №6.- 2015.

2. Гендерные аспекты спортивной мотивации. Дамадаева А. С. /Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта.- Выпуск 12, том 70, 2010.

3. Физическое развитие и физическая подготовленность в системе мониторинга состояния физического здоровья населения (возрастно-половые особенности студентов). С. И. Изаак, Т. В. Панасюк/ Научно-технический журнал, № 11. – 2004 г.

4. Физическая культура и здоровый образ жизни студента. / Под ред. Виленского М.Я. – М.:Кнорус, 2013.

ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Мац Е.Г., Матчин А.А., Ханов И.А., Егорова О.А.
Оренбургский государственный медицинский университет
almatchin@bk.ru

Разнообразие нозологических форм доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желез делает актуальной проблему диагностики данной патологии.

Цель исследования. Разработать простой и доступный алгоритм обследования и дифференциальной диагностики заболеваний больших слюнных желез.

Материалы и методы. Проанализированы результаты клинического обследования иданные 311 аспирационных пунктатов новообразований слюнных желез, а также материалы по ультразвуковому исследованию на аппарате SSI-8000 Pro Sono Scape с применением мультичастотных линейных датчиков 5 до 12 МГц с цветным доплером. Пациенты лечились в клинике стоматологи и челюстно-лицевой хирургии Оренбургского государственного медицинского университета за период с 2010 г. по I квартал 2016 г.

Результаты. Клиническое обследование пациентов с заболеваниями больших слюнных желез позволяет в большинстве случаев диффе-

ренцировать воспалительные процессы и реактивно-дистрофические процессы от опухолевого поражения, выбрать необходимые дополнительные методы исследования и рациональную тактику ведения больных. Четкие признаки злокачественности можно обнаружить далеко не во всех клинических ситуациях.Ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография являются методом выбора при подозрении на новообразование слюнных желёз. Наиболее простым, недорогим, достаточно безопасным и высоко информативным методом диагностики является аспирационная пункция тонкой иглой. В отличие от инструментальных методов исследования она позволяет во многих случаях не только определить «доброкачественность» опухоли, но и её гистологический вариант. Сопоставление результатов цитологического и патоморфологического диагноза показало точность цитологического метода в 70,7% наблюдений, что совпадает с данными литературы [1, 2].

По нашему мнению несовпадение гистологического и цитологического диагнозов обусловлено тем, что при заборе диагностического материала не всегда учитываются анатомотопографические характеристики желез, глубина погружения иглы, нейро-, вазоархитектоника, особенности хода выводных протоков и источники развития неопластических процессов в железе. При злокачественных опухолях слюнных желез эпителиальные клетки и их ядра относительно мономорфны, фигуры кариокинеза редкие, а опухолевые клетки с более обильной цитоплазмой разрозненно располагались среди недифференцированных оксифитных масс, что порой создает ложное впечатление о доброкачественности опухоли [3].

Список литературы

1. Бычков Д.В., Вязьмин А.Я., Батороев Ю.К., Байфа А.А. Ошибки дифференциальной диагностики объемных образований слюнных желез // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2011. – №4 (80). – С. 22-24.

2. Кондратьева Т.Т. Цитологические аспекты дифференциальной диагностики новообразований в области головы и шеи: авторефер. дис. … д-ра мед. наук. – М., 1992. – 46 с.

3. Матчин А.А., Проблемы дооперационной диагностики новообразований слюнных желез / А.А. Матчин, С.И. Михеева, Е.В. Калужина, Е.Г. Мац // Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии». – Уфа, 2016. – С. 67-77.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ФИТОПРЕПАРАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА

Межевикина Г.С.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
galinasyx@yandex.ru

Введение. Известно,чтокандидозный стоматит имеет высокую распространенность , которая составляет до 63 % [4]. Повышение интереса к лекарственным растениям явилось следствием учащения случаев побочного действия и аллергических реакций после применения синтетических лекарственных средств [5]. Выявлено, что фитосредства воздействуют на организм физиологичнее, чем синтетические препараты [1, 2, 3].

Цель исследования. Определить эффективность использования комплексного фитопрепарата при лечении кандидозного стоматита.

Материалы и методы. Обследовано 35 пациентов, с диагнозом кандидозный стоматит. Пациенты разделены на 2 группы: основную (18 чел.) -фитопрепарат, и контрольную (17 чел.) – 1% раствором Кандид. Использовали лабораторный метод (культуральный) Эффективность лечения оценивали до, после лечения, через 1 и 6 месяцев.

Результаты. До начала лечения количество КОЕ у всех пациентов основной и контрольной групп превышало 1000 (1700-2900), что свидетельствовало диагнозу «кандидозный стоматит» [2]. Через две недели после начала лечения у 15 человек основной группы (83%) было обнаружено 5-20 КОЕ, что соответствует здоровой слизистой оболочки рта. Через 1 и 6 месяцев после лечения у всех пациентов основной группы обнаружены 5-10КОЕ. Через две недели после начала лечения у пациентов контрольной группы у 10 человек (59%) было обнаружено 4-18 КОЕ, что соответствует здоровой СОР. Через 1 и 6 месяцев после лечения у всех пациентов, использовавших в местном лечении 1% раствор Кандид (17 чел. – 100%) обнаружены 5-10КОЕ, констатирована здоровая СОР.

Заключение. Через две недели после начала лечения комплексный фитопрепарат является более эффективным прилечении кандидозного стоматита в сравнении с 1% раствором Кандид. В отдаленные сроки лечения комплексным фитопрепаратом и 1% раствором Кандид показатели культурального метода исследования не превышали 100 КОЕ, что свидетельствует о выздоровлении.

Список литературы:

1. Бирюкова Ю.А. Лабораторная оценка эффективности использования фитопрепарата при лечении гипертрофического гингивита / Ю.А. Бирюкова, Л.Б. Филимонова, О.А.Гализина // Российский медико-биологический вестник имени акад. И.П. Павлова. – 2014. – №3. – С.139-142.

2. Клинико-лабораторная оценка эффективности использования комплексного фитопрепарата при лечении кандидозного стоматита / Г.С. Межевикина, С.И. Морозова, Н.А. Савельева, А.В. Гуськов // Вестник новых медицинских технологий.-2013.-Том 20, №.2 – С.230-234.)

3. Результаты лечения гиперестезии твердых тканей зубов комплексным препаратом, содержащим фторид кальция и экдистерон / А.Н. Огнева, В.Н. Дармограй, С.И. Морозова, Е.С. Таболина // Российский стоматологический журнал. – 2011,№5- – С. 33-35;

4. Современные аспекты этиологии и патогенеза кандидоза слизистой оболочки полости рта / Г.С. Межевикина, В.Н. Дармограй, С.И. Морозова, Н.А. Савельева // Рос. медико – биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2012. – №3. – С.152-157.)

5. Современные технологии лечения кандидоза слизистой оболочки рта / Г.С. Межевикина, С.И. Морозова, Н.А. Савельева, С.А. Безмен // Рос. медико – биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова.– 2012. – №4. – С.158-163.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ЭТИОПАТОГЕНЕЗА МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА

Пестряков К.Е., Атаян А.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
che_cot@mail.ru

Введение. В настоящее время известно, что метеорологический хейлитявляется хроническим воспалительным поражением красной каймы губ. По данным литературных источников данное заболевание имеет тенденцию к повышению распространенности и характеризуется полиэтиологичностью [1, 5].

Цель исследования. Обобщение литературных данных распространенности метеорологического хейлита в субъектах Центрального Федерального Округа (ЦФО) и изучение этиопатогенеза.

Материалы и методы. Использованы литературные источники, освещающие распространенность метеорологического хейлита в субъектах Центрального Федерального Округас учетом геоклиматических особенностей течения данной нозологии [2, 3, 4].

Результаты. На основании литературных данных, выявлено, что группами риска являются: мужчины в возрасте 21-34 лет, женщины в возрасте 19-27 лет. Данная нозология имеет четкую гендерную и возрастную тенденцию: 63,7 % пациентов с даннымзаболеванием – мужчины. Отмечено, чтонезависимо от пола возрастная группа пациентов приходится на людей младше 34 лет. Выявлено повышение процента заболеваемости в

зависимости от климата: в более северных регионах распространенность метеорологического хейлита увеличивается в среднем на 9-13%. Среди лиц, проживающих на территории субъектов ЦФО РФ распространенность метеорологического хейлита составляет 23,68% среди заболеваний красной каймы губ.

Заключение. На основании анализа литературных источников выявлены группы риска, возрастные группы лиц, страдающих метеорологическим хейлитом, а также геоклиматическая предрасположенность данной патологии: так, в северных регионах распространенность увеличивается в среднем на 9-13 %.

Среди заболеваний красной каймы губ на территории субъектов ЦФО РФ распространенность метеорологического хейлита составляет 23,68 %.

Список литературы

1. Данилевский Н.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н.Ф. Данилевский, В.К. Леонтьев, А.Ф. Несин, Ж. И. Рахний. – Москва: ОАО « Стоматология», 2001. – 272 с.

2. Недосенко В.Б., Анисимова И.В. Алгоритм обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и губ // Клиническая стоматология. – 2003. – № 2. – С. 32-34.

3. Матвеева Е.А., Калинина Е.Н. Метеорологический хейлит у детей г. Читы // Забайкальский медицинский вестник. – 2007. – № 3. – С. 20-23.

4. Современные аспекты этиологии и патогенеза кандидоза слизистой оболочки полости рта / Г.С. Межевикина, В.Н. Дармограй, С.И. Морозова, Н.А. Савельева // Рос. медико – биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2012. – №3. – С.152-157.

5. Современные технологии лечения кандидоза слизистой оболочки рта / Г.С. Межевикина, С.И. Морозова, Н.А. Савельева, С.А. Безмен // Рос. медико – биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова.– 2012. – №4. – С.158-163.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОВОДИМЫЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ У БОЛЬНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Митин Н.Е., Царькова Т.В., Гришин М.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Tatiana.ortho@gmail.com

Комплекс хирурургических мероприятий в стоматологиимногообразен и обширен. Ортогнатическая хирургия (ortho- лат. – прямой, gnatos- лат. – челюсть) – раздел хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области, направленный на устранение лицевой дисгармонии и нормализацию окклю-

зии. Цель проведения ортогнатической хирургии – улучшение эстетики лица, функции зубочелюстной системы, дыхания и фонетики. Она показана при резко выраженных скелетных аномалиях, которые невозможно устранить путем проведения простого ортодонтического лечения.Ортогнатическая хирургия неразравно связана с ортодонтией и ортопедией.

Реабилитация является одной из самых быстро развивающихся областей медицины. В стоматологии выделяют следующие этапы реабилитации: этап восстановления медицинского статуса, включающий в себя восстановление утраченных функций (например, протезирование), физиотерапию и дополнительные медицинские вмешательства; восстановление психологического статуса с цельюсформировать культурно-продуктивную личность; восстановление прав в обществе и социального положения, обучение навыкам персонального ухода, профессиональная реабилитация.На сегодняшний день не уменьшается количество больных, нуждающихся в устранении дефектов челюстей, связанных с серьезными генетическими нарушениями. Главными задачами психолога после проведения хирургического вмешательства являются купирование синдрома паники и тревожного состояния, коррекция болевого синдрома и психологическое консультирование родственников пациента. Реабилитационные мероприятия после ортогнатической хирургии во многом схожи с реабилитацией в пластической хирургии, а отличительной особенностью является речевая реабилитация, связанная с ношением ортодонтической аппаратуры. Наиболее частыми осложнениями являются: отек и посинение в области губ и щек; боль в горле и заложенность носа;на участках, которые подверглись оперативному вмешательству, на протяжении 1-5 месяцев может возникать чувство онемения;трудности с речью в первую неделю;сложности с полноценной гигиеной полости рта в первое время после операции; тошнота; незначительная потеря веса.Для предотвращения расстройств у больного, нужно объяснить что боль и неудобства – это временно, а так же использовать классические методы борьбы с депрессией: общение с близкими людьми, пешие прогулки, разнообразные водные процедуры, занятия спортом, йогой и медитацией, ароматерапия, вязание или другое хобби, рассуждения на тему перспектив выздоровления и изменения качества жизни. Прекрасным примером к мотивации к проводимому лечению является создание компьютерных презентаций, включающих в себя фотографии пациента до лечения, после проведения ортодонтической подготовки и после проведения ортогнатической хирургии.

Выводы:

1. Пациентов, обратившихся за помощью к ортогнатическому хирургу, интересует в основном конечный эстетический результат. Поэтому важнейшей частью реабилитации является достижение правильного соотношения не только костных структур, но и мягких тканей.

2. Успешное проведение ортогнатического лечения возможно только лишь в случае комплексной работы психолога, ортодонта и ортогнатического хирурга.

3. Чтобы свести к минимуму все возможные риски, реабилитолог проводит динамические наблюдения пациента в течение полугода после проведения операции, контролирует выполнениеинструкций, касающихся восстановительного периода, выданных лечащим врачом.

Список литературы

1. Севбитов А.В. Стоматологические характеристики клинических манифестаций отсроченных эффектов радиационного воздействия. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Центральный научно-исследовательский институт стоматологии. М., 2005.

2. Новый способ внесения лекарственных препаратов на раневую поверхность при непосредственном зубочелюстном протезировании. Клиникоэкспериментальное исследование*Харитонов Д.Ю., Митин Н.Е., Гришин М.И.* Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2015. № 4. С. 116-120.

3. Социально-психологическая реабилитация пациентов после хирургических операций при несращениях губы, неба или сочетанных несращениях (обзор литературы)*Харитонов Д.Ю., Митин Н.Е., Царькова Т.В.* Наука молодых – EruditioJuvenium. 2015. № 4. С. 134-138.

4. Тишков Д. С., Северьянова Л. А., Бобынцев И. И. Характеристика свойств темперамента у больных невралгией тройничного нерва //Курский научно-практический вестник" Человек и его здоровье". – 2009. – №. 3. С. 105-109.

5. Оценка восприятия боли в послеоперационном периоде у пациентов после амбулаторных хирургических стоматологических вмешательств *Севбитов А.В., Скатова Е.А., Дорофеев А.Е., Кузнецова М.Ю.* Dental Forum. 2014. № 1. С. 37-39.

6. Стоматологические характеристики клинических манифестаций отсроченных эффектов радиационного воздействия*Севбитов А.В.* диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Центральный научно-исследовательский институт стоматологии. М., 2005.

ВЛИЯНИЕ СТРУКТУРЫ И СОСТАВА СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Митин Н.Е., Царькова Т.В., Гтаришин М.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Tatiana.ortho@gmail.com

Множество ортодонтических показателей имеют наследуемую природу. Строение слизистой оболочки полости рта и пародонта, размер и форма зубов, структура эмали, размер и соотношение челюстей являются

признаками, зависимыми от генома человека. Все генетические несоответствия в челюстно-лицевой области напрямую приводят к дальнейшим нарушениям ортодонтического здоровья.Ребенок наследует от родителей особенности строения зубочелюстной системы, при наследовании противоречащих друг другу параметрах также возникают зубочелюстные аномалии (например, тремы при микродентии имакрогнатии у одного пациента). Также эффективно применение данного метода у пациентов с аномалиями челюстных костей, а именно при врожденных расщелинах губы, альвеолярного отростка и неба, при челюстно-лицевых дизостозах (например синдром Гольденхара), черепно-челюстно-лицевых дизостозах (например синдром Крузона).Кроме факторов развития заболеваний, связанных с наследственностью, существуют причины психологического характера. Хоть они и косвенно касаются «семейного дерева», их значение в формировании патологий огромна. К показателям, стоящим внимания в практике врача – ортодонта относятся состав семьи и взаимоотношения в ней.

Цель исследования. Выявить зависимость частоты ортодонтической патологии от состава и структуры семьи.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие родители 42 детей, наблюдающихся на кафедре ортодонтии РязГМУ. Нами были изучены генограммы обследуемых, с указанием межличностных связей внутри семьи. Наиболее информативной является генограмма, построенная до прабабушек и прадедушек. Дополнительно можно попросить указать об имеющихся нарушениях в зубочелюстной системе у родственников, например о диастеме, крупной нижней челюсти, форме зубов, нарушениях в строении тканей зуба, наличие серьезных наследственных заболеваний в роду, употребление родственниками наркотических веществ, врожденное отсутствие зубов, работа на вредных производствах и т.д. На проведение сеанса в среднем отводится 5 минут, далее результаты расшифровываются доктором.

Результаты. В первую очередь стоит отметить, кого пациент нарисовал первым – 9% обследуемых. Обычно, те, кто начинает построение схемы с самого себя, крайне увлечены собой, либо находятся в состоянии повышенной тревожности в связи со стрессом на стоматологическом приеме. Для родителей центральной фигурой может оказаться ребенок – 21% обследуемых, что говорит о повышенной концентрации внимания на нем, излишней опеке и тревожности за состояние его здоровья. Родителям из этой группы свойственно сильно преувеличивать жалобы и сложности. Если при составлении генограммы человек пропускает бывшего супруга – 6% обследуемых, с которым у него есть общие дети, то теряется половина биологического наследия, что сигнализирует о глубоких проблемах внутри семьи. Дети в таких семьях часто чувствуют дисбаланс, отверженность, обвинения, злобу, разочарование. Боль от развода родителей преобразуетсяво вредные привычки, самыми частыми являются сосание пальца, соса-

ние языка, обгрызание ногтей, ручек, карандашей, прикусывание губы и языка, облизывание губ. Нарушения речепроизношения, заикание, тики также являются следствием нервного перенапряжения. Конфликты родителей, тем более при ребенке – благодатная почва для появления неврозов, а далее – ортодонтических аномалий. У 87% обследуемых наблюдались аномалии, схожие с аномалиями их детей.

Выводы. Проективная гемограмма может успешно применяться не только в семейной психотерапии, а так же в медицинской сфере. Нами отмечено, что при грамотной расшифровке генограммы, консультирование выглядит более цельным и полным.

Список литературы

1. Тишков Д. С., Северьянова Л. А., Бобынцев И. И. Характеристика свойств темперамента у больных невралгией тройничного нерва //Курский научно-практический вестник" Человек и его здоровье". – 2009. – №. 3. С. 105-109.

2. Брусенцова А. Е., Перетягина И. Н., Тишков Д. С. Повышение эффективности учебного процесса на кафедре терапевтической стоматологии на основе обратной связи //Успехи современного естествознания. – 2014. – №. 12-3. С. 288.

3. Нуждаемость в стоматологическом ортодонтическом лечении студенческой молодежи профильного медицинского и непрофильных вузов г. Рязани*Митин Н.Е., Кондракова О.В., Царькова Т.В.* В сборнике: Материалы ежегодной научной конференции Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, посвященной 65-летию работы университета на Рязанской земле 2015. С. 382-384.

4. Исследование мотивационных предпосылок к стоматологическому лечению для улучшения качества жизни*Митин Н.Е., Тихонов В.Э., Гришин М.И.* Стоматология для всех. 2015. № 4. С. 46-47.

5. Влияние стоматологического ортодонтического лечения на самооценку и качество жизни стоматологических пациентов*Митин Н.Е., Тихонов В.Э., Гришин М.И.* Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2015. Т. 17. № 4. С. 349-353.

6. Социально-психологическая реабилитация пациентов после хирургических операций при несращениях губы, неба или сочетанных несращениях (обзор литературы)*Харитонов Д.Ю., Митин Н.Е., Царькова Т.В.* Наука молодых – EruditioJuvenium. 2015. № 4. С. 134-138.

ОСНОВНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ ПРИМЕНЯЕМЫЕ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Митин Н.Е., Царькова Т.В., Гришин М.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Tatiana.ortho@gmail.com

Реабилитация (от лат.*re* вновь + *habilis* приспособленный) это комплекс медицинских, психологических, педагогических, профессиональных и юридических мер, целью которых является достижение полного восстановления функций, нарушенных вследствие заболевания или травмы, достижение эффективной коррекции психологического статуса и социальной адаптации больного в обществе. Существуют следующие виды стоматологических операций в зубочелюстной системе: реконструктивные и пластические операции на челюстях, лечение опухолей полости рта, операции на тканях пародонта, имплантация, зубосохраняющие процедуры, лечение воспалительных процессов (периодонтит, периостит, остеомиелит, гайморит, абсцессы, флегмоны), удаление зубов (частичное или полное удаление), подготовка полости рта к последующему протезированию. В стоматологии выделяют следующие этапы реабилитации: этап восстановления медицинского статуса, включающий в себя восстановление утраченных функций (например, протезирование), физиотерапию, физкультуруи дополнительные медицинские вмешательства; восстановление психологического статуса с цельюсформировать культурно-продуктивную личность, обладающую чувством перспективы, действующую осознанно, способную анализировать ситуацию с различных точек зрения; восстановление прав в обществе и социального положения, направленное на реадаптацию пациента в социальной среде, обучение навыкам персонального ухода, занятия различными видами искусства, развитие творческой активности, профессиональная реабилитация.

В стоматологии, как и в других областях медицины, способы социально-психологической реабилитации наиболее действенны при тесном взаимодействии врача и пациента. Психологическая реабилитация должна применять методы психотерапии, психофизиологии, психогигиены, аутогенной тренировки, социальной педагогики. Нередко социально-психологическая реабилитация включает в себя помощь клинических психологов или психотерапевтов. Совместно сними используются следующие виды психотерапии, позволяющие воздействовать на психику больного и на весь организм: психоанализ Зигмунда Фрейда – метод лечения психических расстройств путем выяснения взаимодействия сознательных и бессознательных элементов психики и переведения вытесненных чувств и конфликтов в сознание; игровая психотерапия – направлена на облегчение эмоционального напряжения у юных пациентов с помощью разнообразных

игровых материалов; гипносуггестия – лечебный метод, при котором используются различные техники гипноза; воздействие словом (потенциирование) – важную роль играет умение врача убеждать и настраивать на позитивное решение проблемы; обучение приемам и формулам самовнушения (аутогенные тренировки), ежедневное убеждение пациентом самого себя с помощью жизнеутверждающих фраз (например: «Я преодолею!»; музыкотерапия, цветотерапия, чтение книг, арттерапия, увеличение двигательной активности – доказано, что все эти методы очень благоприятны для пациента; дельфинотерапия, канистерапия и иппотерапия являются эффективными методами психологии общения, применяются для лечения детей с нарушением социализации и другими психологическими проблемами; трудотерапия основана на отвлекающем действии трудового процесса; курортотерапия – метод, позволяющий объединить в себе комплекс реабилитационных мероприятий. Имеются сведения, что 30 – 40 % больных при назначении им плацебо отмечают положительный результат лечения.

Выводы

1. Социально-психологическая реабилитация стоматологических больных – обязательныйи важный этап единого комплексного лечения пациентов.

2. При конструктивном проведении социально-психологической реабилитации выявляется посттравматический рост у личности, как положительное последствие психологической травмы.

Список литературы

1. Анализ психологической адаптации больных к съемным зубным протезам.Митин Н.Е., КурякинаН.В.Стоматология. 1998. Т. 77. № 6. С. 62-64.

2. Новый способ внесения лекарственных препаратов на раневую поверхность при непосредственном зубочелюстном протезировании. Клинико-экспериментальное исследование. Харитонов Д.Ю., Митин Н.Е., Гришин М.И. Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2015. № 4. С. 116-120.

3. Речевая реабилитация пациентов после хирургических стоматологических операций / Митин Н.Е., Мишин Д. Н., Коротких Н. Г., Пономарёв Е. О. // Современные проблемы науки и образования, 2015. №1.

4. Тишков Д. С., Северьянова Л. А., Бобынцев И. И. Характеристика свойств темперамента у больных невралгией тройничного нерва //Курский научно-практический вестник" Человек и его здоровье". – 2009. – №. 3. С. 105-109.

5. Социально-психологическая реабилитация пациентов после хирургических операций при несращениях губы, неба или сочетанных несращениях (обзор литературы)*Харитонов Д.Ю., Митин Н.Е., Царькова Т.В.* Наука молодых – EruditioJuvenium. 2015. № 4. С. 134-138.

6. Фантомный курс ортопедической стоматологии*Коновалов А.П., Курякина Н.В., Митин Н.Е.* Нижний Новгород, 2001.

РЕЧЕВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО РАНЕЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ГОЛОВНОГО МОЗГА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Митин Н.Е., Мишин Д.Н.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
nimitin@ya.ru

Ряд заболеваний, таких как: инсульты, парезы, параличи (центрального генеза), приводят к снижению или полному нарушению двигательной активности мягких тканей челюстно-лицевой области (ЧЛО) (язык, щеки, губы). Нарушение двигательной активности тканей ЧЛО приводит к ухудшению функции жевания, речи, мимики, а также изменению психоэмоционального состояния пациента. Качество жизни резко снижается.

Для скорейшей адаптации к новым условиям жизни таким пациентам необходима комплексная реабилитация, в том числе речевая [1,4,5].

В Базовую Стоматологическую поликлинику РязГМУ им. акад. И.П. Павлова обратился пациент А., 54 лет с жалобами на невнятную, неразборчивуюречь, после трех микроинсультов ГМ. По данным анамнеза со слов пациента выяснено, что болеечетырех месяцев назад у него был диагностирован микроинсульт участка ГМ, точную локализацию пациент не сообщил, аллергологический анамнез не отягощен, онкоосмотр в норме.

При объективном обследовании: лицо симметрично, кожные покровы и видимые слизистые оболочки без патологических изменений, носогубные и подбородочная складки выражены умеренно.При осмотре полости рта поставлен диагноз: частичное вторичное отсутствие зубов на верхней челюсти, Iкл. Кеннеди. Язык подвижен, движения дискоординированны. Речь умеренно разборчивая.

Дополнительные методы обследования:

1. Проведение оригинального способа диагностики постоперационной двигательной дисфункции языка [2].
2. Проведение аудиотеста проверочной скороговорки на скорость и четкость речи.

Проведя диагностику у пациента А., выявлен достаточный объем движения языка, движения дискоординированны. Для проведения аудиотестабыла выбрана скороговорка «На траве дрова…», при первоначальном исследовании произношение данной скороговорки заняло в среднем 9,7 сек.. Звуки Т и Д, вызывают затруднения при произношении у данного пациента.

Диагноз: дислалия.

Учитывая полученные данные, был составлен план и проведено следующее лечение:

1. Изготовлен аппарат для миогимнастики языка после гемиглоссэктомии [3].

2. Контрольные посещения для оценки результатов и коррекции реабилитационных мероприятий проводились 1 раз в 3 недели.

3. По прошествии первых 3 недель пациент отмечал значительные улучшения в качестве и скорости речи. Проведен аудиотест, результаты которого подверждают субъективную оценку пациента, звуки Т и Д произносятся четче и быстрее, средняя скорость произношения проверочной скороговорки составила 8,0 сек.

Было принято решение изготовить внеротовоймиогимнастический элемент с более сложной траекторией и установить его в уже имеющуюся небную пластинку. Комплекс упражнения остался прежним.

4. После 12 недель от начала реабилитации пациента А., пациент отмечает, что речь восстановилась в полном объеме. Данные аудиотеста свидетельствуют что скорость и четкость звуков Т и Д соответствуют норме, а скорость произношения скороговорки возросла и занимает 6,1 сек.

Диагностика постоперационной двигательной дисфункции языка показала, что движения языка стали более координированными по сравнению с первоначальным тестом.На данном отрезке времени реабилитационные мероприятия по восстановлению речи у пациента А. Закончились. Пациент остался на диспансерном наблюдении.

Анализируя данный клинический случай можно отметить:

1. Наиболее эффективным методом речевой реабилитации является применение аппарата для миогимнастики языка после гемиглоссэктомии, что значительно сокращает период реабилитации.

2. Применение аппаратного метода настраивает пациента на участие в своем лечении, что неизбежно положительно сказывается на качестве оказываемых реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Харитонов Д.Ю., Митин Н.Е, Гришин М.И. Новый способ внесения лекарственных препаратов на раневую поверхность при непосредственном зубочелюстном протезировании. Клинико-экспериментальное исследование // Рос.медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2015. – № 4. – С. 116-119.

2. Коротких Н.Г., Митин Н.Е., Мишин Д.Н., Севбитов А.В., Скатова Е.А. Способ диагностики постоперационных двигательных дисфункций языка №2533977от 27.11.2014г.

3. Коротких Н.Г., Митин Н.Е., Мишин Д.Н., Гуськов А.В., Стрелков Н.Н. Аппарат для миогимнастики языка после гемиглоссэктомии №134044 от 10.11.2013г.

4. Федяев И. М., Байриков И. М., Белова Л. П., Шувалова Т. В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. – М: Медицинская книга, Н.Новгород: Изд-во НГМД, 2000. – 160 с.

5. Зорин Р.А., ЖадновВ.А., Лапкин М.М. Клинико-физиологическая характеристика больных эпилепсией с различной результативностью целенаправленной деятельности на основе электрофизиологических показателей// Рос.медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2015. – № 4. – С. 68-72.

РЕЧЕВАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПОЛОВИНЫ ЯЗЫКА В ХОДЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Митин Н.Е., Мишин Д.Н.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
nimitin@ya.ru

Введение. Заболеваемость злокачественными опухолями полости рта составляет 2-4% от общего числа злокачественных опухолей человека. Среди новообразований полости рта 65% приходится на злокачественные опухоли языка. Рак языка чаще развивается в средней трети боковой поверхности органа (62-70%) и в корне, наиболее распространённым до настоящего времени типом хирургических вмешательств при раке языка является гемиглоссэктомия [1]. Необходимость в подобном оперативном вмешательстве нередко возникает и при распространении злокачественных опухолей на язык [2, 3]. У пациентов постоперационном периоде после гемиглоссэктомии, сокращен объем и затрудненно движения языка, что ведет к существенным нарушениям функций жевания, глотания и речи [4].

Целью исследования являлась оценка эффективности предложенного нового способа оптимизации речевой функций языка после гемоглоссэктомии.

Материалы и методы. Среди 57 пациентов стоматологического профиля в возрасте от 58 до 83 лет, нуждающихся в постоперационной реабилитации после гемиглоссэктомиивыделелялись две группы: контрольная (I) – 28 случаев, где в послеоперационном периоде оказывался традиционный комплекс реабилитационных пособий (М:Ж=1,8:1); II группа – 29 пациентов, которым традиционные методы протезирования дополнялись использованием зубочелюстных протезов со съемным миогимнастическим элементом[5] (СМЭ) (М:Ж=1,8:1).

Оценка степени восстановления речевой функции производилась до начала реабилитации, а также на 15 и 30 день после наложения зубочелюстного протеза. Четкость и скорость произношения оценивалась путем аудиотеста:пациентам предлагалось произнести с возможно большей скоростью стандартную скороговорку с обилием шипящих звуков (Пр. «Шла Саша по шоссе…»). Четкость произношения (С – clarity) оценивалась по 5

бальной шкале. Скорость определялась в секундах (Т – time) и сравнивалась с усредненным показателем, выведенным для данной скороговорки у 100 студентов и сотрудников кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии РязГМУ (1,68±0,04 секунд). Аналогичный усредненный показатель четкости для того же контингента составил 4,47±0,06 баллов.

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют о существенных исходных, дооперационных нарушениях речевой функции в контрольной и опытной группах, которые после операции, сразу после установки зубочелюстного протеза, достоверно усугубляются по данным аудиотеста,как во временном, так и в качественном отношениях.

На 15 день после установки зубочелюстного протеза констатировано достоверное улучшение качественных показателей речи (С) до 0,8 от нормы в контроле и 0,7 – во II группе. Временные показатели аудиотеста в тот же период хотя и снижаются относительно соответствующих постоперационных значений, но в каждой из двух групп достигают при этом лишь исходного, дооперационного уровня.

К 30 дню во всех группах фиксировано достоверное улучшение качественных показателей речи (С) с их повышением, по данным аудиотеста, до 0,7 относительно нормы в контроле, до 0,9 во IIгруппе. На этом фоне имело место достоверно значимое благоприятное и достоверное ($p \leq 0,05$) снижение временных показателей речевой функции (Т) во IIгруппе до 1,5, в то время как в контроле аналогичная тенденция к снижению значений Т вела лишь к достижению исходного уровня.

Заключение. Использование зубочелюстных протезов со съемным миогимнастическим элементом в постоперационном периоде реабилитации у стоматологических пациентов после гемиглоссэктомии существенно улучшает параметры речевой функции сравнительно с обычными протезами, а также восстанавливает достаточный объем движений языка.

Список литературы

1. Федяев И. М., Байриков И. М., Белова Л. П., Шувалова Т. В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. – М: Медицинская книга, 2000. – 160 с.

2. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи (клинический случай) / Л.Б. Филимонова, Е.С. Кулаева // Наука молодых (EruditioJuvenium). – 2015. – №3. – С. 69-72.

3. Особенности стоматологической патологии у лиц старших возрастных групп / Т.С. Родина // Рос.медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2015. – № 3. – С. 140-146.

4. Сербулов В.В. «Современные проблемы стоматологии»: сб. тр.- М., 1999.- С.119.

5. Коротких Н.Г., Митин Н.Е., Мишин Д.Н., Гуськов А.В., Стрелков Н.Н. Аппарат для миогимнастики языка после гемиглоссэктомии. Патент РФ№134044 от 10.11.2013.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОЕКТИВНОЙ МЕТОДИКИ «НЕСУЩЕСТВУЮЩЕЕ ЖИВОТНОЕ» НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Митин Н.Е., Царькова Т.В., Гришин М.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Tatiana.ortho@gmail.com

Очень часто стоматологические манипуляции сопровождаются стрессовым состоянием у пациента, особенно сильное эмоциональное волнение на стоматологическом приеме возникает у детей. Младший школьный возраст длится от 6 – 10 лет и совпадает не только с поступлением на учебу в начальные классы и последующим психологическим напряжением, но и с наблюдениемв этот период активных эндокринных процессов, ведущих к изменению организма в целом. В практике врача стоматолога – ортодонта младший школьный возраст является ключевым в формировании зубочелюстных аномалий.

Цели исследования. Для оценки психологического статуса пациента с целью эффективной психологической и ортодонтической коррекции, мы предлагаем использовать проективную методику «Несуществующее животное» и оценку мимических, вазомоторных и вегетативных реакций ребенка.

Материалы и методы. Предложенные нами методы дополнительной диагностики применялись на базе кафедры ортодонтии и ортопедической стоматологии в базовой стоматологической поликлинике ГБОУ ВПО РГМУ при планировании ортодонтического лечения без выраженной сопутствующей патологии у 47 пациентовв возрасте от 6 до 11 лет. Тестирование проводилось на консультативном приеме перед началом лечения, а также отмечалась динамика проводимого лечения в контрольных точках 3 и далее 6 месяцев с начала лечения, учитывая результаты обследования.

Результаты и обсуждение. В качестве классического проективного метода определения тревожности предлагается провести тест «Несуществующее животное», но в несколько иной форме. Ребенку предлагают нарисовать любое, даже несуществующее, животное, которое вызывает ассоциацию с доктором, а так же придумать ему название. Доктор отмечает все реакции: вербальные и невербальные, стирания и к чему они приводят, порядок рисования объектов, паузы. Уточнения порисунку проводятся в форме беседы о животном: где живет, с кем, чем питается, какое оно по характеру, какое настроение у него, что любит, а что нет, есть ли друзья, враги, как с ними борется, чего боится. В течении беседы отмечается мимика лица, взгляд, расслабленность или сжатость губ, подняты ли брови, оценивается интенсив-

ность носового дыхания, тембр голоса, четкость произношения слов и наличие дрожания в голосе. Важнейшими вазомоторными признаками являются покраснение лица и потливость, они сигнализируют о высоком уровне тревожности. Из вегетативных проявлений информативным и возможным к применению в условиях ортодонтического приема является метод измерения частоты сердечно сосудистых сокращений и оценка темпа дыхания. Увеличение нормальных значений для пациента на 15 ударов в минуту говорит о сильном стрессовом потрясении ребенка. При проведении исследования были получены следующие данные: 8,5 % детей отказались участвовать в тестировании; 29,8% выражали явное беспокойство при прохождении обследования и в целом, во время приема; у 21,28% пациентов был выявлен нормальный порог возбудимости и удовлетворительное отношение к посещению доктора; 40,4% детей контактировали с доктором без напряжения и были искренне заинтересованы предложенным тестированием, высказали положительное отношение к специалисту. При анализе динамики проводимого ортодонтического лечения по истечению полугодового курса было выявлено: 4,2% детей полностью отказались от ношения ортодонтической аппаратуры; 12,8 % носили аппараты нерегулярно; 40,4% детей носили аппараты регулярно, но могли пропустить прием или плановую активацию; 42,6% пациентов полностью соблюдали график ношения аппаратов.

Выводы. Сравнивая полученные данные, мы пришли к выводу, что дети, отказавшиеся от проведения ортодонтического лечения в 100% принадлежали к группе детей отказавшихся пройти предварительное тестирование; а пациенты контактные ис низким уровнем тревожности преобладали в группах с регулярным ношением аппаратов в течении курса, что отразилось и на эффективности проводимого лечения.

Список литературы

1. Власова Л.А. Индивидуальный подход к развитию личности ребенка к развитию личности ребенка в процессе коррекционно-развивающей работы в школе//Материалы Межвузовской научной конференции «Личность в межвузовском пространстве», М.: Изд-во ЛУДН, 2005.- С.63-66.

2. Курякина Н. В., Митин Н. Е. Тревожность и депрессивность на стоматологическом ортопедическом приеме // Рос. Медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. 2008.№2.С.143-146.

3. Фантомный курс ортопедической стоматологии : Учеб.пособие / А. П. Коновалов, Н. В. Курякина, Н. Е. Митин ; под ред. В. Н. Трезубова. – Нижний Новгород : Изд-во НГМА

4. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С. Ортодонтия. Комплексное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий: ортодонтическое, хирургическое: Учеб.пособие. – М.: Ортодент-Инфо, 2001. – 174с.

5. Исследование мотивационных предпосылок к стоматологическому лечению для улучшения качества жизни*Митин Н.Е., Тихонов В.Э., Гришин М.И.* Стоматология для всех. 2015. № 4. С. 46-47.

6. Влияние стоматологического ортодонтического лечения на самооценку и качество жизни стоматологических пациентов*Митин Н.Е., Тихонов В.Э., Гришин М.И.* Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2015. Т. 17. № 4. С. 349-353.

СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИИ И КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ, С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ОКАЗАВШИХСЯ В СЛОЖНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

Михайлова Е.Г., Никольская И.А.
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
Doknikolskaya@gmail.com

Введение. На сегодняшний день исследование стоматологического здоровья подрастающего поколения дает неутешительные результаты. Особенно это касается той части нашего общества, которая осталась без попечительства родителей. В связи с этим, возникла потребность проведения данной работы, целью которой является разработка и внедрение индивидуальных планов лечебно-профилактических мероприятий для детей дошкольного и школьного возраста с соматической патологией, оказавшихся в сложной жизненной ситуации.

Задачи исследования

1. Выявить уровень знания детей с соматической патологией, оказавшихся всложной жизненной ситуации о гигиене полости рта;
2. Организовать санитарно–просветительскую работу среди данной группы детей;
3. Обучить детей методам чистки зубов и обеспечить контроль за гигиеной полости рта;
4. По результатам осмотра полости рта детей, разработать и внедрить индивидуальные планы лечебно-профилактических мероприятий для детей с соматической патологией;
5. Выявить факторы риска стоматологических заболеваний в целях предупреждения развития зубочелюстных патологий;
6. Мотивировать педагогов к сохранению и поддержанию стоматологического здоровья детей.

Материалы и методы. На протяжении пяти лет сотрудники и студенты кафедры терапевтической стоматологии Российского национального исследовательского медицинского университет имени Н.И. Пироговапосещают ГОУ ЯО Переславль-Залесский санаторный детский дом дважды в год, осматривая иоказывая помощь его воспитанникам. Состав данного учреждения, естественно, несколько меняется из года в год: кто-то вырастает, кто-то только впервые вливается в коллектив, поэтому в анализе динамики исполь-

зовались только данные постоянных его «обитателей». Программа волонтерского клуба была направлена на улучшение положения детей-сирот в обществе, создание благоприятных условий для их жизнедеятельности, обучения, воспитания и развития, а также помощи в диагностике заболеваний зубочелюстной системы. Перед членами клуба стояли цели не только провести осмотр полости рта и выявить патологию зубочелюстной системы у детей с отягощенной соматической патологией, но и оказать полноценную стоматологическую помощь в лечении и профилактике стоматологических заболеваний, так благодаря различным специализациям врачей, детям была оказана терапевтическая и хирургическая помощь в полном объеме.

На основании проведенного исследования были сделаны следующие **результаты:**

1. Благодаря реализации данной программы профилактики врамках волонтерского клуба «Федеративная республика здоровой молодежи: территория детских улыбок» получен положительный результат вповышении санитарно–гигиенических знаний инавыков удетей с соматической патологией, оказавшихся в сложной жизненной ситуации;

2. За счет проведенной программы профилактики была выявлена положительная динамика изменения индекса интенсивности кариеса у детей с соматической патологией, оказавшихся в сложной жизненной ситуации;

3. Благодаря данной программе, студенты приобрели навыки общения со своими первыми пациентами, получили знания о периодах формирования зубочелюстной системы удетей различных возрастных групп;

4. Необходимо возобновить работу профилактических стоматологических кабинетов в социальных учреждениях.

Заключение. Как видно из приведенных выше результатов исследования, данная программа профилактики стоматологических заболеваний среди детей с соматической патологией, оказавшихся в сложной жизненной ситуации является эффективной и нуждается в распространении.

РЕПАРАТИВНЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛАСТИНАМИ, ИЗГОТОВЛЕННЫМИ ИЗ НАНОСТРУКТУРИРОВАННОГО ТИТАНА

Носов Е.В.[1], Матчин А.А.[1], Стадников А.А.[1], Клевцов Г.В.[2]
Оренбургский государственный медицинский университет (1)
Тольяттинский государственный университет (2)
nosov_new@mail.ru

Оптимизация методов лечения переломов костей лицевого скелета продолжает оставаться актуальной проблемой челюстно-лицевой хирур-

гии. Внедрение в клиническую практику новых конструкционных материалов с улучшенными свойствами для изготовления конструкций для черепно-челюстно-лицевого остеосинтеза невозможно без фундаментальных исследований интеграционного потенциала, изучения биологических процессов, протекающих в таких материалах и окружающих их тканях.

Цель исследования – изучить особенности репаративного остеогенеза тканей челюстно-лицевой области при использовании мини пластин из наноструктурированного титана для закрепления отломков нижней челюсти при экспериментальных переломах.

Материалы и методы. Исследования выполнены на кроликах породы Шиншила массой 2,5-3 кг. Кроликам после скелетирования нижней челюсти производили остеотомию с последующим закреплением отломков мини пластиной и мини шурупами, которые изготавливались из наноструктурированного титана марки Grade-4, предоставленного Уфимским государственным авиационным техническим университетом. Животные выводились из опыта через 5 месяцев после остеосинтеза экспериментального перелома.

Результаты. Выполнялась радиовизиограмма нижней челюсти. Патологические изменения костной ткани в зоне перелома на радиовизиограммах не определялись. После проведения радиовизиографического обследования пластина медицинской фрезой под водяным охлаждением распиливалась вдоль всей ее длины. Приготовленные препараты исследовались на лазерном конфокальном сканирующем микроскопе Lext OLS 4000 в Тольяттинском государственном университете. Изучение участков челюсти под увеличением в 400 раз выявило фрагменты костной ткани, плотно сросшихся с поверхностью мини шурупов. Наиболее отчетливо структура участков костной ткани на резьбовой поверхности видна в формате 3D. Затем фрагменты нижней челюсти в области консолидированного перелома декальцинировались и подвергались однотипной гистологической и гистохимической обработке. В краевой зоне отмечены явления неоостеогенеза с формированием балочных структур, включающих остеобласты, минерализуемый оссеомукоид, остеоциты и сосуды микроциркуляции. Отмечены участки резорбции костных структур со скоплением остеокластов. При этом резорбционные полости заполняются соединительной тканью, содержащей клетки фибробластического ряда, волокна и «пришлые клетки» (гранулоциты, лимфоциты). В некоторых случаях в участках резорбции альвеолярной кости формировались островки гиалиновой хрящевой ткани.

Заключение. Результаты экспериментально-морфологического исследования зоны контакта титановоймини пластины и мини шурупов свидетельствуют о высоком интеграционном потенциале исследуемых изделий, изготовленных из наноструктурированного титана.

1. Клевцов, Г.В. Динамические свойства и механизмы разрушения наноструктурированных титана и титанового сплава для изготовления медицинских изделий / Г.В. Клевцов, Р.З. Валиев, И.П. Семенова и др. //

Вестник Новгородского государственного университета. – 2012. – № 67. – С. 19-23.

2. Матчин, А.А. Наноструктурированные титановые материалы длястоматологии и челюстно-лицевой хирургии / А.А Матчин, Г.В. Клевцов, Р.З. Валиев и др. // Оренбургский медицинский вестник. – 2013. – №3. – С. 29-32.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БОРОВ ДЛЯ РАЗРЕЗАНИЯ КОРОНОК С ПОКРЫТИЕМ ИЗ КАРБОНИТРИДАТИТАНА

Павлов А.А., Сафронова Г.С., Ульянченко Д.Н.
ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России,
г. Москва
hello@drpavlov.pro

Введение. Распиливание бором, отслужившей своё, искусственной коронки является более предпочтительным методом снятия ее с культи зуба. Однако боры быстро теряют свою режущую активность. В оборонной и горной промышленности применяется напыление карбонитрида титана с целью улучшения эксплуатационных характеристик инструмента.

Цель исследования. Оценить эффективность применения боров для разрезания коронок с покрытием из карбонитрида-титана.

Материалы и методы. Для объективной оценки преимущества, которое дает покрытие из карбонитрида титана нами были отобраны6 боров для разрезания коронок 36R компании DiaTessin (Швейцария). Половина боров была покрыта карбонитридомтитианаметодом плазменного напыления на базе НИИВТ им. Векшинского. В зуботехнической лаборатории были изготовлены тестовые пластины из кобальтово-хромового сплава шириной 5мм и толщиной 0,5мм, имитирующие каркас металлокерамической коронки. Разрезание проводилось турбинными наконечниками DenShine (КНР) в водно-воздушным охлаждением. Оценивалось количество срезов до потери режущей эффективности и время, затрачиваемое на каждый срез.

Результаты. Боры без покрытия выдерживали 2-3 среза, с покрытием из карбида титана 3-4 среза. Время, затрачиваемое на первый срез бором без покрытия, составило 43, 51 и 52 секунды, второй срез 98, 112 и 128 секунд, третий срез 175 и 201 секунду. Один из трех боров выдержал только два среза. Для боров с покрытием из карбида титана время, затрачиваемое на разрезание тестовой полоски, было меньше. Первый срез: 28, 42 и 50 секунд, второй: 51, 70 и 102 секунды, третий 96, 117 и 180 секунд. В среднем, первый срез получался на 8 секунд (20%) быстрее, второй на 38 секунд (51%), третий на 57 секунд (44%).

Заключение. Плазменное напыление карбонитрида титана на боры для разрезания коронок увеличивают их срок службы на 40% и позволяет проводить разрезание, в среднем, на 38% быстрее.

Список литературы

1. Силин А.В.,Абрамова Н.Е, Киброцашвили И.А., Гордеева В.А. Клиническая оценка износостойкостикарбидкремниевого покрытия твердосплавных боровдля обработки твердых тканей зубов. СЗГМУ им. И.М. Мечникова. 2014г.

*2.*Хопта Р.М., Ожоган З.Р. Причины и характер осложнений, которые возникают у больных при снятии искусственных коронок и мостовидных протезов. Современная стоматология. Киев. 2009г.

*3.*Шиллинбург Т. Г. и др. Основы несъемного протезирования //М.: Квинтэссенция. – 2008.

*4.*Terry D. A., Geller W. Esthetic&RestorativeDentistry: MaterialSelection&Technique. – QuintessencePublishingCompany, 2013.

*5.*Аболмасов Н. Г. и др. Ортопедическая стоматология //Смоленск: СГМА. – 2000. – С. 137-234.

6. Табаков В. П. Работоспособность режущего инструмента с износостойкими покрытиями на основе сложных нитридов и карбонитридов титана //Ульяновск: УлГТУ. – 1998. – Т. 123.

НОВЫЙ ПОДХОД К ПЛАНИРОВАНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Перминов Е.С., Перминова Е.А., Юдин А.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
stomdefence@narod.ru

Планирование лечения является неотъемлемой частью любого стоматологического вмешательства. Оно напрямую зависит от тяжести и специфики нозологии, психосоматического статуса пациента, степени оснащенности и возможностей медицинского учреждения. При наличии у пациента одного заболевания планирование вмешательства или конструкции не вызывает сложностей.

Однако, как правило, у пациентов ортопедического профиля, находящихся на приеме у врача-стоматолога, наблюдаются несколько нозологий или дефектов зубных рядов. Зачастую они сочетаны с поражениями мышц, височно-нижнечелюстного ряда, заболеваниями слизистой оболочки полости рта, осложнены общесоматическими заболеваниями. По этим причинам у таких больных подготовка к протезированию и планирование

ортопедических конструкций вызывает трудности, поскольку важно определиться с первоочередностью и последовательностью медицинского вмешательства для получения, в конечном итоге, максимальной эффективности лечения в наименее короткие сроки.

При планировании лечения врачи-стоматологи, в большинстве случаев, опираются на опыт, полученный в ходе медицинской деятельности, и специализированные знания. Но в ряде случаев это оказывается недостаточным, по причине того, что часть данных анамнеза и обследования не была принята во внимание, либо недооценена в должной мере.

Исследуя данные аспекты проблемы, мы пришли к выводу в необходимости сбора и анализа данных ортопедического лечения пациентов на предмет эффективности, времени, затраченного на достижение результата,и степени излечения различных патологий у больных.

Таким образом, конечным итогом проведенных исследований стала разработка аналитической программы для оптимизации плана стоматологического лечения.

Список литературы

1. Митин Н.Е., Тихонов В.Э., Васильева Т.А., Гришин М.И.Современные критерии оценки эстетического результата стоматологического лечения (обзор литературы)// Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. –2015. –Т. 9. –№ 2. С. 37.

2. Митин Н.Е., Набатчикова Л.П., Васильева Т.А. Анализ современных методов оценки и регистрации окклюзии зубов на этапах стоматологического лечения // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. –2015. –№ 3. С. 134-139.

3. Митин Н.Е., Курякина Н.В. Анализ психологической адаптации больных к съемным зубным протезам // Стоматология. –1998. –Т. 77. –№ 6. С. 62-64

4. Харитонов Д.Ю., Митин Н.Е., Царькова Т.В. Социально-психологическая реабилитация пациентов после хирургических операций при несращениях губы, неба или сочетанных несращениях (обзор литературы) // Наука молодых – EruditioJuvenium. –2015. –№ 4. С. 134-138.

5. Тишков Д. С., Северьянова Л. А., Бобынцев И. И. Характеристика свойств темперамента у больных невралгией тройничного нерва //Курский научно-практический вестник" Человек и его здоровье". – 2009. – №. 3. С. 105-109.

ПЕРВИЧНАЯ АККРЕДИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ»: ВЗГЛЯД ВЫПУСКНИКА

Перминова Е.А.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
yourdreamyworld@yandex.ru

Первичная аккредитация специалистов по специальности «Стоматология» является новым звеном в процессе образования, призванным повысить качество подготавливаемых молодых врачей и способствовать скорейшему их вступлению в звено практической медицины.

Первичная аккредитация состоит из трех этапов. Первый этап – тестовый, направлен на укрепление и оценку базовых теоретических знаний специалиста. Второй этап – практический, направлен на совершенствование практических навыков ведения стоматологического приёма и их непосредственное применение с последующей оценкой. Третий этап – ситуационные задачи, направлен на развитие и проверку клинического мышления специалиста, для понимания полной клинической картины и составления дальнейшего грамотного плана лечения.

Подготовка к аккредитации проводится в последние три месяца учебного года. Тренировка мануальных навыков и моделирование стоматологического приема велось на современных учебных симуляторах. В рамках обучения нам предоставлялась возможность постоянно посещать компьютерный зал библиотеки с целью прохождения тестирования. Также регулярно проводились пробные тестирования с целью контроля теоретической самоподготовки студентов.

После успешного прохождения всех трёх этапов выпускник получает сертификат первичной аккредитации, который даёт ему право вступить в программу непрерывного медицинского образования и в дальнейшем накапливать баллы, зарабатываемые на научно-теоретических и практических конференциях, мастер-классах. Имея сертификат об окончании процедуры аккредитации, выпускник имеет право без прохождения ординатуры поступить на работу в медицинское учреждение.

Таким образом, процедура аккредитации ускоряет процесс вступления молодых специалистов в звено практической медицины, что, безусловно, является преимуществом, как для врачей, так и для пациентов, а подготовка в течение последних 3 месяцев значительно улучшает мануальные навыки выпускников и повышает общий уровень специальных знаний.

Список литературы

1. Брусенцова А. Е., Перетягина И. Н., Тишков Д. С. Повышение эффективности учебного процесса на кафедре терапевтической стоматоло-

гии на основе обратной связи // Успехи современного естествознания. – 2014. – №. 12-3.С. 288.

2. Тишков Д.С., Перетягина И.Н., Брусенцова А.Е. Оценка уровня удовлетворенности у студентов стоматологического факультета в период производственной практики // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 12-3. С. 289-290.

3. Севбитов А.В., Адмакин О.И., Васильев Ю.Л., Скатова Е.А., Митин Н.Е. Особенности использования симуляторов 1 и 2 уровней реалистичности в обучении студентов стоматологических факультетов // Наука молодых – EruditioJuvenium.– 2015. – № 4. С. 139-143.

4. Севбитов А.В., Адмакин О.И., Васильев Ю.Л., Скатова Е.А., Митин Н.Е., Гришин М.И. Интеграция симуляторов 5 уровня реалистичности в образовательный процесс на стоматологическом факультете // Наука молодых – EruditioJuvenium.– 2016. – № 2. С. 109-113.

5. Митин Н.Е., Гуськов А.В., Васильева Т.А., Панкратов М.М., Матвеев Е.А. Опыт научной работы для формирования профессиональной ответственности // Современная система воспитания студента медицинского вуза: состояние и направления развития.– 2016. С. 118-119.

6. Митин Н.Е., Перминов Е.С. Наш опыт создания электронного интерактивного учебника // Реализация политики экспорта образовательных услуг на современном образовательном пространстве. – 2015. С. 104-106.

7. Митин Н.Е., Гуськов А.В., Якушева Ю.Ю., Илюкина А.С. Кафедре ортопедической стоматологии и ортодонтии РязГМУ 15 лет // Материалы ежегодной научной конференции Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, посвященной 65-летию работы университета на Рязанской земле. – 2015. С. 21-24.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ЭТИОПАТОГЕНЕЗА МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА

Пестряков К.Е., Атаян А.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
che_cot@mail.ru

Введение. В настоящее время известно, что метеорологический хейлит является хроническим воспалительным поражением красной каймы губ. По данным литературных источников данное заболевание имеет тенденцию к повышению распространенности и характеризуется полиэтиологичностью [1, 5, 6].

Цель исследования. Обобщение литературных данных распространенности метеорологического хейлита в субъектах Центрального Федерального Округа (ЦФО) и изучение этиопатогенеза.

Материалы и методы. Использованы литературные источники, освещающие распространенность метеорологического хейлита в субъектах Центрального Федерального Округа с учетом геоклиматических особенностей течения данной нозологии [2, 3, 4].

Результаты. На основании литературных данных, выявлено, что группами риска являются: мужчины в возрасте 21-34 лет, женщины в возрасте 19-27 лет. Данная нозология имеет четкую гендерную и возрастную тенденцию: 63,7 % пациентов с данным заболеванием – мужчины. Отмечено, что независимо от пола возрастная группа пациентов приходится на людей младше 34 лет. Выявлено повышение процента заболеваемости в зависимости от климата: в более северных регионах распространенность метеорологического хейлита увеличивается в среднем на 9-13 %. Среди лиц, проживающих на территории субъектов ЦФО РФ распространенность метеорологического хейлита составляет 23,68 % среди заболеваний красной каймы губ.

Заключение. На основании анализа литературных источников выявлены группы риска, возрастные группы лиц, страдающих метеорологическим хейлитом, а также геоклиматическая предрасположенность данной патологии: так, в северных регионах распространенность увеличивается в среднем на 9-13 %.

Среди заболеваний красной каймы губ на территории субъектов ЦФО РФ распространенность метеорологического хейлита составляет 23,68 %.

Список литературы

1. Данилевский Н.Ф. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Н.Ф. Данилевский, В.К. Леонтьев, А.Ф. Несин, Ж. И. Рахний. – Москва: ОАО « Стоматология», 2001. – 272 с.
2. Недосенко В.Б., Анисимова И.В. Алгоритм обследования больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта и губ // Клиническая стоматология. – 2003. – № 2. – С. 32-34.
3. Матвеева Е.А., Калинина Е.Н. Метеорологический хейлит у детей г. Читы // Забайкальский медицинский вестник. – 2007. – № 3. – С. 20-23.
4. Современные аспекты этиологии и патогенеза кандидоза слизистой оболочки полости рта / Г.С. Межевикина, В.Н. Дармограй, С.И. Морозова, Н.А. Савельева // Рос.медико – биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2012. – №3. – С.152-157.
5. Современные технологии лечения кандидоза слизистой оболочки рта / Г.С. Межевикина, С.И. Морозова, Н.А. Савельева, С.А. Безмен // Рос.медико – биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова.– 2012. – №4. – С.158-163.
6. Эффективность комплексной терапии генерализованного пародонтита у больных с ожирением / Хабибова Н.Н., Вахидова М.А., Жабборова Ф.У. // Наука молодых – EruditioJuvenium. 2016. № 2. С. 114-123.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ДЕФОРМАЦИИ КАРПУЛЬНЫХ ИГЛ ДЛЯ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ

Разумова С.Н., Аймалетдинова З.Т., Окладников Ю.А.
Российский университет дружбы народов
Московский медицинский университет "РЕАВИЗ"

Введение. Вопрос обезболивания при лечебных вмешательствах всегда остро стоял в стоматологии, поскольку большинство стоматологических вмешательств без адекватного обезболивания болезненны. Иглы являются важным компонентом технологии местного обезболивания и предназначены для доставки раствора из карпулы в ткани, окружающие кончик иглы. В настоящее время инфильтрационная анестезия является наиболее распространенным методом обезболивания зубов. Доказана ее наибольшая эффективность в области зубов верхней челюсти, нижних резцов (Meechan J.G.,2011), клыков и премоляров (Васильев Ю.Л., Кузин А.Н., 2013). Также доказана эффективность инфильтрационной анестезии со щечной стороны первого моляра нижней челюсти (RobertsonD.,NussteinJ., ReaderAl, 2007).Однако в литературе встречаются данные о том, что после проведения повторной инъекции одной и той же иглой возможна фрактура самой иглы.

Цель исследования. Определение степени деформации карпульных игл после инъекций и изучение их поверхности.

Материалы и методы. Для выбора предмета исследования, было проведено анонимное интернет-исследование, целью которого был опрос врачей-стоматологов о предпочтении в выборе инъекционных систем. На основании результатов опроса было сформировано 3 группы в зависимости от фирмы производителя инъекционных систем: I группа – NiproDentalNeedle (Япония); II группа H – Dent (Япония); III группа – SeptajectEvolution (Франция).Для исследований было взято 40 игл использованных для инфильтрационной анестезии.Для исследования острия игл применяли микроскоп NikonEclipseE200POL. Иглы рассматривались при 4х и 10х кратном увеличении. Для оценки изменений была разработана таблица изменений игл, благодаря которой можно провести качественную оценку деформаций игл. Данные статистически обрабатывались в программе Medstat, а иглы утилизировались в специальном аппарате – деструкторе игл. В нем происходит их термическая обработка, до почти полного сгорания.

Результаты. Во всех группах отмечалась дефрмация концевой части иглы.Наименьшей деформации подверглись иглы SeptajectEvolution: были отмечены одиночные деформации в области скоса. В группе, где проводилось исследование игл Nipro было зафиксировано: 13 легких деформаций, 4 сильных деформаций, и отлома кончиков, а в группе H-Dent – 8 легких деформаций, 6 сильных деформаций и 3 отлома кончика иглы.

Вывод. Наиболее износостойкими признаны иглы SeptajectEvolution.

Список литературы

1. Кузин А.В., Васильев Ю.Л., Ерескина Ю.В., Куртышов А.А. Деформация острия игл различного типа после проведения интралигаментарной и интрасептальной анестезии. Эндодонтия Today. 2014. № 2. С. 50-53.

2. Рабинович С.А., Васильев Ю.Л. Современные способы и инструменты местного обезболивания в амбулаторной стоматологии. Стоматология для всех. 2010. № 2. С. 34-35.

3. Рабинович С.А., Васильев Ю.Л., Кузин А.Н., Кузин А.В. Состояние концевой части иглы после проведения проводникового обезболивания на нижней челюсти. Клиническая стоматология. 2014. № 3 (71). С. 36-38.

4. Рабинович С.А., Васильев Ю.Л. Местная анестезия. История и современность. Москва, 2016-178 с.

5. Митин Н.Е., Тихонов В.Э., Васильева Т.А., Гришин М.И. Современные критерии оценки эстетического результата стоматологического лечения (обзор литературы). Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. Т. 9. № 2. С. 37.

СПОСОБ ПЛАСТИКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕГО АТРОФИИ

Романов С.А., Филимонова Л.Б., Кузнецов А.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
stombe@mail.ru

В настоящее время существует достаточно большое количество способов пластики атрофированного альвеолярного отростка нижней челюсти. Однако часть из них требует экстраорального забора костного аутотрансплантата [2], что значительно увеличивает сложность и трудоемкость оперативного вмешательства, другие – забора интраорально взятого костного аутотрансплантата различной формы и его фиксации [3, 4, 5], третьи – расщепления интраорально взятого костного аутотрансплантата на пластины («ламинатная» или «винирная» техника) [1, 6-8], нарушая целостность аутотрансплантата. Во всех предложенных способах забор костного аутотрансплантата осуществляется посредством остеотомии с помощью физиодиспенсера и специальных дисков и фрез, что увеличивает травматичность вмешательства.

Целью является разработка методики пластики альвеолярного отростка нижней челюсти при его недостаточных для постановки имплантата размерах, в частности при малом расстоянии от нижнечелюстного канала до верхней границы альвеолярного отростка.

Материалы и методы. Под инфильтрационной анестезией проводят разрез слизистой оболочки по гребню альвеолярного отростка верхней че-

люсти и два вертикальных разреза. Отслаивают полный слизисто-надкостничный лоскут. Затем проводят декортикацию в области зоны-реципиента. Забор костного аутотрансплантата прямоугольной формы, соответствующего по длине реципиентной зоне, осуществляют в ретромолярной области нижней челюсти с помощью пьезохирургического аппарата. Края образовавшегося костного дефекта сглаживают с помощью пьезохирургческого аппарата.

Реципиентную область перфорируют в нескольких местах, припасовывают костный аутотрансплантат и фиксируют его с помощью титановых микровинтов .

Образовавшиеся поднутрения заполняют смесью аутогенной костной стружки и синтетического остеопластического материала, сверху закрывают коллагеновой резорбируемой мембраной. Производится мобилизация слизисто-надкостничного лоскута. Лоскут укладывается на рану без натяжения. Рана ушивается узловыми швами. Сформированный дефект в донорской зоне заполняют остеопластическимматериалом и укрывается коллагеновой мембраной. Рана ушивается узловыми швами.

Результаты и обсуждение. Предложенная методика отличается тем, что забор костного аутотрансплантата для пластики альвеолярного отростка нижней челюсти осуществляется с использованием пьезохирургического аппарата, с помощью которого костному аутотрансплантату придается оптимальная форма, соответствующая по размерам зоне-реципиенту.

Выводы. Применение способа позволяет обеспечить стабильность объема костного аутотрансплантата на период его интеграции, создать максимальную площадь соприкосновения костного аутотрансплантата с реципиентной областью атрофированного альвеолярного отростка верхней челюсти и создать условия для дентальной имплантации. Кроме того, использование пьезохирургического аппарата уменьшает травматичность оперативного вмешательства.

Список литературы

1. Кури Ф. Регенеративные методы в имплантологии: пер. с англ. / Ф. Кури.- М., 2013.
2. Патент РФ № 2417772 МПК A61B,17/24; 10.05.2011
3. Патент РФ № 2364356 МПК A61C,8/00; A61B,17/24; 20.08.2009
4. Патент РФ № 2414181 МПК A61B,17/24; 20.03.2011
5. Патент РФ № 2451492 МПК A61B,17/24; 27.05.2012
6. Ямуркова Н.Ф., Смирнов С.Ю., Мураев А.А.. Винирная пластика альвеолярной части челюсти перед проведением стоматологической имплантации. Стоматология, 2010; 2; 36-41.
7. Харитонов Д.Ю., Митин Н.Е., Гришин М.И. Новый способ внесения лекарственных препаратов на раневую поверхность при непосредственном зубочелюстном протезировании. Клинико-экспериментальное исследование // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова, 2015, №4, С.116-120.

8. Филимонова Л.Б., Кулаева Е.С. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи (клинический случай) // Наука молодых – EruditioJuvenium. 2015. № 3. С. 69-72.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СТОМАТИТЕ У ДЕТЕЙ

Сташко Т.В., Галкина Л.А.
Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского
stashko.tatyana@mail.ru

Стоматит, воспаление слизистой оболочки ротовой полости, является распространенной патологией среди детей. Причинами, обусловливающими развитие стоматита, могут быть вирусно-бактериальные инфекции, заболевания желудочно-кишечного тракта, аллергические реакции. Наиболее часто стоматит является проявлением инфекции, вызываемой вирусом простого герпеса [1-6].

Цель исследования. Изучение клинических признаков и оценка показателей микрофлоры слизистой ротовой полости у детей со стоматитом при инфекционной патологии.

Материалы и методы. В условиях инфекционного стационара проведеноклинико-лабораторное обследовано 97 больных стоматитом в возрасте от 9 месяцев до 14 лет. Среди них преобладали дети раннего возраста (69%), с высокой частотой отягощенности преморбидного состояния (77%), в том числепищевой и лекарственной аллергией, хронической патологией со стороны ЛОР-органов и желудочно-кишечного тракта, в 25% случаев это были часто болеющие дети. У трети состава пациентов (27%) выявлен внутрисемейный контакт с больными, имеющими клинические проявления инфекции, вызванной вирусом простого герпеса. При поступлении в стационар больным проведено исследование показателей микрофлоры слизистой ротовой полости бактериологическим методом.

Результаты. Признаки стоматита регистрировались на фоне вирусно-бактериальных инфекций, в том числе острой респираторной вирусной инфекции, герпесвирусной инфекции, острого тонзиллита. Заболевание протекало в среднетяжелой форме, характеризовалось лихорадкой, явлениями интоксикации, гиперемией слизистой ротоглотки. Регистрировались афтозные элементы, в большинстве случаев множественные (83%), располагающиеся на слизистой языка, щек, десен, неба, губ, гингивит (67%) с кровоточивостью десен (24,5%). Отмечены болезненность при глотании (74%), гиперсаливация (62%), увеличение подчелюстных лимфоузлов (31%), хейлит (31%), герпетические элементы (31%) в околоротовой области, реже век.

У всех обследованных больных в посевах со слизистой ротовой полости выделен альфа-гемолитический стрептококк, в 98% случаев в сочетании с непатогенными нейссериями. Отмечено резкое снижение обнаружения лактобацилл (16,5%) и бифидобактерий (5,1%). Золотистый стафилококк выявлен в 7% случаев. Транзиторная группа микроорганизмов (54%) высевалась значительно чаще, чем у здоровых детей, в том числе: грибы рода Candida – 35%. энтеробактер – 7%, клебсиелла – 21%, кишечная палочка – 1%, синегнойная палочка – 4%, с высокой степенью колонизации в 10^4 – 10^7 КОЕ/мл. В 12% случаев определены ассоциации транзиторных видов. Монокультуры обнаружены у 7% больных.

Заключение. Таким образом, стоматит у больных с инфекционной патологией регистрировался преимущественно у детей раннего возраста с отягощенным преморбидным фоном. Заболевание протекало в среднетяжелой форме, чаще как гингивостоматит (67%), с нарушениями показателей микробиоценоза слизистой ротовой полости. Выявлено разнообразие микробных данных без значительного угнетения облигатных симбионтов (стрептококк + нейссерии). Активация роста бактерий транзиторной группы не позволяет исключить их участие в развитии воспаления слизистой ротовой полости и является убедительным доказательством глубокого дисбиоза данного локуса.

Список литературы

1. Инфекционно-воспалительные заболевания полости рта и глотки./ Афанасьева И.А. // Русский медицинский журнал.- 2007.- Том 15.- №28.- С.2168-2170.

2. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д.Ющука, Ю.Я.Венгерова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- С. 725-735, 756-765.

3.О поражении слизистой оболочки полости рта у больных сальмонеллезом./ Сорокина А.А., Богомолов Б.П.// Инфекционные болезни. – 2007. – Том 5. – №3. – С.80-83.

4.Профилактика герпетического стоматита у детей раннего возраста./Неловко Т.В., Мехтиева Р.Р., Иващенко Ю.Ю.// Саратовский научно-медицинский журнал.- 2011.- Том 7.- №1.- С.253-255.

5. Синдром Стивенса-Джонсона – токсический эпидермальный некролиз у детей. Часть I. Определение, этиология, патогенез, клинические проявления, системное лечение./ Жерносек В.Ф., Дюбкова Т.П.// Педиатрическая фармакология.- 2011.- Том 8.- №1.- С.30-38.

6. Целиакия у детей: исключение из правил./ Лупова Н.Е., Приворотский В.Ф., Черных О.А., Давыдов Н.И.// Вопросы детской диетологии.- 2009.- Том 7.- №2.- С.69-72.

МЕТОДИКА ВАКУУМНОГО ФОРМОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДВУХ МОДЕЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ УСТРОЙСТВ

Степанов Г.В., Ульянова Л.Г.
Самарский государственный медицинский университет

Для изготовления ортодонтических устройств все чаще стали применять вакуумную формовку. В целях экономии расходного материала и сокращения времени, затрачиваемого на изготовление ортодонтических устройств, мы применяем методику вакуумного формования с использованием двух моделей челюстей (удостоверение на рационализаторское предложение № 285 от 28 февраля 2014 г.).

Известна базовая методика вакуумного формования. Данная методика включает в себя следующие этапы: изготовление модели, выбор листа термопластмассы, нагрев под нагревательным элементом, приложение давления и специальная обработка приспособления для придания ему окончательной формы. При данной методике в вакуумном формовщике предусматривается расположение лишь одной модели за один обжим.

При изготовлении лечебно-профилактического ретейнера нами применена усовершенствованная методика вакуумного формования, позволяющая сократить время, затрачиваемое на обжим модели, а также снизить расходы при изготовлении приспособления в вакуумном формовщике.

Суть предлагаемой методики и отличие от ранее известной, заключается в том, что после получения рабочих гипсовых моделей и соответствующей их специальной подготовки, в вакуумном формовщике располагаются сразу две модели таким образом, чтобы расстояние между ними составляло не менее 5 мм, а края платформы вакуумного двигателя, расположенного под моделями, не подходили к моделям ближе 10 мм (рис. 1). Данная технология включает в себя следующие этапы: изготовление моделей, их специальная подготовка к формованию, выбор листа термопластмассы, нагрев под нагревательным элементом, приложение давления и обработка приспособления для придания окончательной формы.

Рис. 1. Применение методики вакуумного формования с использованием двух моделей челюстей

Технические преимущества предложения: парное расположение моделей челюстей в вакуумном формовщике позволяет вдвое сократить время, затрачиваемое на обжим модели, за счет одновременного изготовления сразу двух изделий и в два раза снизить расходы листов термопластмассы при изготовлении приспособления в вакуумном формовщике.

Методика, предусматривающая парное расположение моделей челюстей в вакуумном формовщике может использоваться в амбулаторно-поликлинических учреждениях стоматологического профиля, позволяет сократить рабочее время медицинского персонала, снизить затраты на материалы.

ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Петров А.А.
Первый Санкт-Петербургский государственный университет
имени академика И.П. Павлова
petrov-alexander96@yandex.ru

Введение. Заболевания пародонта актуальны для всех возрастных групп (со школьного периода и далее). Выявление связи между зубочелюстными аномалиями и заболеваниями пародонта на основе анализа факторов формирования этой взаимосвязи позволяет определить возможности дляустранения проблем в комплексном лечении.

Цель исследования. Определить взаимосвязь между зубочелюстными аномалиями и заболеваниями пародонта на основе научных источников.

Материалы и методы. Переработаны научные отечественные и зарубежные источники. Использованные методы: анализ, синтез и обобщение информации.

Результаты. Исходя из научных исследований выявлено, что зубочелюстные аномалии сочетаются с заболеваниями пародонта в большей половине случаев [1, 3, 4, 5], при этом автору удалось произвести таксономию основных причин, вызывающих заболевания тканей пародонта у лиц с зубочелюстными аномалиями. Таким образом, группа I) Основной или прямой связи, к ней относятся: А) Непосредственное влияние зубочелюстных аномалий (тесное расположение зубов, а также их сочетание с дистопией, препятствующее их физиологической микроподвижности, что приводит к атрофическим процессам в тканях пародонта); Б) Аномальная окклюзия: наиболее часто встречается при глубокой окклюзии, реже при дистальной и менее часто при перекрестной и мезиальной окклюзии [3]; В) Нарушение микроциркуляции и гемодинамики пародонта при зубочелюстных аномалиях (доказано, что в зоне окклюзионных нарушений отмечалось набухание эластических и колла-

геновых волокон с последующей их деструкцией, что приводит к резорбции межзубных костных перегородок [2]); Г) Редукциязубочелюстной системы (уменьшение размеров челюстей, изменение формы и размеров альвеолярных отростков). Группа II) Сопутствующие (косвенные) причины: заболевания пародонта при наличии зубочелюстных аномалий под действием микробного фактора. Например, вследствие плохой гигиены полости рта в труднодоступных местах;. Группа III) Комбинированное воздействие факторов.

Заключение. В результате анализа причин подтверждена связь между зубочелюстными аномалиями и заболеваниями пародонта, кроме этого, представленная группировка основных причин позволяет специалистам оптимизировать план лечения как зубочелюстных аномалий, так и заболеваний пародонта.

Список литературы

1. Барчукова О.В. Предварительные результаты изучения состояния пародонта у взрослых в период исправления зубочелюстных аномалий // Материалы VII междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. –СПб., 2003. – С. 29-30.

2. Золотарева Ю.Б. Влияние окклюзионных нарушений на течение воспалительного процесса в тканях пародонта // Стоматология. – 2001. – № 4. – С. 3-7.

3. Сологуб О.В. Особенности диагностики зубочелюстных аномалий, осложненных заболеваниями пародонта у взрослых / автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.21. – Санкт-Петербург, 2006. -17 с.

4. Hoffmann T., Hoffmann F., Gangler P., Eismann D. Combined valuation of the success of therapy of orthodontic anomalies, periodontal diseases and dental caries // Stomatol-DDR. 1990. – Vol.40, – P. 227-229

5. Tsimbalistov A., Sosnina Y., Statovskaya E. Abnormalities of microcirculation in dentoalveolar complex after direct occlusal restorations // International journal of stomatology and occlusion medicine. 2010. – Vol. 3, – P. 83-88

ИССЛЕДОВАНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Черемухина Д.С., Утюж А.С., Юмашев А.В., Самусенков В.О.
Первый МГМУ имени И.М. Сеченова
e-mail: hol.rot.mos13@mail.ru

Введение. Важным моментом, определяющим качество проведенной операции синус-лифтинга, по нашему мнению, является оценка устойчивости дентальных имплантатов, установленных в дистальных отделах верхней челюсти. Надежная оценка степени остеоинтеграции внутрикостных имплантатов имеет решающее значение для выбора конструкции протеза,

тактики функциональной нагрузки имплантатов, прогнозирования эффективности ортопедического лечения.

Цель исследования. Оценка полноценности остеоинтеграции дентальных имплантатов, установленных в дистальные отделы верхней челюсти после проведения различных вариантов операции синус-лифтинга.

Материалы и методы. На опыте проведенных 59 операций синус-лифтинга у 51 пациента проведена оценка полноценности остеоинтеграции дентальных имплантатов, установленных в дистальные отделы верхней челюсти после проведения различных вариантов операции синус-лифтинга.В область реконструкции дна верхнечелюстного синуса установлено 314 дентальных имплантатов. В качестве аугументата использовали смесь препарата «Остеоматрикс» и плазмы, обогащенной факторами роста (PRGF).

Магнитно-резонансным методом с использованием прибора Osstellmentor (ISQ) проведена оценка фиксации 35 имплантатов после операции баллонный синус-лифтинг (19 пациентов) и 22 имплантатов после операции открытого синус-лифтинга (9 пациентов). Исследования проведены дважды: при установке имплантатов и через 6 месяцев после имплантации. Проведено 114 измерений.

У всех пациентов после операции синус-лифтинг рентгенологически были определены признаки заполнения костнопластическим материалом.

Результаты. Отсутствие роста костной ткани на данный период у пациентов после операции синус-лифтинг и последующей имплантацией не определялось. Через полгода (по данным КТ) суммарная высота (от края альвеолярного отростка до вновь сформированного дна верхнечелюстного синуса) колебалась от 10 до 16 мм и составила в среднем 12,3 + 1,1 мм.

Разницы в устойчивости имплантатов, установленных после проведения традиционного «открытого» и «баллонного» синус-лифтинга нет ($p>0,5$).

Значения ISQ при различной первичной толщине альвеолярной кости существенно не отличались ($p>0,5$).

Заключение. По конечным результатам проводимого лечения оба метода синус-лифтинга являются высокоэффективными. Полученные данные также свидетельствуют (наряду с гистологическими данными) о формировании полноценной кости при использовании в качестве костнопластического материала сочетания препарата «Остематрикс» с PRGF.

Вместе с тем, суммируя вышеизложенное, следует отметить, что по большинству клинических показателей, характеризующих эффективность операции, «баллонный» синус-лифтинг оказывается предпочтителен по сравнению с традиционным «открытым».

Список литературы

1. Дробышев А.Ю., Дронов М.В. Оценка стабильности и остеоинтеграции дентальных имплантатов с применением резонансно-частотного метода. М.: Институт стоматологии 2007. – 2007. – № 1. – С. 128-129.

2. Дронов М.В. Применение резонансно-частотного метода для оценки стабильности и остеоинтеграций дентальных имплантатов: Автореф. дис канд. мед. наук. – М., 2007. – 22 с.

3. Кулаков А.А., Лосев Ф.Ф., Гветадзе Р.Ш. Зубная имплантация. – Москва.: МИА, 2006. – 150 с.

4. Робустова Т.Г. Имплантация зубов. Хирургические аспекты / М.: Медицина, 2003. – 560 с.

5. Anitua E., Orive G., Pla R., Roman P., Serrano V, Andia I. The effects of PRGF on bone regeneration and on titanium implant osseointegration in goats: a histologic and histomorphometric study. J BiomedMaterRes A. 2009 Oct; 91(1):158-65.

6. Anitua E., Prado R., Orive G. A lateral approach for sinus elevation using PRGF technology. ClinImplant Dent Relat Res. 2009 Oct;11 Suppl 1:e23-31.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТРЕВОЖНОСТИ

Юдин А.В., Гуськов А.В., Перминов Е.С.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
tosha-judin@rambler.ru

Введение. Несмотря на достижения современной стоматологии большинство пациентов продолжают испытывать страх перед стоматологическим приемом. Как следствие наличие тревожного состояния приводит к несвоевременной санации полости рта, появлению осложненных форм заболеваний, социальные затруднения у пациентов, резкое снижение качества жизни.

Цель исследования. Оценка, изучение, снижение тревожного состояния перед стоматологическим приемом.

Материалы и методы. В целях изучения и предотвращения тревожности перед стоматологическим приемом на кафедре ортопедической стоматологии и ортодонтии РязГМУ им. акад. Павлова на основе анкеты оценки тревожности перед стоматологическим приемом (автор Зверева Н.В., дополнена Власовой Л.А., Митиным Н.Е.) была создана программа для ЭВМ(свидетельство № 2016613608). Программа представляет собой тест-опросник, позволяющий определить в каком состоянии тревожности находится пациент в данный момент. Тестирование проводилось у 30 человек до начала лечения и на конечном этапе протезирования.

Результаты и обсуждение. Данное исследование позволило найти индивидуальный подход к пациенту, снизить психологический дискомфорт

форт, повысить качество лечения. Было выявлено, что до лечения 18% имеют низкий порог тревожности, 48% нормальный уровень тревожности, 24% повышенный уровень тревожности, 10% высокий уровень тревожности. После проведенного ортопедического лечения 28% низкий порог тревожности, 68% нормальный уровень тревожности, 4% повышенный уровень тревожности, 0% высокий уровень тревожности.

Заключение. При планировании характера и методов лечения стоматологического больного необходимо учитывать его психоэмоциональное напряжение. Рекомендуется проводить экспресс-диагностики эмоционального состояния пациента перед стоматологическим приемом с целью повышения комфорта и качества лечения.

Список литературы

1. «Фантомный курс ортопедической стоматологии»(Коновалов А.П., Курякина Н.В., Митин Н.Е., Нижний Новгород, 2001.)

2. «Анализ психологической адаптации больных к съемным зубным протезам» (Митин Н.Е., Курякина Н.В., Стоматология. 1998. Т. 77. № 6. С. 62-64.)

3. Современные критерии оценки эстетического результата стоматологического лечения(Обзор литературы)(Митин Н.Е., Тихонов В.Э., Васильева Т.А., Гришин М.И Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. Т. 9. № 2. С. 37.

4. «Варианты реабилитации пациентов после хирургической санации полости рта.» Митин Н.Е автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук/ Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко. Воронеж, 2008

5.«Психологическая реабилитация пациентов после хирургического стоматологического лечения.» Коротких Н.Г., Митин Н.Е., Мишин Д.Н. В книге: Психолого-педагогические аспекты высшего профессионального образования: проблемы, решения, перспективы материалы 5-й межрегиональной научно-практической конференции. 2013. С. 73-74.

ОПТИМИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ЛИЧНОСТНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ

Юдин А.В., Гуськов А.В., Перминов Е.С.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
tosha-judin@rambler.ru

Введение. Ведущим фактором, приводящим к осложненным формам заболевания я является страх перед стоматологическим приемом, который

связан с психоэмоциональным напряжением и личностными особенностями каждого пациента

Цель исследования. Оптимизация взаимодействия врача стоматолога-ортопеда с пациентами, испытывающими психоэмоциональное напряжение.

Материалы и методы. Анализ литературы, посвящённой типологии стоматологических больных позволил выявить следующее.В исследованиях (Трезубов В.Н., 1997) выделяет следующие типы пациентов гармонический (спокойный подход, тревожность слабо или умеренно выражена), оптимистический (характеризуется благодушным настроением, тревожность практически не выявляется), пессимистический (подавленное, угнетенное состояние, недоверие, отсутствие веры в успех лечения). (Б.Т. Мороз, М.Б. Андреев, 2003), Рассматривая пациентов с точки зрения типологических особенностей личности выделяют интровертов и экстравертов. (Гросицкая И.К., 2002) Выявлены реакции на заболевание: содружественная, спокойная, неосознаваемая, следовая, негативная, паническая, разрушительная.

Результаты и обсуждение. В результате исследования было выявлено, что наиболее широко применяется в амбулаторной практике метод определения личностных характеристик путем наблюдения за вегетативными реакциями пациента, а также внешнего осмотра и опроса, который позволяет определить степень субъективных переживаний. Дополнить картину позволит проведение регистрации основных физиологических функций и использование психологических тестов.

Заключение. Знание и умение определить личностную особенность каждого пациента позволит врачу проводить квалифицированную и психологически обоснованную подготовку пациента, определить для себя верную тактику лечения, что улучшит качество манипуляций и повысит комфорт для пациента.

Список литературы

1. «Фантомный курс ортопедической стоматологии»(Коновалов А.П., Курякина Н.В., Митин Н.Е., Нижний Новгород, 2001.)

2. «Анализ психологической адаптации больных к съемным зубным протезам» (Митин Н.Е., Курякина Н.В., Стоматология. 1998. Т. 77. № 6. С. 62-64.)

3. Современные критерии оценки эстетического результата стоматологического лечения (Обзор литературы)(Митин Н.Е., Тихонов В.Э., Васильева Т.А., Гришин М.И Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. Т. 9. № 2. С. 37.

4. «Варианты реабилитации пациентов после хирургической санации полости рта.» Митин Н.Е автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук/ Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко. Воронеж, 2008

5. «Психологическая реабилитация пациентов после хирургического стоматологического лечения.» Коротких Н.Г., Митин Н.Е., Мишин Д.Н. В

книге: Психолого-педагогические аспекты высшего профессионального образования: проблемы, решения, перспективы материалы 5-й межрегиональной научно-практической конференции. 2013. С. 73-74.

ПЕРВИЧНЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА У НЕ-НАРКОМАНА

Баранова И.А.
Рязанский областной клинический кардиологический диспансер
baranovairzn@mail.ru

Введение. Правосторонний инфекционный эндокрдит (ИЭ) встречается в 5-10% случаев [1, 2]. Мы привыкли встречаться с ИЭтрикуспидального клапана (ТК)прежде всего у наркоманов с внутривенным введением, особенно при наличии у них ВИЧ-инфекции [3, 4], однако в данном случае эта патология имеет место у пациента без признаков наркологического заболевания и иммунодефицита.

Описание случая. Пациент 27 лет, заболел остро 16.02.2016, когда появился озноб, повышение температуры до 39^0С без катаральных явлений, на следующий день обратился к участковому терапевту, состояние расценено как грипп, был назначен ингавирин.На фоне лечения состояние не улучшалось, и 24.02.2016 больной был госпитализирован в инфекционное отделение с диагнозом двусторонняя полисегментарная вирусно-бактериальная пневмония.В течение 5 дней с клиникой инфекционно-токсического щоканаходился в реанимации на искусственной вентиляции легких, получал тамифлю,цефепим схемомицином.Мазки из носа на вирусы респираторной группы были отрицательными. Присоединилось кровохарканье, на рентгенограмме признаки деструкции легочной ткани и плевральный выпот с обеих сторон, больше слева. На фоне лечения температура тела снизилась до субфебрильной, гемодинамика стабилизировалась, пациент был переведен в пульмонологическое отделение.В палате обратил внимание на одышку, усиливающуюся в положении лежа, отеки голеней. Терапию цефепимом продолжили, хемомицинбыл заменен на ванкомицин, а затем на линезолид. В посеве крови от 26.02.2016 был выделен золотистый стафилококк. Выполнялась эхокардиография (ЭхоКГ), но качество визуализации было неудовлетворительным из-за выраженной тахикардии. Сохранялось повышение температуры до 38^0С, увеличивалось количество жидкости в плевральных полостях. 9.03.2016 больной был переведен в торакальное отделение, продолжалась антибиотикотерапия (меропенем с амоксициллином), проводились плевральные пункции.18.03.2016 повторно выполнена ЭхоКГ, выявлены вегетации на ТК, после чего пациентбыл направленв кардиологическое отделение.

При поступлении жалобы на выраженную слабость, потливость, озноб, одышку в покое, усиливающуюся в горизонтальном положении.

При осмотре общее состояние средней тяжести. Температура тела $38,2^0$С. В легких дыхание везикулярное, резко ослаблено в нижних отделах, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный с ЧСС 100 ударов в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см. Пастозность голеней.

В общем анализе крови (ОАК) анемия (эритроциты $3,57*10^{12}$/л, гемоглобин 102 г/л), тромбоцитоз (до $552*10^9$/л), лейкоцитоз (до $12,9*10^9$/л) со сдвигом влево (нейтрофилы 75,8%), токсическая зернистость нейтрофилов, повышение СОЭ до 70 мм/ч. В биохимическом анализе крови: С-реактивный белок более 30мг/л, формоловая проба положительная, протромбиновый индекс 0,78, фибриноген 5,1 г/л. АТ к ВИЧ не обнаружены. На ЭКГ синусовая тахикардия, горизонтальное положение ЭОС.На ЭхоКГкамеры сердца нормальных размеров, септальная створка ТК утолщена, на створке определяется подвижное дополнительное образование неоднородной эхогенности, в систолу пролабирующее в полость правого предсердия, длиной 1,4 см, регургитация на ТК 3 степени. Систолический градиент на ТК 39 мм рт.ст. При компьютерной томографии (КТ) картина абсцедирующей пневмонии, двухстороннего гидроторакса с признаками осумкования.

Поставлен диагноз: Основной: Острый первичный стафилококковый эндокардит ТК. Недостаточность ТК с регургитацией 3 степени.

Осложнение: ХСН IIА стадии, ФК 3. Легочная гипертензия.Двухсторонняя деструктивная стафилококковая пневмония, тяжелое течение. Двухсторонний плервит. Дыхательная недостаточность 2 степени.

Проводилось лечение: ванкомицин с меропенемом, микосист, торасемид, спиронолактон, карведилол. На фоне лечения в течение 5 дней нормализовалась температура, антибиотикотерапия продолжалась еще 6 недель. За это время в ОАК снизилось до 27 мм/ч, остальные показатели в норме, формоловая проба отрицательная. НаЭхоКГ длина вегетаций уменьшилась до 1,0 см, легочной гипертензии нет. На КТ очаги пневмофиброза, остаточные полости не выявляются, в плевральных полостях небольшое количество жидкости с признаками осумкования. Пациент жалоб не предъявляет. Тест с 6-минутной ходьбой 487 м.

Обсуждение. Хирургического лечения, как правило, следует избегать при правостороннем ИЭ нативного клапана. К нему прибегают при персистированиии инфекции, длине вегетация более 20 мм, резистентной к диуретикам сердечной недостаточности. Риск рецидива ИЭ у ненаркоманов ниже [5, 6].

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует трудности диагностики ИЭ ТК и является примером успешного лечения данной патологии у пациента без признаков наркомании и ВИЧ-инфекции.

Список литературы

1. Hoen B, Alla F, Selton-Suty C, Beguinot I, Bouvet A, Briancon S, Casalta JP, Danchin N, Delahaye F, Etienne J, Le Moing V, Leport C, Mainardi JL, Ruimy R, Vandenesch F. Changing profile of infective endocarditis: results of a 1-year survey in France. JAMA 2002;288:75-81.

2. Frontera JA, Gradon JD. Right-side endocarditis in injection drug users: review of proposed mechanisms of pathogenesis. Clin Infect Dis 2000;30:374-379.

3. Wilson LE, Thomas DL, Astemborski J, Freedman TL, Vlahov D. Prospective study of infective endocarditis among injection drug users. J Infect Dis 2002; 185:1761-1766.

4. Gebo KA, Burkey MD, Lucas GM, Moore RD, Wilson LE. Incidence of, risk factors for clinical presentation, and 1-year outcomes of infective endocarditis in an urban HIV cohort. J Acquir Immune DeficSyndr 2006;43:426-432.

5..Pettersson G, Carbon C. Recommendations for the surgical treatment of endocarditis. ClinMicrobiol Infect 1998;4Suppl 3:S34-S46.

6. Levine DP, Sobel JD. Infections in intravenous drug abusers. In: Mandell GL, Douglas RG, BennettJEeds. Principles and practice of infectious diseases. New York: Churchill Livingstone; 1995. p2696-2709.

УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ

Бельских Э.С.[1], Соловьева А.В.[1], Урясьев О.М.[1], Аксентьев С.Б.[2]
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова (1)
ГБУ РО ОКБ (2)
ed.bels@yandex.ru

Введение. Известно, что наличие анемического синдрома при госпитализациипациентов с инфарктом миокарда (ИМ) связано с неблагоприятным прогнозом. Однако значимостьуровня гемоглобина(Hb)как предикторалетального исхода при ИМ остается изученной не до конца.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь уровня гемоглобина с клинико-лабораторными данными больных, умерших вследствие ИМ.

Методы исследования. Были исследованы истории болезни 54 пациентов (25 мужчин и 29 женщин, средний возраст 74,4±10,3 лет), умерших вследствие ИМ в отделении неотложной кардиологии ГБУ РО ОКБ в 2014 году. Оценивались данные анамнеза, объективного исследования, тяжесть сердечной недостаточности. Оцениваемые лабораторные показатели включали гемограмму, уровень креатинина и тропонина I при поступлении в стационар, расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по MDRD. Статистический анализ проводили с помощью программы Statistica 2010.

Уровень отличий рассматривался как статистически значимый при вероятности ошибки (p) < 0,05.

Результаты. Среди всех случаев наличие анемического синдрома быловыявлено в 42,6%, при этом у мужчин снижение Hb наблюдалось в 40% случаев, а у женщин 44,8%. По тяжести анемического синдрома распространённость легкой, средней и тяжелой степени составила 60% и 77%, 30% и 15,4%, 10%и 7,6% у мужчин иженщин соответственно. У мужчин былавыявлена достоверная корреляционная связь между снижением уровняHb и наличием клинически выраженной одышки (r= -0,42; p=0,04) и экстрасистолии (r= -0,46; p=0,02), а так же наличием рецидива ИМ (r= -0,42; p=0,03). У женщин уровень Hb коррелировал со стадией сердечной недостаточности по Василенко-Стражеско (r= -0,37; p=0,04).Кроме того среди мужчин и женщин с Hb в пределах нормы уменьшение его уровня ассоциировалось с развитием отёка легких (r= -0,46; p=0,01).Анемия у исследованных больных сопровождалась повышением уровня креатинина (33,5% и 71%,p<0,05)и тропонина I(96,3% и 53%,p<0,05) по сравнению с показателями мужчин и женщин без анемии соответственно, при этом снижение концентрации Hb у женщин соответствовало снижению СКФ (r=0,40; p=0,04) и нарастанию тяжести хронической болезни почек (r=-0,45: p=0,02).

Выводы. Прирост лабораторных маркеров неблагоприятного исхода при ИМ и усиление симптомовсердечной недостаточности коррелировали со степенью снижения уровня Hb, что обуславливает необходимость своевременной коррекции анемического синдрома для уменьшения смертности при ИМ.

Список литературы

1. Шварц Ю. Г., Калюта Т. Ю., Волкова М. В. Анемия и острые формы ишемической болезни сердца – проблема сочетанной патологии. // Международный медицинский журнал.- 2006. -№4. –С. 34-40.

2. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Особенности лечения и исходы у больных с острым коронарным синдромом и анемией. Результаты регистра рекорд. //Российский кардиологический журнал.– 2012. – № 5(97). – С. 12-16.

3. Копылов Ф.Ю., Щекочихин Д.Ю. Анемии в кардиологической практике.// Трудный пациент. -2011. – № 4(9). – С. 50-56.

4. Hemoglobin nonrecovery following acute myocardial infarction is a biomarker of poor outcome: a retrospective database study. /Leshem-Rubinow E1, Steinvil A, Rogowski O, Zeltser D, Berliner S, Weitzman D, Raz R, Chodick G, Shalev V. // Int J Cardiol. -2013, Nov 20. – Vol. 169(5). – P. 349-53.

5. Lettino M1, Toschi V. Impact of anemia and its treatment in patients with acute coronary syndromes. //G Ital Cardiol (Rome). -2011 May. – Vol.12(5). –P. 327-32.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ – САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА И ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ

Дубинина И.И., Урясьев О.М., Берстнева С.В., Никифоров А.А.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
berst.ru@mail.ru

В настоящее время считается, что нарушение функции эндотелия играет ведущую роль в патогенезе сосудистых осложнений при сахарном диабете (СД) [2]. Метаболические изменения при СД 2 типа, такие как гипергликемия, дислипидемия, инсулинорезистентность, окислительный стресс вызывают молекулярные изменения, приводящие к эндотелиальной дисфункции, развитию и прогрессированию атеросклероза [1]. В настоящее время получены данные о нарушении функции эндотелия на фоне первичного гипотиреоза [3].

Цель исследования. Изучение особенностей синтетической и сосудодвигательной функции эндотелия у больных СД 2 типа в сочетании с первичным гипотиреозом (ПГ).

Материалы и методы. В эндокринологическом отделении ГБУ РО ОКБ обследовано 26 больных СД 2 типа, средний возраст 57,8±2,2лет, длительность СД 10,3±1,9 лет. Из них 1 гр. – СД 2 в сочетании с ПГ – 16 чел., длительность ПГ 8,6±0,9 лет; 2 гр. – СД 2 без патологии щитовидной железы – 10 чел. Группы были сопоставимы по возрасту, длительности СД, ИМТ. Уровень ТТГ в 1-й гр. 7,2±0,9 мкМЕ/мл. Проведено исследование углеводного, липидного обмена, инсулина (ИРИ) с расчетом HOMA-IR. Уровень эндотелина-1 (Э-1), ингибитора активатора плазминогена 1 типа (PAI-1), фактора некроза опухоли α (TNF-α), интерлейкина-6 (IL-6) определяли иммуноферментным методом в плазме крови. Оценку эндотелий-зависимой вазодилатаци (ЭЗВД) проводили с помощью пробы с реактивной гиперемией по методике D. Celermajer с соавт. (1992).

Результаты. При сравнительном анализе выявлено достоверное повышение глюкозы крови натощак, ИРИ, HOMA-IR, ХС ЛПНП, индекса атерогенности (ИА), снижение ХС ЛПВП в 1-й гр. При оценке синтетической функции эндотелия уровень Э-1 составил 1,56±0,09, и 0,88±0,07 фмоль/мл ($p<0,001$), PAI-1 – 65,7±6,2 и 47,0±5,9 нг/мл ($p<0,05$), IL-6 – 5,6±0,3 и 4,8±0,2 нг/мл ($p<0,05$), TNF-α – 40,0±1,1 и 40,8±1,4 пг/мл ($p>0,05$) в 1-й и 2-й гр. соответственно. При выполнении пробы с реактивной гиперемией Δd был достоверно снижен у пациентов обеих групп в сравнении с контролем (26,3±1,7%): в 1-й гр. -11,4±1,7%, во 2-й – 18,1±2,8% ($p<0,05$). Выявлена отрицательная корреляционная зависимость показателя ЭЗВД (Δd) с уровнем HвA1c: $r= -0,45$ ($p=0,004$); ИРИ: $r= -0,56$ ($p=0,014$); HOMA-

IR: r= -0,47 (p=0,022) и параметрами липидного спектра: ОХС, ХС ЛПНП, ИА. В 1-й гр. уровень ТТГ коррелировал с показателями функции эндотелия: ЭЗВД (Δd): r= -0,46 (p=0,015); Э-1: r=0,36 (p=0,027); PAI-1: r=0,69 (p=0,001) и IL-6: r=0,54 (p=0,014).

Заключение. У больных сочетанной патологией – сахарный диабет 2 типа и первичный гипотиреоз отмечаются выраженные изменения функционального состояния эндотелия – снижение эндотелий-зависимой вазодилатации и повышение концентрации эндотелина-1, ингибитора активатора плазминогена 1 типа и интерлейкина-6. Параметры дисфункции эндотелия коррелируют с показателями углеводного, липидного обмена, инсулинорезистентности и уровнем ТТГ.

Список литературы

1. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 484 с.

2. Перцева Н.О. Состояние эндотелиальной функции у больных сахарным диабетом 2 типа с артериальной гипертонией в условиях хорошей компенсации гипергликемии // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2014. №4. С. 88-92.

3. Самитин В.В., Родионова Т.И. Факторы сердечно-сосудистого риска, связанные с функцией эндотелия, при субклиническом гипотиреозе // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2009. №1. С.26-29.

БЕЗОПАСНОСТЬ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Горохова Т.А., Заикина М.В.
ГБУ РО ОККД
ms.gtatyana@mail.ru

Бурное развитие фармакологии в последние десятилетия и появление большого количества новых лекарств не только расширило возможности лечения, но и повысило риск нанесения вреда пациенту. Именно опасность развития тяжелых, подчас необратимых, осложнений вследствие лекарственной терапии привлекает к проблеме безопасности использования лекарственных препаратов внимание практических врачей и пациентов.

Экспертами ВОЗ официальным признается термин «неблагоприятная (нежелательная) побочная реакция *(adverse drug reaction)»* – любая непреднамеренная и вредная для организма человека реакция, которая возникает при использовании ЛС в рекомендуемых дозах с целью профилактики, диагностики, лечения заболеваний или для коррекции физиологических функций.Считается, что нежелательные реакции развиваются у 4-29% больных, принимающих различные лекарственные препараты. Частота

возникновения НЛР в первую очередь зависит от индивидуальных особенностей, пола, возраста больного, тяжести основного и сопутствующих заболеваний, фармакодинамики и фармакокинетики ЛС, дозы, длительности приема, путей введения препарата, взаимодействия ЛС.

Несмотря на глобальное внедрение систем наблюдения за фармакологической безопасностью, неблагоприятные побочные реакции все еще остаются одной из значимых причин смертности во всем мире.

Цель исследования. Проведение количественного и спектрального анализа неблагоприятных побочных реакций (НПР) на прием лекарственных препаратов (ЛП) для лечения нарушений ритма.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты мониторинга извещений онеблагоприятных побочных реакциях лекарственных средств у пациентов с нарушениями ритма, госпитализированных в кардиологические отделения ГБУ РО ОККД в 2008-2015гг.

Результаты. В течение 2008-2015гг. НПР при применении лекарственных препаратов для лечения нарушений ритма зарегистрированы у 27 больных. В 85% случаев НПР зарегистрированы у лиц в возрасте >50 лет, в том числе 4 случая – у лиц старческого возраста (>70 лет), 56% случаев составили мужчины и 44% – женщины. В целом, в спектре НПР аллергические реакции (кожный зуд, сыпь, анафилактический шок) выявлены в 22,3% случаев, неаллергические реакции – в 77,7% случаев. В 52% случаев выявлены НПР на применение амиодарона (кордарониндуцированный гипотиреоз/ тиреотоксикоз, анафилактический шок, выраженная артериальная гипотензия, чувство жара, удушье, тошнота, боли в эпигастральной области, сыпь), в 18,5% – наприем этацизина (головокружение, сыпь, покраснение глаз), в 11% – на применение пропафенона (головокружение, изменение вкуса, горечь во рту, тошнота), единичные случаи – на применение новокаинамида (сыпь, зуд кожи), соталола (удушье, кожный зуд), аллапинина (головокружение). Возникшие НПР потребовали отмены ЛП в 100% случаев, в 35% случаев потребовалось применение дополнительной лекарственной терапии.

Выводы

1. Частота развития НПР зависит от индивидуальных особенностей пациента,возраста, чаще, у пациентов старше 50 лет.

2. НПР выявляются чаще при применении наиболее часто используемого антиаритмического препарата (амиодарон).

3. В спектре НПР на прием антиаритмических ЛП преобладают неаллергические реакции (77,7%).

Список литературы

1. Роль мониторинга безопасности лекарственных средств в решении проблемы их рационального использования. // Качественная клиническая практика, 2003 г., №4, стр. 88-95

2. Клиническая фармакология и фармакотерапия: учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. / под ред. В. Г. Кукеса, А. К. Стародубцева. – 2012. – 840 с.: ил.

3. Клиническая фармакология. Общие вопросы клинической фармакологии. Практикум: учебное пособие. Сычев Д.А., Долженкова Л.С., Прозорова В.К. и др. / Под ред. В.Г. Кукеса. 2013. – 224 с.: ил.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИСПЛАСТОЗАВИСИМЫХ ПРИЗНАКОВ И РИСКИ ФОРМИРОВАНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ РЕФЛЮКСА

Джулай Т.Е.
Тверской государственный медицинский университет
tdzhulay@mail.ru

Введение. Разработка методов действенной профилактики заболеваний органов пищеварения невозможна без оценки рисков их возникновения, включая изучение индивидуальных структурных особенностей желудочно-кишечного тракта [1-3].

Цель исследования. Изучить проявления соединительнотканных дисплазий (СТД) во взрослой популяции больных гастроэзофагеальнойрефлюксной болезнью (ГЭРБ) в качествеструктурных предикторов ее вариантов и для прогнозирования рисков развития.

Материалы и методы. У 60 пациентов 18-57 лет с ГЭРБ, верифицированной наличием эндоскопически различимого дистального рефлюкс-эзофагита и pH-метрических признаков кислого гастроэзофагеального (ГЭР) и смешанного по составу дуоденогастрального рефлюкса (ДГЭР) изучены фенотипические и висцеральные признаки СТД. Диагностически значима комбинация 6 и более стигм[4].

Результаты. Изучение в качестве предикторов ГЭРБ признаков СТД показало, что у 82,0% пациентов с ГЭРБ, ассоциированной с ГЭР, в различных сочетаниях имелись стигмы СТД, при этом сочетание 6 и более стигм отмечено у 87,8% из них. Фенотипические признаки СТД представлены краниоцефальными аномалиями (22,0-43,9%), поражением опорно-двигательного аппарата (41,5%), включая изменения кистей и стоп (19,5%), грыжами передней брюшной стенки (24,4%), варикозным расширением вен нижних конечностей (14,6%), кожными стигмами (29,3%) в виде стрий, множественных пигментных пятен, гипертрихоза, гемангиом. Висцеральные признаки СТД были представлены у 70,7% больных недостаточностью кардии, у 31,7% − грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, у 17,1% − аномалиями строения желчного пузыря.Признаки СТД у больных с ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, отмечены в 42,0% наблюдений, значимое их сочетание отмечено реже (23,8%, $P<0,05$). Разнообразные фенотипические стигмы СТД встречались существенно реже (всего у 19,0%

больных), преобладали висцеральные признаки в виде структурных аномалий желудочно-кишечного тракта – недостаточности кардии (23,8% случаев), диафрагмальных грыж (9,5%), аномалий строения желчного пузыря (52,4%), гемангиом печени (6,2%).Расчет риска формирования ГЭРБ, ассоциированной с ГЭР, при наличии диагностически значимого сочетания признаков СТД, составил 87,5%, относительный риск – 2,38, для формирования ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР – соответственно 12,5% и 0,20.

Заключение. Обнаружение высокой частоты фенотипических и, особенно, висцеральных проявлений СТД у пациентов с ГЭРБ перспективно для прогнозирования ГЭРБ и ее вариантов,главным образом, у лиц молодого возраста, их профессиональной ориентации, выработки пищевого поведения и стереотипа питаниякак одного из методов первичной профилактики заболевания.

Список литературы

1. Ахмедов В.А.Рефлюксная болезнь и органы мишени. − М.: МИА. − 2007. − 128 с.
2. Арсентьев В.Г,Шабалов Н.П. Дисплазия соединительной ткани у детей как конституциональная основа полиорганных нарушений: вопросы классификации, критерии диагностики //Вопросы практической педиатрии.− 2011. – Т. 6, №5. – С. 59-65.
3. Джулай Г.С., Секарева Е.В., Курицын В.М., Джулай Т.Е. Клинико-патогенетические варианты гастроэзофагеальнойрефлюксной болезни: факторы риска и предикторы развития //Терапевт.архив. − 2013. – Т. 85, № 2. – С. 8-12.
4. Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей. − СПб: Элби-СПб. − 2009. − 704 с.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Ершова Е.П., Слатина Е.А.
Кировская государственная медицинская академия

Цель исследования. Изучить психоэмоциональный статус у пациентов с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материалы и методы. Исследование проведено у 30 пациентов, находящихся на стационарном лечении в терапевтическом и кардиологическом отделениях Отделенческой клинической больницы на станции Киров ОАО «РЖД». Количество мужчин и женщин было одинаковым, среди заболеваний ЖКТ у пациентов преобладали язвенная болезнь, хронический гастрит и панкреатит. Для изучения психоэмоционального статуса использовалась шкала (тест-опросник) депрессии Бека. При интерпретации данных учитывался суммарный балл и выраженность 21 симптома депрессии.

Результаты и обсуждение. Было обследовано 15 женщин и 15 мужчин с заболеваниями ЖКТ. Среди них выделено 4 возрастных группы: первая – 30-39 лет, вторая – 40-49 лет, третья – 50-59 лет, четвертая – 60 лет и старше. Средний возраст опрошенных составил 53,0±13,1 года. У мужчин наиболее часто встречалась язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) и гастрит: последний чаще встречался в четвертой группе, язвенная болезнь ДПК – в группе №2, реже всего наблюдался панкреатит. Среди женщин был наиболее распространен гастрит в группах №1 и №3 и панкреатит – в группе №4. Язвенная болезнь ДПК среди опрошенных женщин не выявлена. Следовательно, женщины болеют гастритом чаще, чем мужчины, и в более молодом возрасте.

Средний уровень депрессии среди мужчин и женщин достоверно не отличался (11,5±8,4 и 13,8±8,4 баллов соответственно). Было выявлено, что среди опрошенных пациентов синдром депрессии отсутствует в группе №1. Среди мужчин 5 человек имели легкую степень депрессии, среди женщин – 7. Выраженная степень депрессии среди мужчин была выявлена у больного 75-ти лет с язвенной болезнью ДПК и гастритом, а среди женщин – у больных 71-го года и 60-ти лет с панкреатитом. Из опрошенных пациентов тяжелую степень депрессии имели 1 мужчина из группы №4 (больной 72-х лет с гастритом) и 1 женщина из группы №3 (пациентка 57-ми лет с гастритом).

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования установлено наличие нарушений психоэмоционального статуса у пациентов старше сорока лет с заболеваниями ЖКТ, что требует включения в комплексную терапию психотерапевтических методов лечения.

ДОСТИЖЕНИЕ КОНТРОЛЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Заикина Е.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
m.zaikina20@yandex.ru

Введение. В настоящее время главную роль в ведении больных бронхиальной астмой отводится контролю над симптомами заболевания, а не только степени тяжести.

Цель исследования. Изучить возможность достижения контроля бронхиальной астмы в реальной амбулаторной практике.

Материалы и методы. Было обследовано 254 пациента с бронхиальной астмой любой степени тяжести, обратившихся на приём к пульмонологу городской поликлиники №2 г. Рязани. Контроль над симптомами

астмы оценивался с помощью теста ACQ-5, который включает 5 вопросов о наличии дневных и ночных симптомов, потребности в β_2-агонистах короткого действия, переносимости физической нагрузки в течение последней недели. Далее проводился анализ уровня контроля в зависимости от тяжести бронхиальной астмы, объёма противовоспалительной терапии.

Результаты. Полного контроля над симптомами достигали 32% больных. Эту группу составили в основном пациенты с лёгким интермиттирующим и лёгким персистирующим течением, но 45% этой группы – это больные со средне-тяжёлым и тяжёлым течение. Частичного контроля достигли 38% больных, в основном со средне-тяжёлым и тяжёлым течением астмы. 30% пациентов имели неконтролируемую бронхиальную астму. При анализе объёма терапии в группе пациентов, получающих монотерапию ИГКС (35%), в равных долях имели полный, частичный контроль и неконтролируемую астму. В группе терапии свободной комбинацией ИГКС и ДДВА 42% достигали полного контроля, 28% – частичного контроля и 30% – контроль отсутствовал. Среди пациентов, получающих фиксированные комбинации ИГКС и ДДВА (симбикорт, серетид) 34% имели полный контроль, 31% – частичный и 25% – отсутствие контроля. Все пациенты, получающие монотерапию кромонами и антилейкотриеновыми препаратами, достигали полного контроля, но все они имели лёгкое течение бронхиальной астмы. Среди пациентов, получающих ИГКС и СГКС, 55% имели частичный контроль, у остальных 45% астма не контролировалась. В группе пациентов, которые не получали базисную терапию, контроль регистрировался у 18%, остальные имели неконтролируемую астму.

Выводы. Основная масса больных с бронхиальной астмой имеет частично или полностью неконтролируемое течение (68%). Основными причинами этого являются позднее или недостаточное назначение базисной терапии, относительное редкое использование в терапии пролонгированных β_2-агонистов и антилейкотриеновых препаратов. Значительная часть больных с неконтролируемоей астмой имели тяжёлые сопутствующие заболевания (артериальная гипертензия, ИБС, ХСН, сахарный диабет) или нерегулярно выполняли рекомендации врача.

Список литературы

1. Global initiative for bronchial asthma. Global strategy for diagnosis, management and prevention of bronchial asthma. NHLB/WHO workshop report. Publication Number 2701, April 2006: 1-100. Updated 2009. GINA website (www.ginaasthma.com.). Accessed 25 December 2015. The updated 2009 reports available on www. ginaasthma.com.

2. Cezmi A. Akdis, Ioana Agache. Global atlas of asthma. Published by European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Switzerland, Zurich, 2013.

3. Пульмонология: национальное руководство/ под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, – стр. 375-406.

4. Чучалин А.Г. и соавт. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы. М.: Пульмонология. 2014, №2, стр. 11-33.

РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК

Зотова Л.А., Булгаков А.А.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
dr.zotova@gmail.com

Хроническая болезнь почек (ХБП) является независимым предиктором сердечно-сосудистых заболеваний.

Целью исследования была оценка функции почек у пациентов с ревматическими заболеваниями.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, поступивших в ревматологическое отделение отделение ГБУ РО ОККД в 2013-2015гг. (исключены пациенты с неревматологическими заболеваниями).Было отобрано 619 историй, средний возраст – 61,3 (12,1) года, мужчины – 55,74%, женщины – 44,26%. В выборку попали больные с ревматоидным артритом (33,76%), анкилозирующим спондилитом (7,75%), системной красной волчанкой (СКВ) (5,01%), псориатическим артритом (3,55%), остеоартрозом (46,85%) и подагрическим артритом (3,07%).Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь (84,65%), ишемическая болезнь сердца(70,76%), хронический пиелонефрит (13,89%), сахарный диабет (13,73%), мочекаменная болезнь (3,72%), хронический гломерулонефрит (0,65%).Функция почек исследовалась путем определения СКФ по формуле MDRD

Результаты. Средняя СКФ была снижена при всех проанализированных патологиях, была более низкой у пациентов с анкилозирующим спондилитом – 61,6 (16,2) мл/мин/1,73м^2, ревматоидным артритом- 62,1 (16,7) мл/мин/1,73м^2 и подагрическим артритом-62,3 (16,7) мл/мин/1,73м^2

Выявлен большой процент пациентов с существенно и резко сниженной СКФ и даже терминальной почечной недостаточностью: 32% среди пациентов с СКВ, 29% среди пациентов с псориатическим артритом, 18% среди пациентов с подагрическим артритом. Такое поражение почек значительно ограничивает использование многих лекарственных препаратов, используемых в лечении ревматологических заболеваний, в частности, нестероидных и базисных противовоспалительных препаратов, а терминальная почечная недостаточность (3 случая) требует незамедлительного перевода пациента в специализированное нефрологическое отделение и проведение диализа.

Анализ встречаемости той или иной патологии при различных уровнях снижения СКФ показал, что терминальная почечная недостаточность зафиксирована у пациентов с ревматоидным артритом и анкилозирующим спондилитом. По мере снижения СКФ отмечается уменьшение доли пациентов с анкилозирующим спондилитом, увеличение доли пациентов с СКВ и подагрическим артритом. Высокая или оптимальная СКФ чаще встречается у больных с остеоартрозом и ревматоидным артритом.

Заключение. Несмотря на простоту и доступность, методы скрининга ХБП используются крайне неэффективно, болезнь выявляются поздно, а лечение ведется бессистемно. Снижение СКФ разной степени выраженности отмечается у 94,86% больных с ревматическими болезнями. Выявлен высокий процент пациентов с резким и существенным снижением СКФ у пациентов с СКВ, что требует более пристального наблюдения за лицами с данной патологией.

Список литературы

1. Национальные рекомендации. Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению / А.В.Смирнов [и др.].– Санкт-Петербург : Левша. Санкт-Петербург, 2012. – 51 с.

2. Хроническая болезнь почек и нефропротективная терапия / Е.М.Шилов [и др.].– М. : 2012. – 76 с.

3. Калинин, Р.Е. Первые результаты эпидемиологического мониторинга факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний на территории Рязанского региона / Р.Е. Калинин [и др.]. // Материалы ежегодной научной конференции университета под общ.ред. проф. В.А.Кирюшина. Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова.- Рязань, 2012.- С. 123-125.

4. Факторы риска неинфекционных заболеваний населения Рязанской области (по данным исследования МЕРИДИАН-РО как пилотного проекта исследования ЭССЕ-РФ) / С.А. Бойцов [и др.]. // Профилактическая медицина.- 2013. – № 6. – С. 48-54.

5. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегия кардио-нефропротекции / В.С. Моисеев [и др.].// Российский кардиологический журнал. – 2014. – №8. – С.7-37.

6. Зотова, Л.А. Нестероидные противовоспалительные препараты в современной клинической практике: фокус на безопасность / Л.А. Зотова, В.С. Петров // Наука молодых – EruditioJuvenium. – 2015. -№ 1.- С. 25-30.

7. Лыгина, Е.В. Эффективность и безопасность применения нимулида у больных с остеоартрозом в сочетании с гипертонической болезнью / Е.В. Лыгина // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2006. -№ 1. -С. 44-50.

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОЧАСТОТНОГО БЕГУЩЕГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА

Иванов А.В., Бяловский Ю.Ю.
ОАО Елатомский приборный завод
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
doctor@elamed.com

Цель исследования. Определение возможности использования низкочастотного «бегущего» магнитного поля в программах реабилитации больных деформирующим остеоартрозом.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 96 пациентов с деформирующим остертрозом (ДОА). Применяли БИМП, генерируемое аппаратом «АЛМАГ-01» (частота 6,25 Гц, напряжённость магнитного поля 20 мТл). Клинические исследования проводились на двух группах больных. Первая группа – основная, 52 пациента, получала стандартную медикаментозную терапию с применением БИМП. Вторая группа – контрольная, 44 пациента, получала стандартную медикаментозную терапию и воздействие плацебо-аппаратом, не отличающимся от оригинала.Возраст пациентов в группах от 48 до 76 лет. Анамнез болезни пациентов составлял от 10 до 30 лет, степень артроза (по Келлгрену)-I-III.Для объективизации жалоб больных применялась визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ), краткий опросник Мак-Гилла, индексы Цунга и Бека.Лечение проводилось в соответствии с методическими рекомендациями. Основному излучателю придавалась форма кольцевого соленоида, «N» к поверхности сустава. В соленоид помещался соответствующий сустав. Продолжительность воздействия составляла 15-20 минут один раз в день, на куре 10-15 процедур.

Результаты. После 10-дневного курса лечения пациентов I группы боль значительно регрессировала, отмечено достоверное снижение ее интенсивности по визуально-аналоговой шкале и болевому опроснику. Выраженность болевого синдрома уменьшилась у всех больных.У 30% пациентов боль стала регрессировать уже на 3-4-й день, у 70% – на 6-7-й день приема лекарства.Побочных эффектов не отмечалось ни в одном случае, но следует отмстить, что у 15% больных в процессе лечения отмечалось снижение САД на 12-48 мм.рт.ст., которое субъективно ими не замечалось (исходно у этих больных регистрировалось гипертензия, у 25% – систолическая).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют, что «бегущее» магнитное поле может с успехом использоваться в программах реабилитации больных ДОА, в том числе и у больных, имеющих сопутствующую патологию.

Список литературы

1. Амирджанова В. Н., Койлубаева Г. М // Научно-практическая ревматология. – 2003. – № 2. – С. 72-76.

2. Сизова Л. В. // Научно-практическая ревматология. – 2000. – № 2. – С. 38-42.

3. Anderson R. T., Aaronson N. K., Wilkin D. // Qual. LifeRes. – 1993. – 2. – P. 369-395.

4. Bieleman HJ, Oosterveld FG, Oostveen JC, Reneman MF, Groothoff JW. Work participation and health status in early osteoarthritis of the hip and/or knee: a comparison between the Cohort Hip and Cohort Knee and the Osteoarthritis Initiative. ArthritisCareRes (Hoboken). 2010 May;62(5):683-9.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТАРДИВНОЙ ДИСКИНЕЗИИ В ПРОЦЕССЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Касьянов Е.Д.
Кемеровская государственная медицинская академия
ohkasyan@yandex.ru

Введение. Антипсихотические препараты довольно широко распространены в психиатрической практике. Однако их использование связано с рядом неблагоприятных эффектов, таких как нейролептические экстрапирамидные расстройства (НЭР). НЭР – группа двигательных расстройств, развивающихся в процессе антипсихотической терапии вследствие повреждения базальных ганглиев и дисбаланса в нейромедиаторной системе головного мозга. Традиционно к НЭР относят лекарственный паркинсонизм, акатизию, тардивную дискинезию (ТД) и дистонию. Наиболее грозным осложнением считается ТД, так как она носит стойкий характер и прогрессирует даже после отмены вызвавшего её препарата, что значительно затрудняет процесс терапии, снижает качество жизни пациентов и нередко является причиной самопроизвольного отказа от лечения.

Цель исследования. Выявить распространённость ТД и других НЭР среди пациентов ГКУЗ КО «КОКПБ». Проанализировать факторы риска и особенности течения ТД у лиц, длительно принимающих антипсихотики.

Материалы и методы. На базе ГКУЗ КО «КОКПБ» комплексно обследовалось 65 пациентов с шизофренией (35 мужчин и 30 женщин). В процессе обследования использовались шкалы «Оценки экстрапирамидных симптомов (ESRS)» и «Оценки аномальных непроизвольных движений (AIMS)». В зависимости от наличия ТД все пациенты были распределены на две группы: первая группа – больные с ТД, вторая группа – больные без ТД. Достоверность статистических различий между группами оценивалась с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. ТД встречалась примерно в четверти всех случаев (n=18), что делаёт её вторым НЭР по распространенности: паркинсонизм – 38,5 %; тардивная дискинезия – 27,7 %;дистония – 10,8 %; акатизия – 21,5 %. ТД достоверно чаще отмечалась у женщин. Средний

возраст группы пациентов с ТД составил 45,1±5,3 года, что достоверно выше, чем в группе пациентов без данной патологии (31,6±3,9 года). Чаще всего ТД распространялась на орофациальную область и язык (n=10; 52,6 %). Большинство лиц с ТД получали антипсихотики первого поколения в различных комбинациях между собой и корректором (циклодол). Сопутствующая соматическая патология не вносила весомый вклад в развитие ТД. Большинство лиц с ТД (n=17) по шкале AIMS имели низкий уровень осознания присутствующих у них аномальных движений.

Выводы. Полученные данные свидетельствует о широком распространении двигательных нарушений, в том числе ТД, у пациентов с шизофренией в процессе терапии антипсихотическими препаратами. Выявленные клинические особенности и факторы риска ТД могут быть полезными с точки зрения профилактики и коррекции данной патологии.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ДОМАШНЕГО ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ В Г.МОСКВЕ

Чубарова А.И.[1,2], Костомарова Е.А.[1,2], Жихарева Н.С.[2]
ГБОУ ВПО РНИМУ имени Н.И. Пирогова (1)
ДГКБ № 13 имени Н.Ф. Филатова (2)
eleni@abloy.ru

Введение. Синдром короткой кишки (СКК) – симптомокомплекс, возникающий вследствие снижения адсорбционной поверхности тонкой кишки в исходе резекции, врожденной короткости кишечника или первичной мальабсорбции, приводящий к зависимости от парентерального питания (ПП) [1,4]. Частота СКК – 24.5/100000 новорожденных [1, 2], летальность – 11-37.5% [1, 5]. Этиологическими факторами СКК являются врожденные пороки желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), острая странгуляционная кишечная непроходимость с некрозом тонкой кишки, диффузные нейро- и миопатии кишечника, некротизирующий энтероколит (НЭК), первичные энтеропатии. Многолетнее ПП в стационаре нерационально, домашнее ПП (ДПП) позволяет снизить затраты на лечение, частоту госпитальных инфекций, ускорить процесс реабилитации пациентов [3, 4]. С 2004 г. авторами начато внедрение методики ДПП в г. Москве. В настоящее время на базе университетской клиники РНИМУ им. Н.И. Пирогова ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова существует 4-х этапная система помощи детям с СКК: пренатальное хирургическое консультирование – стационарные отделения (хирургии/патологии новорожденных, педиатрии) – стационар дневного пребывания – стационар на дому.

Цель. Осветить основные принципы системы помощи детям с СКК, реализуемой на базе ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова г. Москвы,

проанализировать основные результаты работы по данному направлению за 2014-2016 гг.

Материалы и методы. Проанализированы исходы у 45 детей (16 мальчиков, 29 девочек) с пострезекционным синдромом мальаборбции, наблюдавшихся в клинике с января 2014 по август 2016 гг. Возраст детей на момент анализа составил от 56 дней (1,8 мес) до 12,4 лет, медиана возраста – 2,5 года.Среди причин СКК: врожденные пороки ЖКТ – 11 детей (31%), острая странгуляционная кишечная непроходимость– 7 детей(20%), НЭК – 4 (14%), диффузные нейро-и миопатии кишечника – 9 (26%), первичные энтеропатии – 3 детей (9%). Длина оставшейся тонкой кишки у перенесших резекцию – от 5-100 см.

Результаты. Из наблюдавшихся 45 пациентов, у 35 была констатирована зависимость от ПП (78%), 32 ребенка их них в разный период времени находились на ДПП, 3 – умерли до выписки на ДПП. За указанный период 20 родителей/законных представителей прошли обучение технике осуществления ПП на базе клиники. В настоящее время в клинике продолжают наблюдаться 26 пациентов, 5 детей выбыли в связи со сменой места жительства, 1 ребенок умер. Среди детей, находившихся на ДПП на момент анализа у 11 человек (34,38%) удалось достичь интестинальной адаптации и отменить ПП,18 детей продолжают получать ПП, из них 10 (31,25%) находятся на ежедневном частичном ПП, 8(25%) – на интермиттирующем режиме ПП: 3 детей (9,38%) имеют 1-2 дня без инфузии в неделю, 5 детей (16%) –3-4 дня в неделю. Причиной смерти в единственном случае стала тромбоэмболия легочной артерии, развившаяся в период госпитализации ребенка, находившего на ДПП, в стационар по поводу ухудшения состояния. Число катетер-ассоцированного сепсиса у наблюдавшихся детей составило 2.58±0.87 случ./1000 катетеро-дней, частота технических осложнений, связанных с центральным катетером- 1.67±0.55случ./1000катетеро-дней [4].

Заключение. СКК является тяжелым заболеванием, требующим мультидисциплинарного подхода, только совместное педиатрическое и хирургическое наблюдение пациентов позволяет достичь положительных результатов. Использования ДПП у данной группы пациентов позволяет сократить сроки стационарного лечения, улучшить социальную адаптацию пациентов и является фармако-экономически целесообразным.

Список литературы

1. Лечение детей с синдромом короткой кишки. Федеральные клинические рекомендации российской ассоциации детских хирургов. М. 2014. URL: http://www.radh.ru/Short_intestinal.pdf.

2. Чубарова А.И. Лечебное энтеральное и парентеральное питание, глава 128 в кн: парентеральное и энтеральное питание: Национальное руководство под ред. М.Ш.Хубутия, Т.С.Поповой, А.И. Салтанова, М., Геотар-Медиа, 2014, с. 653-692.

3. Ерпулева Ю.В., Чубарова А.И. Ведение детей с синдромом короткой кишки и другими формами хронической кишечной недостаточности. Пособие для врачей: Москва, 2015;

4. Chubarova A. Kostomarova E., Zhikhareva N., Radchenko E. «The use of skin-tunneledcentral venous catheters reduces the incidence of complications in children with short bowel syndrome receiving home parenteral nutrition». Clinical Nutrition. An International Journal devoted to Clinical Nutrition and Metabolism, Vol.34, Suppl.1, Sept 2015, p.218-219.

5. Bianchi A. Autologous gastrointestinal reconstruction for short bowel syndrome. Br J HospMed (Lond). 2007 Jan;68(1):24-7.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ДЕТЕЙ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кулаева А.С., Алибалазаде Я.З.
Кировская государственная медицинская академия
sevindzh.m@mail.ru

Введение. На сегодняшний день врождённые пороки развития являются одной из основных проблем современной педиатрии. Статистическое исследование заболеваемости врождёнными пороками сердца города Кирова иКировской области, развитиепромышленности и загрязнение окружающей среды приводят к увеличению заболеваемости врождёнными пороками сердца. Ежегодно в Российской Федерации рождается около 20000 детей с различными пороками сердца.ВПС занимают 1 место среди причин младенческой смертности. В Кировской области наблюдается ряд характерных экологических проблем. Самыми экологически неблагоприятными территориями являются : г. Киров, Кирово-Чепецк, Вятские Поляны и.т.д.

Цель исследования

1. Изучить эпидемиологические проявления заболеваемости новорождённых ВПС и выявить территории и факторы риска по Кировской области.

2. Сделать статистику врожденныхпороковсердц**а** по районам Кировской области и города Кирова.

Объект и методы. Исследование и сбор материала были проведены в детском клиническомконсультативно-диагностическом центре, районныхдетскихполиклиниках, поликлинике детской областной клинической больницы, с 2015 по 2016 год среди новорожденных города Кирова и Кировской области.Окончательный диагнозбыл поставленна основании доплерографическогоисследования сердца и крупных сосудов.

Результаты и обсуждение. Запериод 2015-2016год было выявлено и зарегистрировано в Кирове всего случаев 44 %, районах Кировской обла-

сти зарегистрировано случаев 45 %, всего по Кировской области зарегистрировано 44 % случаев. Изних взято поддиспансерноенаблюдение в Кирове 9% ,в районах Кировской области 8% , всего по Кировской области8%. Состоятна диспансерномучете в Кирове 38%, районах Кировской области 39%, всего по Кировской области39% случаев. Частота встречаемости врожденных пороков сердца составляет средикрупнейших промышленных центров Кировской области: Киров-957; Вятские Поляны-160; Малмыжский район-130; Котельнич-127; Мурашинский район-88; Кирово-Чепецк-85; Юрьянский район-74; Слободской район-67; Зуевский район-59; Куменский район-55; Яранский район-54; Оричевский район-50; Верхошижемский район-48; Верхнекамский район-44; Омутнинский район-43; Уржумский район-40; Санчурский район-42; Афанасьевский район-38; Кильмезский район-34; Советский, Нолинский, Лузский район-31 случаев и т.д. В итоге всего зарегистрировано по г. Кирову 957, по районам 1676 случаев; всего по Кировской области 2633 случаев. Из них взято поддиспансерноенаблюдение в Кирове 205, районах Кировской области 299, всего по Кировской области 504 случаев; Состоят на диспансерном учете по Кировской области 2300, в Кирове 819, районах Кировской области 1445 случаев. На основании данных статистикисделаны следующие выводы.

Выводы

1. Полученные результаты подтверждают необходимость выявления территориальных зон с высоким уровнем заболеваемости, с целью обнаружения средовых факторов, оказывающих неблагоприятное влияниена здоровье населения и проведения необходимых профилактических мероприятий.

2. Проведение своевременной диагностики и мер профилактики для снижения тенденции младенческой смертности.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОМАТОСЕНСОРНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Лесик О.О.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
lesikolga@gmail.com

Введение. Вызванные потенциалы (ВП) могут значительно меняться при морфологической интактности мозговых систем и отсутствие нарушений чувствительности, поэтому применение этого метода обосновано при эпилепсии [1]. ВП дает возможность количественно тестировать возбудимость мозговой ткани, наклонность исследуемых структур к синхронизации актив-

ности, оценить порог судорожной готовности, объем структур, вовлекаемых в патологию в разных функциональных состояниях мозга. Тем не менее, клинические исследования ВП при эпилепсии проведены в гораздо меньшем объеме, чем в других областях неврологической диагностики [2].

Цель исследования. Выявить особенности показателей соматосенсорных вызванных потенциалов и оценить функциональную активность головного мозга при эпилепсии у мужчин и женщин. Задача оценки состояния отдельных анализаторов нами не ставилась.

Материалы и методы. Обследовано 76 пациентов с достоверным диагнозом эпилепсии (44 мужчин и 32 женщины),средний возраст мужчин 39,69±9,24, женщин 37,31±7,02. В качестве контроля для 1 группы использовались мужчины без эпилепсии, для группы 2 – женщины без эпилепсии.

Исследовались длиннолатентные соматосенсорные вызванные потенциалы (ССВП) в фоновом состоянии, при гипервентиляции и после нагрузки. Проводилась стимуляция срединного нерва правой руки с регистрацией ССВП по 2 каналам, электроды которых располагались на скальпе в проекции задних центральных извилин – первичной чувствительной зоны (С3, С4 по схеме «10-20»).

У больных эпилепсией как мужчин, так и женщин амплитуда и площадь ВП статистически достоверно выше ($p<0,01$), чем в группе контроля во всех состояниях. Что свидетельствует о высокой реактивность головного мозга.

В фоновом состоянии между мужчинами и женщинами с эпилепсией статистически значимых различий не получено. При гипервентиляции у мужчин отмечается снижение всех показателей, что указывает на высокую исходную активность головного мозга и низкую адаптацию к нагрузочным пробам. У женщин амплитуда и площадь ВП повышается также как в группе контроля, следовательно говорит о достаточной адаптации к нагрузке. Таким образом, при гипервентиляции выявлена статистически достоверная разница ($p<0,05$) между показателями ВП мужчин и женщин с эпилепсией, которая показывает преобладание тормозного и возбуждающего влияния головного мозга соответственно. При релаксации у мужчин с эпилепсией отмечается незначительное увеличение показателей, однако амплитуда ВП в отведении С3 статистически достоверно ниже, чем в фоновом состоянии. У женщин с эпилепсией амплитуда и площадь ВП выше, чем у мужчин, причем в отведении С3 статистически достоверная разница ($p<0,05$), однако у мужчин показатели не достигали исходных, а у женщин продолжали увеличиваться, что говорит о возбуждающем влиянии и функциональной активности головного мозга.

Очевидно, по мере увеличения уровня эпилептической активности мозга амплитуда ВП сначала нарастает, а по достижении определенного критического значения, соответствующего достаточно высокому актуальному уровню эпилептической активности, критически падает ниже средних значений. Обнаружение определенных значений амплитуды ВП при отсутствии других его характерных изменений само по себе не может полностью охарак-

теризовать состояние мозга при эпилепсии. Применение функциональных проб, в частности гипервентиляции, позволяет получить дополнительную информацию. Высокая исходная амплитуда ВП с ее падением при гипервентиляции может говорить о неблагоприятном прогнозе течения заболевания.

Список литературы

1. Гнездицкий В.В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике/ В.В. Гнездицкий. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – С. 252.: ил.

2. Жаднов В.А. Диагностическое значение соматосенсорных вызванных потенциалов при эпилептических приступах// Современные диагностические и восстановительные технологии. – Рязань, 2000. – С.79-81.

РОЛЬ СЕМЬИ В ГЕНЕЗЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Лукашук А.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
lukashuk-alex62@yandex.ru

Уже долгие годы внимание исследователей всемирного сообщества приковывает проблема суицида. Суицид стоит на стыке множества наук. Для решения этой проблемы ведется много работы, но, несмотря на это, показатели смертности от суицида остаются достаточно высокими. По данным ВОЗ, ежедневно 2300 человек совершают суицид (1000 из них – подростки), а ежегодно погибает около миллиона человек.

Суицид рассматривают как аутоагрессивное поведение личности, направленное на намеренное лишение себя жизни, а также сознательный отказ от реальных возможностей избежать смерти в критической ситуации.

Суицид, как явление, коснулся не только зрелого население, но и лиц молодого возраста, детей и подростков, причем именно молодые люди чаще совершают попытки суицида. Максимальное количество суицидальных попыток приходится на возраст от 16 до 24 лет.

Причины самоубийств связаны с генетическими, социальными, биологическими, психологическими факторами.

Выделяют две группы факторов риска суицида. Во-первых, это потенциальные факторы, которые создает почву для суицида, а, во-вторых, клинические факторы. К потенциальным факторам относятся расстройства внутрисемейных отношений, дисгармоничность личности. К клиническим факторам обычно относятся депрессивные состояния, состояние безысходности и одиночества, обида, гнев и пр.

Наиболее малоизученной, но очень важной составляющей подросткового суицида является внутрисемейная атмосфера. Гармоничная обста-

новка в семье является очень мощным социализирующим и защищающим механизмом для подростка и ее нарушения, по всей видимости, нарушают баланс витального благополучия. Так, например, потеря одного из родителей ребенком в возрасте от 6 до14 лет является серьезным фактором риска суицидального поведения. Отсутствие у ребенка значимого взрослого является фактором риска суицида. Указывается, что среди детей и подростков, совершивших суицид, больше трети имели родителей, страдающих психическими расстройствами (обычно болезнями зависимости).

Больше 60% подростков, совершивших суицид, были воспитаны в неполных семьях, причем распад семьи приходился на дошкольный возраст. Подросток, лишенный доказательств родительской любви, сложнее устанавливает дружеские социальные связи и имеет низкое самоуважение. Часто суицидальная попытка играет роль сигнала о помощи, направленного родителям с целью изменить внутрисемейный строй. Панченко Е.А. (2015) в своем исследовании выявила, что лишь 36% пациентов охарактеризовали отношения в семье как гармоничные, доброжелательные, стабильные, а вот оставшиеся 64% оценили обстановку в родительской семье как деструктивную, включающую скандалы, пьянство родителей и т.п.

Таким образом, в генезе суицидальной активности важную роль играют особенности функционирования семьи. По всей видимости, на фоне психотравмирующих детских впечатлений закладываются аутоагрессивные паттерны.Учитывая особенности внутрисемейного климата подростков, можно индивидуализировать и повысить эффективность психотерапевтических подходов к превенции, лечению и реабилитации суицидального поведения.

Список литературы

1. Лукашук А.В., Меринов А.В. Клинико-суицидологичсеская и экспериментально-психологическая характеристики молодых людей, воспитанных в «алкогольных» семьях / А.В. Лукашук, А.В. Меринов // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 4. – С. 82-87

2. Лукашук А.В., Меринов А.В. Самоповреждения у подростков: подходы к терапии / А.В.Лукашук, А.В. Меринов // Наука молодых – EruditioJuvenium. – 2016. – № 2. – С. 67-71.

3. Лукашук А.В., Филиппова М.Д., Сомкина О.Ю. Характеристика детских и подростковых суицидов / А.В. Лукашук, М.Д. Филиппова, О.Ю. Сомкина // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2016. – № 2. – С. 137-143.

4. Меденцева Т.А., Лукашук А.В., Сомкина О.Ю., Байкова М.А., Филиппова М.Д. Неполная родительская семья: влияние на аутоагрессивные и личностно-психологические особенности девушек, воспитанных в них / Т.А. Меденцева, А.В. Лукашук, О.Ю. Сомкина, М.А. Байкова, М.Д. Филиппова // Наука молодых – Eruditio Juvenium. – 2016. – № 1. – С. 83-88.

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА В СОЧЕТАНИИ С СЕПСИСОМ

Майорова Е.А.[1], Никуленкова Н.Е.[1], Букарева М.М.[1], Зотова Л.А.[2]
Владимирская областная клиническая больница (1)
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова (2)
nikulenkov@yandex.ru

Системная красная волчанка (СКВ) – системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся гиперпродукцией органоспецифических аутоантител к различным компонентам клеточного ядра с развитием иммуновоспалительного повреждения тканей и внутренних органов.

Пациентка А., 1984 г.р., поступила в отделении гинекологии ГБУЗ ВО ОКБ24.11.2015г. Переведена из роддома на7 сутки после третьих срочных родов с предварительным диагнозом «Миоэндометрит послеродовый». При поступлении жалобы на повышение температуры тела до 38°С, на боли в мышцах и суставах без припухания и четкого суточного ритма, на общую слабость, ознобы. В отделении гинекологии с первого дня получала цефотаксим, метронидазол, парацетамол, НПВП- без эффекта. Объективно: состояние тяжелое, Т 38,5°С, кожа и слизистые нормальной окраски. Суставы визуально не изменены, объем активных движений в суставах полный, пальпация безболезненна. В анамнезе – три беременности, вторая и третья наступили с интервалом в 1 год. Проблем с наступлением беременности и вынашиванием не было. Во время второй беременности отмечала боли в суставах кистей и стоп, без припухания, без четкого суточного ритма. К врачу не обращалась, не обследовалась. Наследственность по ревматологической патологии не отягощена. Сопутствующих заболеваний нет. Производственных вредностей нет. В ходе третьей беременности после 20й недели – усиление болей в суставах, появление дефигураций мелких суставов кистей, обращалась к ревматологу: при осмотре в поликлинике был установлен диагноз недифференцированного артрита, рекомендовано дообследование, однако, по решению пациентки,оно было отложено на посдеродовый период. 24.11.2015г., при переводе в отделение гинекологии, впервые осмотрена ревматологом ГБУЗ ВО ОКБ: назначен анализ крови на выявление аутоантител, спектр терапии оставлен прежним.27.11.2015г., осмотрена ревматологом повторно с результатами иммунологического обследования.Выявлено АНА 1: 1280, в блоте-0 RnpSm++++, dsDNA++++, нуклеосомы++++,а- ДНК-200 МЕ\мл, РФ 96МЕ/мл.К моменту повторного осмотра состояние с некоторой отрицательной динамикой- сохраняется лихорадка до 39°Сежедневно, несмотря на прием антибиотиков и парацетамола, с потрясающими ознобами. Присоединилась герпетическая инфекция (herpes labialis, nasalis). Установлен диагноз: Вероятная СКВ, впервые установленная, А 2 (полиартрит, лихо-

радка, анемия, лейкопения, ускоренная СОЭ, иммунологические нарушения).Ввиду недостаточности критериев, отсутствия в анамнезе данных, указывающих на активную СКВ в течение последних двух лет, наличия острой инфекции в дородовом периоде и наличия гинекологического источника инфекции на момент осмотравысказывается четкое мнение, что тяжесть состояния пациентки не обусловлена СКВ.Дана рекомендация для тщательного обследования пациентки с целью исключения гематологической патологии, паранеопластического синдрома и рекомендована смена или усиление антибактериальной терапии. Назначена противовирусная терапия ацикловиром.В связи с впервые установленным диагнозом СКВ была назначена глюкокортикостероидная терапия по причине невысокой активности заболевания и наличия сопутствующих инфекций в дозе 24 мг метипредав сутки.При дообследовании:УЗИ гениталий от 30.11.2015г.- картина эндометрита; Ренгенограмма легких от 25.11.2015г.- без патологии; УЗИ брюшной полости от 25.11.2015г.- эхо- картина гепатомегалии, увеличения обеих почек, МКБ- конкремент в проекции правой почки 0,3 см, увеличение лимфоузлов в воротах селезенки; колоноскопия от 30.11.2105г.- без патологии; МСКТ органов брюшной полости от 30.11.2015г.- гепатоспленомегалия. Отек паренхимы печени. Признаки отека паренхимы поджелудочной железы. Образование в воротах селезенки необходимо дифференцировать между конгломератом увеличенных лимфоузлов, образованием и новообразованием хвоста поджелудочной железы. Гиперплазия забрюшинных лимфоузлов; УЗИ щит железы, молочных желез от 26.11.2015г.- без патологии; Эхо-КГ от 30.11.2105 – без патологии; УЗИ лимфоузлов от 30.11.2015г.- надключичиные, подключичные л/у не определяются. Подмышечные лимфоузлы справа 3,6 см, слева 3,1, см; посевы крови на стерильность многократно- роста нет; стернальная пункция от 30.11.2015г.- пунктат многоклеточный, полиморфный, с расширением эритроидного ростка. Отмечается анизоцитоз, полихроматофилия эритроцитов. В гранулоцитарном ростке отмечается задержка созревания нейтрофилов. 07.12.2015г. проведен консилиум в составе гинекологов, хирургов, онкологов, ревматологов, инфекционистов. Состояние пациентки без положительной динамики, сохраняется лихорадка до 39°С, боли в уставах и мышцах, ознобы, общая слабость, снижение массы тела- вес 58 кг (на момент поступления в гинекологическое отделение-67 кг). Сохраняется анемия- гемоглобин 70 Г/л, несмотря на ежедневные гемотрансфузии, СОЭ до 80 мм/ч, лейкоциты $3,5*10^9$/л. Коллегиально высказано мнение о вероятности гинекологического сепсиса, приято решение о смене антибиотиков на комбинацию ванкомицин+ метронидазол+ эртапенем.10.12.2015г.- состояние без положительной динамики. Консилиумом в составе специалистов акушерско-гинекологической службы принято решение о необходимости экстирпации матки.Операция лапаротомии проводится 10.12.2015г. расширенным составом, гинекологи- хирурги- онкологи

, в т.ч. для уточнения генеза новообразования в воротах селезенки. Течение операции без особенностей, в ходе операции уточнено, что образование – это конгломерат лимфоузлов с распадом, макроскопически наиболее характерных для метастатических. Взят материаллимфоузлов, отправлен на иммуногистохимический анализ в ГНЦ. Гистологически данных за онкопатологию нет. В послеоперационном периоде- перевод в ОРИТ. Состояние тяжелое. С 12.12.2015г. появляется одышка и кашель. По рентгенограмме легких признаки двухсторонней пневмонии, расширение тени тени сердца.Наблюдается медленная отрицательная динамика состояния. 15.12.2015г. ввиду выраженной дыхательной недостаточности пациентка переведена на ИВЛ. Коллегиально принято решение о смене антибиотиков на линезолид с подключением в/в иммуноглобулинов.С 17.12.2015г. намечается некоторая положительная динамика состояния- СОЭ снизилась до 49 мм/ч, субфебрилитет.19.12.2015г значительное улучшение общего состояния, нормализация температуры тела, снята с респираторной поддержки. Готов результат иммуногистохимии- данных за гематологическое заболевание нет. 21.12.2015г. на обзорной рентгенограмме легких очаговых и инфильтративных изменений нет.Многократно осмотрена гинекологом – дополнительных рекомендаций по ведению дополнительно нет. 24.12.2015г. переведена в отделение неотложной кардиологии. Выписана 11.01.2016г. со значительной положительной динамикой. При выписке жалоб нет, температура тела нормальная, одышка и кашель не беспокоят, ОАК, ОАМ, биохимический анализ – без патологии.Перед выпиской осмотрена ревматологом, рекомендовано еще на 6 недель оставить дозу метипреда прежней, к лечению добавить плаквенил 200 мг в сутки, даны рекомендации по лабораторному мониторингу.Осмотрена ревматологом в середине марта 2016 года, пациентка начала снижение дозы метипреда.В настоящее время получает12 мг метипреда и 200 мг плаквенила. Состояние удовлетворительное, жалоб нет.

Заключение. Данный случай интересен наличием коморбидного состояния – СКВ и гинекологический сепсис, при этом тяжесть клинического состояния была обусловлена именно второй патологией. Именно совместная работа гинекологов, хирургов, ревматологов, онкологов позволило добиться положительного исхода заболевания.

Список литературы

1. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний: руководство для практикующих врачей / под ред. В.А. Насоновой, Е.Л. Насонова. М.: Литтерра, 2003. – 507 с.

2. Ревматология: клинические рекомендации / под ред. Е.Л. Насонова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.-288 с.

3. Рекомендации EULAR по лечению системной красной волчанки // Состав.: G. Bertsias, J. Ioannidis, J. Boletis et al.// Науч-практ. ревм. – 2008.-№1.-с.93-98с.

4. Решетняк, Т.М. Комментарии к рекомендациям Европейской антиревматической лиги по ведению больных системной красной волчанкой /Т.М. Решетняк, Т.А. Лисицина, Н.М. Кошелева и др.// Современная ревматология. 2008. – №3. – с. 8-21.

5. Современные стандарты лабораторной диагностики ревматических заболеваний // Состав.: Е.Л. Насонов, Е.Н. Александрова. М., 2006. - 59 с.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Меденцева Т.А., Жукова Ю.А.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
tatiana_medentseva@mail.ru

Введение. Ассоциированное с алкогольной зависимостью суицидальное и несуицидальное аутоагрессивное поведение является серьёзной проблемой. На фоне алкоголизма суициды и другие формы аутоагрессивного поведения наблюдаются в 20-60 раз чаще.

Цель исследования. Установить степень различий аутоагрессивных, наркологических и личностно-психологических характеристик между мужчинами и женщинами, страдающими алкоголизмом.

Материалы и методы. Обследуемые сформированы с помощью критериев включения и исключения. Диагностического инструмент – опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем. Статистический анализ данных проведенв программе Exel 2010.

Результаты. Обследовано 62 мужчины и 62 женщины, страдающих алкоголизмом, состоящие на момент обследования в браке. Показатели классической суицидальной аутоагрессии не имели значимых отличий. Эмоциональные предикторы и высокие показатели общепризнанных предикторов аутоагрессивного поведения превалируют у женщин. У мужчин выявлены высокие показатели бихевиоральных предикторов. Наркологические характеристики соотносятся с данными литературы.

Заключение. Алкогольная зависимость в обеих популяциях представляет собой серьезную опасность в плане развития суицидальных тенденций.Между мужчинами и женщинами не обнаружено статистически значимых отличий в спектре суицидальной аутоагрессии. Отличия предикторов аутоагрессивного поведения указывают, что психологический фон женской популяции способствует развитиюантивитальных тенденций,что

требует дальнейшего изучения в контексте суицидологии и наркологии, для разработки профилактических и терапевтических мероприятий.

Список литературы

1. Лукашук А.В., Меринов А.В. Клинико-суицидологическая и экспериментально-психологическая характеристики молодых людей, воспитанных в «алкогольных» семьях // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2014.№ 4.С. 82-87.

2. Сафронова А.В., Меринов А.В. Распространенность употребления психоактивных веществ среди юношей и девушек, обучающихся в высших учебных заведениях // Наука молодых (EruditioJuvenium). 2014. № 3. С. 109-113.

3. Меринов А.В., Шитов Е.А., Лукашук А.В., Сомкина О.Ю. Аутоагрессивная характеристика женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкоголизмом // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2015. № 4. С. 81-86

4. Шитов Е.А., Меринов А.В., Шустов Д.И., Федотов И.А. Клиническая и суицидологическая характеристика больных алкогольной зависимостью с сопутствующим пограничным расстройством личности // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2015. № 4. С. 87-90.

5. Меринов А.В. Вариант эпискрипта в семьях больных алкогольной зави-симостью // Наркология. 2010. № 3. С. 77-80

6. Разводовский Ю.Е. Корреляты суицидального поведения мужчин, страдающих алкогольной болезнью // Суицидология. 2014. №2 (15). С. 38-42.

7. Ворошилин С.И. Алкогольный фактор среди причин роста самоубийств в СССР и в постсоветскихгосударствах // Суицидология.2012. №2. С. 23-33.

ДИСЛИПИДЕМИЯ И СТРАТИФИКАЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Мосейчук К.А.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
ka.moseychuk@gmail.com

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), обусловленные атеросклерозом, начинают развиваться задолго до появления первых клинических симптомов. У пациентов без клинических проявлений атеросклероза большое внимание уделяется оценке категории риска, в связи с чем крайне важным становится выявление факторов риска, биохимических маркеров атеросклероза и использование дополнительных методов исследования для оценки состояния сосудистой стенки [1, 2].

Цель исследования. На основании регистрового исследования провести анализ полноты обследования, выявления факторов риска в амбулаторных условиях у пациентов с артериальной гипертонией (АГ), хронической сердечной недостаточностью (ХСН), фибрилляцией предсердий (ФП) и их сочетаниями, не имеющих клинических проявлений атеросклероза.

Материалы и методы. В регистр РЕКВАЗА [3] включено 3690 пациентов с АГ, ишемической болезнью сердца (ИБС), ХСН, ФП и их сочетаниями, обратившихся за медицинской помощью в поликлиники Рязанской области в 2012-2013 годах по поводу ССЗ. Из них 1085 пациентов (29,4%) не имели в анамнезе ИБС и/или острого нарушения мозгового кровообращения, клинических проявлений атеросклероза периферических артерий, в т.ч. у 716 (66%) пациентов имела место АГ без сочетания с другими ССЗ, У 348 (32,1%) пациентов – сочетание АГ и ХСН, в 0,8% случаев (9 пациентов) – сочетание АГ, ХСН и ФП, а 1,1% приходились на другие нозологические формы и их сочетания. Средний возраст пациентов составил 57,0 лет (50,1;63,7). Большую часть пациентов составляли женщины – 73,2% (794 пациента), мужчины – 26,8% (261 пациент).

Результаты. По результатам анализа данных амбулаторных карт был выявлен низкий уровень оценки факторов риска у пациентов: 97,9% пациентов не имели в амбулаторной карте указаний на статус курения. 13% пациентов страдали сахарным диабетом, указание на отягощенную наследственность по ССЗ имели 3,4% пациентов, избыточную массу тела/ожирение – 12,7% больных, у 6,5% пациентов отмечалось снижение скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73м2. У 67,3% пациентов уровень систолического артериального давления (АД) на индексном визите составил 140 мм рт.ст. и выше. У 1,9% пациентов уровень АД на визите не определялся.

Из данных липидного профиля крови по данным амбулаторных карт наиболее часто определялся уровень общего холестерина (ХС) – 65,5%, реже ХСЛПНП – 3,7%, ХСЛПВН – 4,8%, ТГ – 9,3%. 34,4% пациентов не имели в амбулаторной карте данных об уровне липидов крови. [4] Из 708 пациентов, имевших данные об уровне общего холестерина, у 40,9% отмечался уровень выше рекомендуемого в популяции (более 5,5 ммоль/л). Из 708 пациентов 26,1% относились к категории очень высокого сердечно-сосудистого риска, 20,9% – к категории высокого риска, 29,6% – к категории умеренного риска и 23,4% – к категории низкого риска.

Только у 46 пациентов (4,2%) имелись данные о проведении ультразвукового исследования сонных артерий, при этом у 11 из них выявлено утолщение комплекса интима-медиа, у 15 пациентов выявлены атеросклеротические бляшки.

У 48,2% пациентов в амбулаторной карте имелись рекомендации по коррекции питания, у 10,8% – рекомендации по коррекции АД, у 3,2% – по коррекции гиподинамии, у 2,6% и 2,5% – по коррекции дислипидемии и избыточного веса соответственно, у 1,7% – по отказу от курения.[5, 6]

Заключение. У пациентов с АГ, ХСН, ФП и их сочетаниями без клинических проявлений атеросклероза недостаточно часто используется определение показателей липидного спектра крови, в неполном объеме выполняются методы инструментального обследования, направленные на выявление субклинических форм атеросклероза. Недооценка сердечно-сосудистого риска у данной категории больных ограничивает возможности назначения обоснованных рекомендаций по коррекции факторов риска.

Список литературы

1. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации (V пересмотр). Атеросклероз и Дислипидемии. –2012. Т.9 –№4. –С. 5- 53

2. Оганов Р. Г. и др. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике //Кардиоваскулярная терапия и профилактика (приложение 2 к журналу). – 2011. – Т. 10. – №. 6. – С. 3-64.

3. Бойцов С. А. и др. Амбулаторно-поликлинический регистр кардиоваскулярных заболеваний в Рязанской области (РЕКВАЗА): основные задачи, опыт создания и первые результаты //Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2013. – Т. 9. – №. 1 (1). – С.4-14.

4. Ершова А. И. и др. Диагностика и лечение больных с выраженной гиперхолестеринемией в реальной амбулаторно-поликлинической практике (по данным регистра РЕКВАЗА) //Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2014. – Т. 10. – №. 6. – С.612-616.

5. Особенности обследования пациентов с ишемической болезнью сердца в амбулаторной практике по данным регистрового наблюдения / К.Г. Переверзева [и др.] //Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. -2014. -№ 1. -С. 90-96.

6. Филиппов, Е.В. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний в Рязанской области (по данным исследования МЕРИДИАН-РО)/ Е.В.Филиппов, С.С.Якушин // Наука молодых (Eruditio Juvenium).- 2013.- № 4.- С.91-105.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Никуленкова Н.Е.[1], Майорова Е.А.[1], Букарева М.М.[1], Зотова Л.А.[2]
Владимирская областная клиническая больница (1)
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова (2)
nikulenkov@yandex.ru

Системная красная волчанка (СКВ) – системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся гиперпродукцией органо-

специфических аутоантител к различным компонентам клеточного ядра с развитием иммуновоспалительного повреждения тканей и внутренних органов.

У пациентки Л., 1987 г.р., в марте 2013г в течение месяца после преждевременных родов появились боли в правой половине лица, нарушение речи ввиде нечеткости. Речь постепенно восстановилась. В течении месяца появились боли в правой половине лица, в руках, которые сохранялись в течении лета,с сентября –вновь нарушилась речь, появилась слабость, тошнота. 27.09.2013г госпитализирована в неврологическое отделение ГБУЗ ВО «ОКБ» г. Владимир. Объективно: легкая дизартрия, дисфония, глоточный рефлекс снижен с обеих сторон, слабость мимических мышц с обеих сторон. В позе Ромберга устойчива.При дообследовании: по клиничесекским анализам крови и мочи, б/х крови-без отклонений;прозериновая проба-отрицательная;фиброларингоскопия-без патологии;ЭНМГ- данных за миастению нет;осмотрена ревматологом-данных за системные заболевания соединительной ткани нет; офтальмолог-без патологии. МРТ ГМ (10.09.2013г): признаки немногочисленных очаговый изменения вещества мозга в обеих его гемисферах; наиболее вероятно – очаги дисциркуляторно-дистрофического характера, но нельзя полностью исключить их демиелинизирующий характер. Проведено лечение: ноотропная и сосудистая терапия, витамины гр. В – без улучшения.Рекомендована консультация в миастеническом центре г. Москва, где диагноз миастении не подтвержден. 21.11.2013г. госпитализируется в неврологическое отделение ГБ №2 г. Нижний Новгород. Сохраняются боли в правой половине лица, нарушение речи, полиартралгии, шаткость при ходьбе, снижение памяти и внимания.При обследовании: дизартрия, девиация языка вправо, асимметрия носогубных складок, в позе Ромберга пошатывание, снижение мышечного тонуса, координаторные пробы выполняет с интенцией с ног. В общеклинических и биохимическом анализах патологии не обнаружено. При повторной МРТ головного мозга подтверждаются очаговые изменения вещества мозга в обеих его гемисферах демиелинизирующего характера. Диагностированрассеянный энцефаломиелит.Проведена пульс-терапия дексаметазоном.При выписке рекомендовано: метипред 20 мг в сутки в течении месяца,потом снижение метипреда до 16 мг в течении месяца иповторный осмотр невролога сконтролем МРТ головного мозга.Пациентка повторно на консультацию не явилась ввиду удовлетворительного самочувствия и самостоятельно полностью отменила метипред через 2 месяца от начала течении.На протяжении года пациентка продолжала чувствовать себя удовлетворительно.Ухудшение самочувствия с октября 2014г, когда возобновились боли в коленных суставах. С ноября 2014г боли практически во всех суставах, летучего характера. Приобследовании по месту жительства диагностированаполиартропатия неуточненного генеза и продолжен прием НПВП.Январь-февраль 2015г- появление лихорадки до 38, язвенные элементы в ротовой полости, которые расценены как афтозный стоматит,снижение веса.11.02.2015г осмотрена ревматологом ГБУЗ ВО «ОКБ» г. Владимир, рекомендовано дообследование. Но пациентка рекомендации не выполнила, на

повторный осмотр не явилась.В марте продолжалось повышение температуры тела до 39-40, снижение веса достигло минус 10 кг. 10.03.2015г повторный осмотр ревматолога ОКБ. При дообследовании: АНА- гранулярный тип свечения 1:1280, а-ДНК-200 Ед/л (N до 25), ANCA- необнаружено. МРТ с контрастным усилением (10.03.2015г.): МР-картина демиелинизирующиего заболевания головного мозга. МР-признаков «активных» очагов не выявлено.24.03.2015г госпитализирована вревматолгическое отделение с диагнозомвероятная СКВ.При осмотре: лихорадка до 39.5,дизартикуляция, гиперкинез языка и оромандибулярноймаскулатуры- неконтролируемые движения языка (малая хорея) приводят его к «прикусыванию» и образованию язвочек с налетом, устойчивый нистагм в крайне-левом отведении взора, с диффузно снижен мышечный тонус, в позе Ромберга пошатывание, тремор кистей рук, ПНП и ПКП выполняет с интенционым дрожанием, суставы визуально не изменены, при пальпации болезненность в мелких суставах кистей. В данных обследовании: легкая анемия (нормохромная, нормоцитарная) до 95 г/л, ускоренноеСОЭ до 38 мм/ч, общий клинический анализ мочи, б/х крови- патологии не обнаружено, УЗИ брюшной полости, ЭХО-КГ, глазное дно, Rtgорганов грудной клетки, люмбальная пункция- патологии не выявлено.Проведено лечение: преднизолон 40 мг в сут, внутрь, программная интенсивная терапия (ПИТ) сверхвысокими дозами глюкокортикостероидов и цитостатиков (метипред 1000 мг в/в кап-но №3 -26.03.-28.03.2015г. +циклофосфан 800 мг в/в кап-но №1-27.03.2015г.) , пероральный приемпреднизолон 40 мгв сут, внутрь.24.04.2015г., 27.05.2015, 23.06.2015, 23.07.2015 проведение повторных курсов ПИТ.Отмечается положительная клинико-лабораторная динамика- Hg-114г/л, СОЭ-8 мм/ч, нормализация температура тела, отсутствие артралгий, купирование хореиязыка.

Заключение. У молодой женщины, первые признаки СКВ появились после преждевременных родов и проявлялись преимущественным поражением ЦНС, с подтвержденнымиизменениями на МРТ головного мозга. Потребовалось проведение дифференциальной диагностики между миастенией, миопатией, полимиозитом. Только через год от начала болезни появились системные проявления в видеустойчивой к терапии лихорадки, снижения веса, анемии хронических заболеваний, которые позволили предположить наличие системных заболеваний, в т.ч. СКВ, с преимущественным поражением ЦНС.Проведены обследования, подтверждающие высокую иммунологическую активность. Своевременное проведение программной интенсивной терапии сверхвысокими дозами глюкокортикостероидов и цитостатиков привело к значительному улучшению клинической картины и лабораторных показателей

Список литературы

1. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний: руководство для практикующих врачей / под ред. В.А. Насоновой, Е.Л. Насонова. М.: Литтерра, 2003. – 507 с.

2. Ревматология: клинические рекомендации / под ред. Е.Л. Насонова. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.-288 с.

3. Рекомендации EULAR по лечению системной красной волчанки // Состав.: G. Bertsias, J. Ioannidis, J. Boletisetal.// Науч-практ. ревм. – 2008.-№1.-с.93-98с.

4. Решетняк, Т.М. Комментарии к рекомендациям Европейской антиревматической лиги по ведению больных системной красной волчанкой /Т.М. Решетняк, Т.А. Лисицина, Н.М. Кошелева и др.// Современная ревматология. 2008. – №3. – с. 8-21.

5. Современные стандарты лабораторной диагностики ревматических заболеваний // Состав.: Е.Л. Насонов, Е.Н. Александрова. М., 2006. - 59 с.

ДИНАМИКА НАЗНАЧЕНИЯ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПАЦИЕНТАМ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕКВАЗА

Переверзева К.Г.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
pereverzevakg@gmail.com

Цель иисследования. Оценить динамику назначения оральных антикоагулянтов (ОАК) среди амбулаторных пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) в течение 2012 – 2016 гг. по данным регистра [1,2] сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) РЕКВАЗА.

Материал и методы. В регистр РЕКВАЗА [3] включались пациенты старше 18 лет, страдающие артериальной гипертонией (АГ), ишемической болезнью сердца [4], хронической сердечной недостаточностью (ХСН), ФП и их сочетаниями [5], обратившиеся к терапевту/кардиологу по поводу любого ССЗ в три случайно отобранные поликлиники Рязанской области в 2012 – 2013 гг. Всего было включено 530 пациентов с ФП [5,6], из которых была сформирована репрезентативная группа пациентов с ФП (n=112), у которой по данным медицинской документации и опроса оценивалась частота назначения ОАК в течение 2012 – 2016 гг. Из 112 пациентов с ФП мужчин было 30,4%. Медиана возраста пациентов составила 75,0 (69,1; 82,1) лет.

Результаты. При оценке риска тромбоэмболических осложнений (ТЭО) по шкале CHA2DS2-VASc медиана баллов составила 5,0 (4,0; 6,0) баллов, значений CHA2DS2-VASc ≤1 получено не было. Наиболее распространенными факторами риска ТЭО являлись: ХСН (100%), АГ (99,1%), перенесенный ранее инфаркт миокарда (20,5%), сахарный диабет (19,6%), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе (14,3%).

При оценке риска развития геморрагических осложнений на фоне приема ОАК по шкале HAS-BLED медиана баллов составила 2,0 (1,0;2,0) балла. Значение HAS-BLED ≤2 имели 84,8% (95) пациента, HAS-BLED ≥3 – 15,2% (17). Наиболее распространенными факторами риска кровотечений являлись: прием лекарственных препаратов, повышающих риск кровотечения (71,4%), ОНМК в анамнезе (15,2%), АГ, если на момент включения в Регистр систолическое артериальное давление превышало 160 мм рт. ст., (9,8%). В единичных случаях (по 0,9%) факторами риска кровотечений являлись нарушение функции почек (уровень креатинина сыворотки крови ≥200 мкмоль/л) и «большие» кровотечения в анамнезе. Значимый вклад в увеличение риска ТЭО и кровотечений вносил возраст пациентов: 81,3% пациентов были старше 65 лет.

По данным амбулаторных карт пациентов оценка риска кровотечений и ТЭО по соответствующим шкалам не проводилась.

В течение 2012 г. ОАК были назначены в 5,4% случаев, при этом варфарин в 4,5% случаев, новые оральные антикоагулянты (НОАК) – в 0,9%.

За период наблюдения с 2012 по 2015 гг. выявлено увеличение частоты назначения ОАК пациентам с ФП и высоким риском ТЭО в 2,7 раза, НОАК – в 4,7 раза, варфарина – в 2,3 раза, но данные различия не являются статистически значимыми. При сравнении данных 2012 года и марта 2016 года выявлено статистически значимое увеличение частоты назначения ОАК до 20,0%, т.е. в 3,7 раза (p=0,01), как за счет увеличения частоты назначения НОАК в 5,9 раза (p=0,14), так и за счет увеличения частоты назначения варфарина в 3,3 раза (p=0,049).

Выводы

1. По данным регистра РЕКВАЗА у пациентов с ФП, имеющих высокий риск ТЭО, в 2012 году ОАК были назначены лишь 5,4% пациентов.

2. За четыре года наблюдения частота назначения ОАК осталась совершенно недостаточной, однако, статистически значимо возросла до 20,0% за счет увеличения частоты назначения варфарина в 3,3 раза и НОАК в 5,9 раза.

Список литературы

1. Good Practice for Patient Registries / Richard Gliklich // AHRQ Annual Meeting (Bethesda, MD September 9, 2008) – Bethesda, 2008. – URL: http://www.powershow.com/view1/e0bbf-ZDc1Z/Good_Practice_for_Patient_Registries_AHRQ_Annual_Meeting_Bethesda_MD_September_9_2008_Speaker_Ric_powerpoint_ppt_presentation

2. Registries for Evaluating Patient Outcomes: A User's Guide / R.E. Gliklich. – Rockville, MD:Agency for Healthcare Research and Quality, 2010. – 348 p.

3. Амбулаторно-поликлинический регистр кардиоваскулярных заболеваний в Рязанской области (РЕКВАЗА): основные задачи, опыт создания и первые результаты / С.А. Бойцов [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2013. – Т .9, № 1. – С. 4-13.

4. Особенности обследования пациентов с ишемической болезнью сердца в амбулаторной практике по данным регистрового наблюдения / К.Г. Переверзева [и др.] //Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. -2014. -№ 1. -С. 90-96.

5. Анализ тактики ведения пациентов с ишемической болезнью сердца и фибрилляцией предсердий в реальной поликлинической практике / К.Г. Переверзева [и др.] // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2015. – №1. – С. 48-55.

6. Диагностика, лечение, сочетанная сердечно-сосудистая патология и сопутствующие заболевания у больных с диагнозом «фибрилляция предсердий» в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики (по данным регистра кардиоваскулярных заболеваний РЕКВАЗА) / М.М. Лукьянов [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2014. – Т.10, №4. – С. 366-377.

РЕСТРИКТИВНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ

Петров В.С., Зотова Л.А.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
dr.vspetrov@gmail.com

Рестриктивная кардиомиопатия (РКМП) – заболевание, при котором истончается или становится ригидной стенка левого желудочка, что приводит к нарушению диастолической функция левого желудочка. Частота РКМП в Европе 4-12 % случаев на 100000 населения в год. В России 2-5% случаев на 100000 населения в год. При этом заболевание в 2-3 раза чаще встречается у мужчин возрасте 30-50 лет.

Пациентка М. 1960 года рождения госпитализирована в кардиологическое отделение ГБУ РО ОККД с жалобами на отеки рук и ног, выраженную слабость.В анамнезе – около 2-х лет повышение АД до 170/100мм рт.ст., получала нерегулярноэналаприл. В конце мая 2015г. отметила появление отеков на нижних конечностях. Была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с диагнозом ИБС: стенокардия напряжения III ФК, ХСН II б ФК III. При поступлении жаловалась на одышку, тяжесть за грудиной, слабость. АД при поступлении 100/70 мм рт.ст., ЧСС – 106 в мин. На ЭХОКГ выявлена дилатация левого предсердия, гипертрофия левого желудочка, недостаточность митрального и аортального клапана. Никаких других изменений на ЭХОКГ не описано. В июле 2015г.развились сильные головные боли, слабость в руках и ногах, выполнена МРТ головного мозга и выявлены изменения в полушариях головного мозга и правой гемисфере мозжечка (дифференциальный диагноз между рассеянным энцефаломие-

литом и мультилакунарной формой ЦВБ) в связи с чем была госпитализирована в неврологическое отделение ГБУ РО ОКБ. Однако, у пациентки начали нарастать отеки нижних конечностей и одышка. Была выполнена ЭХОКГ: дилатация предсердий, недостаточность митрального, аортального, трикуспидального клапана. Объем свободной жидкости в перикарде до 250 мл. Расчетное давление в правом желудочке 46 мм рт.ст.Не исключается объемное образование левого желудочка или один из вариантов рестриктивнойкардиомиопатии. Для дальнейшего обследования переведена в кардиологическое отделение ГБУ РО ОККД.В анамнезе жизни: бронхиальная астма с 2001г., резекция правого яичника в 2004г. (киста). Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Из аллергических реакций – крапивница на кеторолак.Объективные данные на момент осмотра: состояние средней тяжести; положение вынужденное – ортопноэ. Кожные покровы бледные, желтушность склер. Телосложение астеническое, рост 152 см; масса тела – 51 кг. Отеки нижних конечностей до середины бедра, отеки кистей. Множественные сухие хрипы по всем легочным полям; ЧДД – 24 в мин; левая граница относительной тупости сердца на 1 см кнаружи от срединоключичной линии. АД 120/90 мм рт.ст; ЧСС 120 в мин. Живот увеличен в объеме, печень +7 см из под края реберной дуги. Усиление слабости и одышки на четвертый день госпитализации (с 29.08.2015), АД 100/60 мм рт.ст., ЧСС 100 в мин., с 30.08 2016 систолическое АД 90 мм рт.ст. По данным лабораторно-инструментальных исследований – без патологии.Rg-грамма легких (27.08.2015): в средних и нижних отделах имеются застойные явления. Корни закрыты срединной тенью. В правой плевральной полости прослеживается скопление жидкости с поперечной верхней границей на уровне заднего края 8-го ребра. Купол диафрагмы не дифференцируется. Сердце увеличено влево за счет ЛЖ. Аорта без патологии.Rg-грамма легких (03.09.2015): теней очагового инфильтративного характера не выявлено. Корни структурны. Синусы с 2-х сторон четко не просматриваются. Сердце увеличено за счет ЛЖ. Заключение: двухсторонний гидроторакс.ЭКГ: ритм синусовый; вертикальное положение ЭОС. Эхокардиография (27.08.2015): Аорта – 33 мм не расширена, уплотнена; левое предсердие увеличено – 41 мм; правое предсердие 40*59 мм; полость левого желудочка не расширена (КДР 46мм, КСР 35мм). Фракция выброса 47%, диффузная гипокинезия стенок ЛЖ. Правый желудочек не расширен. Митральная и трикуспидальнаярегургитация 3 степени. В области задней стенки левого желудочка эхосвободное пространство 9.5. Диастола левого желудочка по допплеруVE/VA>2,5. Отмечается выраженная гипертрофия верхушки, с частичной облитерацией полостей левого и правого желудочка. Систолический градиент давления на трикуспидальном клапане ТК 37 мм рт.ст. Заключение ЭхоКГ: выраженная гипертрофия верхушки с частичной облитерацией полостей ЛЖ, ПЖ. Снижение сократимости миокарда ЛЖ. Выраженная недостаточность МК, ТК. Легочная гипертензия. Умеренное количество свободной жидкости в полости перикарда. Нару-

шение диастолической функции ЛЖ по рестриктивному типу. УЗИ брюшной полости (26.08.2015): печень гипоэхогенная, нижний край +7 см из-под реберной дуги. КВР 188мм. В воротах печени участок повышенной эхогенности 44*27 мм, неправильной формы (фиброз). В брюшной полости 500 мл однородной жидкости.От направления на оперативное лечение пациентка категорически отказалась. Проводилась медикаментозная терапия: спиронолактон 150 мг/сут; верапамил 80 мг/сут; торасемид 10мг; ивабрдин 15 мг/сут; периндоприл 2мг/сут; серетид 50/100мкг; беродуал; в/в фуросемид 40мг. За сутки до смерти в связи с желудочковой бигемений на ЭКГ (с 03.09.2015) назначено: в/в амиодарон 300мг; внутрь – амиодарон 600мг/сутки. Так же в лечение добавлен диакарб 250мг/сутки. С 03.09.2015 у пациентки сильные боли в области сердца, от введения обезболивающих препаратов в/в категорически отказалась, мотивирую аллергией, назначен нимесулид 200мг/сутки. Больная внезапно потеряла сознание 04.09.2015, реанимационные мероприятия без эффекта, констатирована смерть. Паталого-анатомический диагноз: Основное заболевание: Рестриктивнаякардиомиопатия (эндомиокардиальныйэластоз) с поражением обоих желудочков и резким сужением объема их полостей. Очаговый субэпикардиальный продуктивный миокардит. Пристеночные межтрабекулярные тромбы. Осложнения: Хроническое нарушение гемодинамики в связи с затруднением диастолического наполнения камер сердца и функции его клапанов. Застойное уплотнение легких и органов брюшной полости. Геморрагический инфаркт с перифокальной пневмонией в нижней доле правого легкого. Острое набухание головного мозга с ущемлением ствола. Мелкие субарахноидальные кровоизлияния на поверхности больших полушарий головного мозга. Гидроторакс. Асцит. Анасарка. Отек легких.

Заключение. В реальной клинической практике постановка диагноза зависит от специалиста, выполняющего ЭХОКГ. И в случае его ошибки врач терапевт или кардиолог будет лечить сердечную недостаточность без понимания ее причины. Обсуждаемы является наличие у пациентки бронхиальной астмы, как хронического воспалительного заболевания для которого типична эозинофилия.

Список литературы

1. А.ДжонаКэмма, Томас Ф.Люшера, Патрика В.Серруиса, ред. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов. М. «Гэотар-Медиа», 2011. 1437с.

2. Jens Mogensen, Eloisa Arbustini. Restrictive cardiomyopathy. // Current Opinion in Cardiology 2009. № 24. P.214–220.

3. Зотова Л.А. Дилатационнаякардиомиопатия: современный взгляд на заболевание. // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2013. № 1. С. 155-161.

4. Hess O.M., Turina M., Senning A., Goebel N.H., Scholer Y., Krayenbuehl H.P. Pre- and postoperative findings in patients with endomyocardial fibrosis. // Br Heart J.1978.Vol.40. P.406-415.

5. Bilal Bin Abdullah, Mehboob.M.Kalburgi, Sahana Shetty, Satyasrinivas. Restrictive Cardiomyopathy: A Rare Case Report. // J Med Sci. 2011.Vol.4. №.2. P. 204-207.

6. Craig R. Asher, Allan L. Klein. Diastolic Heart Failure: Restrictive Cardiomyopathy, Constrictive Pericarditis, and Cardiac Tamponade: Clinical and Echocardiographic Evaluation // Cardiology in Review. Vol. 10, № 4. P. 218–229.

7. Переверзева К.Г., Воробьев А.Н., Марцевич С.Ю., Лукьянов М.М., Мосейчук К.А. Анализ тактики ведения пациентов с ишемической болезнью сердца и фибрилляцией предсердий в реальной поликлинической практике // Наука молодых – EruditioJuvenium. №1. 2015. С. 48-55.

8. Ferreira B, Matsika-Claquin MD, Hausse-MocumbiAO, Sidi D, Paquet C. Geographic origin of endomyocardial fibrosis treated at the central hospital of Maputo (Mozambique) between 1987 and 1999. // Bull SocPatholExot. 2002. Vol.95. P.276–279.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОННОЙ АУСКУЛЬТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Петров Ю.В., Глотов С.И., Перегудова Н.Н., Абросимов В.Н.[1], Бугров С.Ю.[2]
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова (1)
Рязанский областной клинический противотуберкулезный диспансер (2)
petrov.yuriy1992@gmail.com

Введение. Патофизиологические механизмы генерации свистящих хрипов у больных бронхиальной астмой являются сложными и окончательно не установленными. В настоящее время к ведущему механизму относят флаттер – вибрация стенок дыхательных путей при прохождении воздуха через суженные бронхи. Однако практически не обсуждается вопрос, влияет ли, а если влияет, то как, вибрация стенок бронхов на течение воспалительного процесса в дыхательных путях.

В связи с данными некоторых зарубежных исследований (Puig F. etal., 2005 и ChoJin-G. etal., 2011)можно сделать предположение, что флаттер и убольных БА может привести к аналогичным патоморфологическим изменениям: воспалению и изменению микроциркуляторного русла нижних дыхательных путей, ангиогенезу, нарушению обменно-транспортных процессов.

Цель исследования. Создание и внедрение метода интрапульмональногоизучения легочных звуков, основанного на одновременном внутреннем визуальном осмотре и аускультации дыхательных путей, с воз-

можностью регистрации параметров газообмена для повышения качества диагностики и лечения заболеваний органов дыхания.

Материалы и методы. При проведении традиционной бронхоскопии (KarlStorzTelePackX) производится видеозапись бронхоскопомс одновременной интрапульмональной регистрации акустических явлений специально разработанным для работы с бронхоскопом микрофоном, который крепится к инструментальному каналу бронхоскопа ина различном уровне трахеобронхиального дерева, вплоть до бронхов 3-4 порядка, позволяет проводить отдаленный анализ акустических феноменов на компьютере.Видеосъемка в различных режимах позволит уточнить наличие флаттера дыхательных путей. Одновременно с этим производится запись легочных звуков методом электронной аускультации с помощью электронного стетоскопа (3MLittmannElectronicStethoscope 3200) для последующего анализа и сравнения данных.

Результаты. Произведена запись у 10 больных с бронхиальной астмой и ХОБЛ. Диагноз устанавливался в соответствии с GINA (2014) и GOLD (2014). Полученные данные демонстрируют преимущество интрапульмональной аускультации перед электронной – более высокие АЧХ, меньший уровень внешних акустических шумов, возрастание амплитуды звуковых волн по мере приближения к очагу возникновения свистящих хрипов. Требуется дальнейший анализ звуков.

Таким образом, можно сделать заключение, что данное исследование поможет решить несколько задач: расширить знания об акустико-биомеханическом феномене свистящего дыхания у больных бронхиальной астмой и другими заболеваниями органов дыхания, а также изучить возможные особенности флаттера дыхательных путей у больных бронхиальной астмой и его роли в возникновении свистящих хрипов и воспалительных реакций в бронхах.

Список литературы

1. Абросимов В.Н. Бронхиальная астма, свистящие хрипы, флаттер – возможные взаимодействия (дискуссия). / В.Н. Абросимов // Межрегиональный сборник научных трудов «Одышка и ассоциированные синдромы». – Рязань, 2014. – №5. – С. 38-42.

2. Абросимов В. Н. Свистящие хрипы как один из ключевых диагностических критериев бронхиальной астмы. / В.Н. Абросимов, Е.В. Аронова, Т.А. Филимонова, С.И. Глотов и др. // Межрегиональный сборник научных трудов «Одышка и ассоциированные синдромы». – Рязань, 2014. – №5 -С. 114-117.

3. Коренбаум В.И. Акустико-биомеханические взаимосвязи в формировании шумов выдоха человека / В.И. Коренбаум, И.А. Почекутова. – Владивосток: Дальнаука, 2012. – 142 с.

4. Tissue Vibration Induces Carotid Artery Endothelial Dysfunction: A Mechanism Linking Snoring and Carotid Atherosclerosis? / J-G. Cho [et al.] // Sleep.- 2011.- Vol.34,№6.- P. 751–757.

5. Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA).- Updated 2014.

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Петров В.С., Сурова Е.В., Новикова Е.П.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
dr.vspetrov@gmail.com

Ревматическая болезнь сердца (РБС) является частым приобретенным пороком сердца. Отмечено, что с возрастом количество приобретенных клапанных пороков растет [1, 3], а ожидаемого снижения смертности в настоящее время не получено [2, 4].

Целью исследования была оценкаклинико-инструментальных показателей у пациентов с ревматической болезнью сердца (РБС) в течение 5 лет.

Материалы и методы. Было обследовано 123 человека с РБС, средний возраст пациентов был 57,56±0,98 года; мужчин – 25,2% (31 пациент) и женщин – 74,8% (92 пациентки). Оценка функционального класса (ФК) ХСН проводилась с помощью теста 6 минутной ходьбы по стандартной методике. Эхокардиография (ЭХОКГ) выполнялась на аппарате «ACUSONCypress» (SiemensMedicalSolutionsUSA, inc., США). Для оценки качества жизни использовался опросник SF 36 с обработкой баллов по 8 шкалам и двух суммарных измерений – физического и психического компонентов здоровья.

Результаты. За 5 лет нами проведена оценка динамики показателей ЭХОКГ, теста 6 мин ходьбы и данных опросников качества жизни. По результатам ЭХОКГ имело место только достоверное увеличение линейных размеров левого предсердия (ЛП) с 4,5±0,09см до 4,8±0,12см и уменьшение площади митрального отверстия (SMo) с 2,26±0,04см^2 до 1,83±0,1см^2, а также нарастание степени регургитации на ТК с 1,67±0,08 до 2,08±0,17. Других достоверных изменений со стороны линейных размеров сердца (конечный диастолический размер (КДР) и конечный систолический размер (КСР)), степени регургитации на клапанах и градиентов давления получено не было.Пациенты по ФК ХСН распределились следующим образом:I ФК – 25,7%; II ФК – 45,7%; III ФК – 20,0%, IV ФК – 5,7% и динамики за 5 лет не наблюдалось. Сравнение результатов теста 6 мин ходьбы не выявило изменения в функциональном классе ХСН: 344,5±10,99 метров в начале исследования и 355,87±16,96 метра через 5 лет.

По данным опросника SF 36 не было достоверной разницы в физическом компоненте здоровья 31,59±1,02 и 32,47±1,18 (через 5 лет) и психическом компоненте здоровья 38,85±1,67 до 35,85±1,04.

Был проведен анализ состояния оперированных и неоперированных пациентов. Только 32 (29,9%) пациента были прооперированы: у 6 выполнена комиссуротомия, у 26 протезирование (в трех случаях – биопротезы), в т.ч. в 8 случаях в сочетании с пластикой ТК. В среднем, с момента операции до начала исследования прошло 7,5±1,4 года. Возраст больных (58,14±1,49 – оперированные и 56,26±1,3 – неоперированные), размеры полостей сердца, результаты теста 6 мин ходьбы (359,92±14,3 – оперированные и 355,5±18,25 – неоперированные) достоверно не различались.

Суммарные показатели опросника SF36 хотя и нарастали, но недостоверно: физический компонент здоровья – 35,99±1,63 (оперированные) и 33,06±0,92; психический компонент здоровья – 40,27±2,03 (оперированные) и 36,46±1,05. Вероятно, отсутствие значимых изменений между этими группами больных связано с более тяжелым изначальным состоянием пациентов, направляемых на операцию.

Заключение. У пациентов с РБС за 5 летний период наблюдения не происходит прогрессирования ХСН и значимого ухудшения качества жизни,несмотря на отрицательную динамику ЭХОКГпоказателей.

Список литературы

1. AHA/ACC Guideline for the management of patients with valvular heart disease / Rick A. Nishimura et al. // Journal of the American College of Cardiology.-2014.-Vol.63.-P.57-185.

2. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012) / Vahanian A. et al. // Eur. Heart J. – 2012. – Vol. 33. – P. 2451-2496.

3. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов / под ред. А. Джона Кэмма, Томаса Ф. Люшера, Патрика В. Серруиса; пер. с англ. под ред. Е. В. Шляхто. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1480 с.

4. Петров В.С. Результаты 5-летнего наблюдения за пациентами с ревматическими пороками сердца // Российский медико-биологический вестник. – 2015. –№ 3. – С. 83-87.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Постников Д.И.
Кировская государственная медицинская академия
postnikovakirov@yandex.ru

Введение. Быстропрогрессирующие гломерулонефриты (БПГН) являются крайне тяжелым поражением почек со стремительным развитием терминальной почечной недостаточности (тПН) и неблагоприятным про-

гнозом. Важнейшей задачей вторичной профилактики тПН является максимальное подавление активности гломерулонефрита.

Цель исследования. Изучить особенности течения и оценить эффективность лечения БПГН в Кировской области.

Материалы и методы. В исследование включены 10 больных с установленным диагнозом малоиммунного АНЦА-ассоциированного БПГН, находившихся на лечении в нефрологическом отделении Кировской ОКБ в 2010-15 гг. 5 из них проведена нефробиопсия, подтвердившая экстракапиллярный ГН с полулуниями. Средний возраст – 55 лет (35;65), 80% – женщины, 20% – мужчины. Проведена оценка эффективности агрессивной патогенетической терапии (ПГТ) циклофосфаном, глюкокортикостероидами и антикоагулянтами через год после ее начала. Эффективность ПГТ оценивали следующим образом: улучшение – увеличение СКФ более чем на 5 мл/мин/год и уменьшение протеинурии; стабилизация – СКФ и протеинурия на прежнем уровне; ухудшение – снижение СКФ более 5 мл/мин/год; неблагоприятный (летальный) исход. Для статистической обработки данных использовали программу BioStat 2009 Professional 5.8.4, показатели считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты. Нами обнаружены следующие клинические особенности течения БПГН: наличие остронефритического синдрома и стремительное развитие ПН в 100% случаев, причем в 40% случаев в дебюте заболевания (в первые 1-3 месяца) потребовалось лечение программным гемодиализом по поводу тПН. Наличие внепочечных поражений выявлено в 40% случаев: у 4 пациентов БПГН протекал в рамках системного васкулита, у 6 – изолированно. Из внепочечных проявлений наблюдались поражения легких – у 4, кожи – у 3, суставов – у 2, глаз и ЛОР-органов – у 1. При оценке эффективности ПГТ у больных БПГН выявлено: у 6 больных (60%) – улучшение, причем у 3 исчезла потребность в программном гемодиализе через 1-9 месяцев от его начала. У 3 пациентов была достигнута частичная ремиссия НС. Увеличение СКФ и снижение протеинурии у этих 6 больных оказалось достоверным ($p<0,0005$). В 2-х случаях достигнута стабилизация уровня азотемии; в 1 – ухудшение (прогрессирование до тПН. В 1 случае – неблагоприятный исход.

Заключение. Основные клинические особенности БПГН: остронефритический синдром с быстрым прогрессированием ПН вплоть до терминальной и частое наличие внепочечных проявлений. Длительная ПГТ эффективна у большинства (60%) больных БПГН, позволяет значительно снизить активность заболевания, улучшить функцию почек и прогноз.

Список литературы

1. Нефрология Национальное руководство./ Под ред. Н.А. Мухина – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. -710.

2. Мухин Н.А. [и др.]. Диагностика и лечениеболезней почек.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. -384.

3. Бекетова Т.В. АНЦА-ассоциированный системный васкулит. Нефрология. Национальное руководство краткое издание, -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -304.

4. Кривошеев О.Г. Поражение почек при васкулитах, ассоциированных с антителами к цитоплазме нейтрофилов (ANCA-васкулитах). Рациональная фармакотерапия в нефрологии. Руководство для практических врачей под ред. Н.А.Мухина, Литтерра, М., 2006. С.293-306.

5. Пауци-иммунный (малоиммунный) фокальный и сегментарный некротизирующий гломерулонефрит. Клинические практические рекомендации KDIGO по лечению гломерулонефритов. Нефрология и диализ, 2014, Приложение:127-136.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА (II) ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Рудакова И.Н., Марукова Т.А., Митина А.И., Райская Н.А.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
rudila@mail.ru

Введение. Посттромботической синдром является хроническим заболеванием, осложнением тромбоза глубоких вен (ТГВ), снижает качество жизни пациентов и имеет серьезные социально-экономические последствия. По статическим данным, после перенесенного тромбоза глубоких вен у 20-40% пациентов наступает хроническая окклюзия магистральных вен [1], что приводит к развитию тяжелой формы хронической венозной недостаточности (ХВН). Около 40% больных с ПТС становятся инвалидами II-III группы в течение первых 3 лет [2]. Тяжесть течения ПТС зависит от качества и полноценности проведенной терапии в остром периоде. Существует данные, свидетельствующие о роли окислительного стресса в патофизиологии венозного тромбоза.Одним из наиболее подтвержденных биохимических маркеров функции эндотелия, позволяющих объективизировать роль эндотелиальной дисфункции, является оксид азота (II).

Изучение изменения уровня оксида азота при венозной патологии носят пока в основном экспериментальный характер [], доказательность важности этого показателя не вызывает сомнений.

Цель исследования. Проследить концентрации оксида азота на фоне проводимой терапии при посттромботическом синдроме нижних конечностей.

Материалы и методы. 120 пациентов, перенесших тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей разделены на 2 группы. Все пациенты получалиантикоагулянтные, противовоспалительные препараты, произво-

дилась эластическая компрессия нижних конечностей. Помимо этого, группеIIназначался препарат микронизированной очищенной фракции флаваноидов (МОФФ).Выполнялось определениеуровня оксида азота II(NO) в крови фотоколориметрическим методом, ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) вен нижних конечностей. Обследование проводилось в 1 сутки от момента заболевания, через 1, 3, 6, 12 месяцев. Для оценки ПТС нижних конечностей применялась международная классификация хронических заболеваний вен CEAP.

Результаты. По данным УЗДС через 12 месяцев в первой группе у 54 пациентов (90,0%) сформировалась смешанная форма ПТС, у 6 (10,0%) – реканализованная форма. Во второй группе у 47 пациентов (78,3%) – смешанная форма, у 13 (21,7%) – реканализованная.

В I группе уровень NO в 1 сутки 38,3±7,0 мкмоль/мл. Во II группе концентрация NO 38,6±4,9 мкмоль/мл. В группе I происходит увеличение уровня оксида азота (II) на 17,8% через 1 месяц лечения, затем через 3,6, и 12 на 29,8; 35,0 и 43,7% соответственно. Во II группе увеличение концентрации метаболитов NO через 1 месяц составило 35,3%, к 3 месяцу достигает 44,3%, к 6 месяцу 51,3%, через 12 месяцев 52,7%.Максимальное влияние микронизированной очищенной фракции флавоноидов на выработку эндотелием оксида азота наблюдается в течение первых 6 месяцев приема препарата, в дальнейшем его воздействие ослабевает.

После 12 месяцев в группе Iпри поражении на уровне подвздошного сегмента в 31,6% случаев наблюдался класс С0-2, в 57,9% – С3-4. При локализации проксимальной границы тромба в ОБВ у 25% наблюдается С0-2, у 75% С3-4. При поражении бедренной вены в 55,5% случаев выявлен класс С0-2, в 45,5% – С3-4; подколенно – берцового сегмента у 75% пациентов С0-2, у 25% – С3-4.В группе II, принимавшей МОФФ, при поражении подвздошного сегмента в 58,3% случаев выявлен класс С0-2, в 41,7% – С3-4. При локализации процесса на уровне ОБВ у 31,3% наблюдается С0-2, у 68,7% С3-4. При поражении бедренной вены у 81,8% пациентов выявлен класс С0-2, у 18,2% – С3-4. При ПТС на уровне подколенно – берцового сегмента в 66,7% случаев С0-2, у 33,7% – С3-4.

Выводы

– Включение в курс лечения препарата МОФФ позволяет снизить частоту развития тяжелых форм ХВН.

– Прирост значений показателя функции эндотелия при приеме МОФФ, концентрации в крови оксида азота (II) подтверждает данные об эндотелиотропном действии препарата.

– Препарат микронизированной очищенной фракции флавоноидов необходимо назначать на срок 6 месяцев, что значимо улучшает функцию эндотелия.

Список литературы

1. Калинин Р.Е., Сучков И.А., Пшенников А.С., Новиков А.Н. Эндотелиотропные эффекты микронизированной очищенной фракции флаво-

ноидов при различных экспериментальных моделях венозной эндотелиальной дисфункции // Флебология. 2014. Т.8, №4. С. 29-36.

2. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Гудымович В.Г., Трифонов С.И., Никитина А.М. Современный взгляд на патогенез хронических заболеваний вен нижних конечностей с позиции эндотелиальной дисфункции // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2011. Т.6, № 1. С. 24-27.

3. Калинин Р.Е., Сучков И.А., Пшенников А.С., Новиков А.Н. Варианты экспериментального моделирования венозной эндотелиальной дисфункции: современное состояние проблемы // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2014. № 4. С. 143-147.

4. Калинин Р.Е., Звягина В.И., Пшенников А.С., Сучков И.А., Матвеева И.В. Фотоколориметрический метод определения уровня метаболитов оксида азота в сыворотке крови // Астраханский медицинский журнал. 2010. Т. 5, №1. С. 188 – 189.

5. Эмболоопасность острого восходящего тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей / Р.Е. Калинин, М.В. Нарижный, И.А. Сучков // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2011. № 2. С. 19.

6. Сучков И.А. К вопросу о лечении тромбозов глубоких вен нижних конечностей / И.А. Сучков, П.Г. Швальб // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2006г. – №3, С.19 – 23.

7. Агапов А.Б., Сучков И.А., Рябков А.Н. Прямые пероральные антикоагулянты в лечении пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей // Наука молодых (EruditioJuvenium) – 2016. – №2. – С. 147– 157.

ИНФАРКТ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Селиверстова Д.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Seliverstova.daria@yandex.ru

По данным ВОЗ сердечно-сосудистые заболевания в структуре РФ по смертности среди неифекционных заболеваний населения занимают 1 место (60%)[1] и, несмотря на некоторое уменьшение, остаются главной причиной смерти, а смертность от инфаркта миокарда (ИМ) у женщин имеет тенденцию к увеличению[2,3], к тому же женщины среднего возраста до наступления менопаузы чаще погибают от ИМ, чем мужчины того же возраста[4]. Несмотря на это большинство исследований, посвящено проблеме ИМ у мужчин, работ по изучению женщин намного меньше и в основ-

ном они касались женщин постменопаузального периода или публикаций клинических случаев[5, 6, 7].

В связи с этим актуальным представляется изучение инфаркта миокарда у женщин в зависимости от состояния репродуктивной системы.

Цель исследования. Изучить факторы риска, особенности клинического течения, качество жизни у женщин с регулярным менструальным циклом, перенесшихинфаркт миокарда.

Материал и методы. Проанализировано 97 историй болезни пациенток с диагнозом инфаркт миокарда до 55 лет включительно, находящихся на стационарном лечении 2010-2015 г. в г. Рязани. Истории болезни пациенток анализировались ретроспективно, пациентки проходившие лечение в 2015 г. дополнительно проспективно получали опросники по качеству и образу жизни. Все пациенты были разделены на 2 группы:

1. женщины с регулярным менструальным циклом без менопаузальных симптомов (средний возраст 48,9 ± 5,7 г.). Всего было проанализировано 48 историй болезни, из них 11 с опросниками.
2. женщины с нарушенным менструальным циклом/в постменопаузе(средний возраст52,2 ± 3 г.). Всего было проанализировано 49 историй болезни, из них 14 проспективнос опросниками.

Всем пациентам проводились общеклинические методы обследования и стандартная терапия.

Результаты. Выявлено, что в 1 и 2 группах наиболее распространенными факторами риска были: артериальная гипертензия (в 1- 83,3%, во 2-81,6%), избыточная масса тела и ожирение (1 г. -68,8%, 2 г. -63,3%);У пациенток 1 группы чаще встречались: отягощенная наследственность (1 г. – 60,4%, 2г. – 44,9%, p=0,1), курение (1г. – 31,3%, 2 г – 16,3%, p=0,08).

У женщин с нормальным менструальным цикломстенокардия напряжения в анамнезе была в 41,6%, у женщинв менопаузе (61,2%, p=0,05), такжев 1 группе было меньше нарушений ритма по типу экстрасистолии (2,1%), чем во 2 группе (16,3%, p=0,02), постинфарктный кардиосклероз наблюдался в 14,6% 1 группе и 16,3% во 2.Принципиальных различий по глубине поражения и локализации ИМ среди групп не было: преобладал крупноочаговый инфаркти передняя локализация поражения.Среди осложнений регистрировались различные нарушение ритма и проводимости, чаще всего в обеих группах встречалась постинфарктная стенокардия (45,8% в 1 группе и 34,7% во 2 группе), только в 1 группе регистрировались: тромбоз – 8,3% и пароксизм фибрилляции предсердий – 8,3%. В 1 группе умер 1 пациент из-за тромбоза передней нисходящей артерии сердца. При анализе УЗИ сердца принципиальных различий не отмечено.

Значительных отличий по тактике ведений пациентов не было выявлено, в обеих группах примерно одинаковое количество выполнено КАГ (50% и 55,1%), ЧТКА (41,7% и 40,8%), ТЛТ (22,9% и 22,4%).

В проспективном анализе женщин выявлена более низкая физическая активность во 2 группе как на работе у 72,7% и 37,5%- в 1 группе, так и вне работы(1 гр. ходьба вне работы – 71,4 мин, 2-56,1 мин.). Качество жизни во 2 группе также было хуже, чем в 1, хотя состояние здоровья по шкале 1-100% было примерно одинаковым (1-53,8%, 2 – 52,3%). По шкалеHADS средний балл во 2 г по тревоге был 7,3, 1 гр. – 4,5; по депрессии показатели не превышали нормальные значения.

Выводы

1. Наиболее характерными факторами риска для пациенток с сохраненной репродуктивной функцией были отягощенная наследственность (60,4%) и курение (31,3%);
2. У женщин с нормальным менструальным циклом чаще (58,4%), чем в группе женщин в постменопаузе (38,8%,p=0,05)первым проявлением ИБС является ИМ;
3. Женщины в постменопаузе менее физически активны, чаще отмечают снижение качества жизни до наступления ИМ и более подвержены тревоге во время госпитализации по поводу этого заболевания.

Список литературы

1. Noncommunicable Disease (NCD) Country Profiles, 2014.Avaiable at: http://www.who.int/nmh/countries/rus_en.pdf?ua=1

2. Якушин С.С., Филиппов Е.В. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний в рязанской области (по данным исследования МЕРИДИАН-РО) // Наука молодых – EruditioJuvenium. – 2013. – № 4. – С. 89-103.

3. А.Е. Суринов. Умершие по основным классам причин смерти/ Российский статистический ежегодник. 2015: Стат. сб./Росстат. – Р76 М., 2015. – 728 с.

4. Болезни сердца по Браунвальду: руководство по сердечно-сосудистой медицине/под ред. П. Либби и др.; пер. с англ., под общ ред. Р.Г. Оганова. В 4 т. Том 4: гл. 61-89.-М. Логосфера, 2015 – 808 с.

5. Т.А. Рыжова. Особенности течения инфаркта миокарда пожилого и старческого возраста: автореферат диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук. Кемерово.- 2013. – 22 с.

6. Нестеров Ю.И., Пышкина О.В. Факторы риска и особенности течения инфаркта миокарда у молодых женщин. Клинический случай//Медицина в Кузбассе. С 57-60.-Т. 11.- № 2.- 2012

7. Сравнительный прогноз у больных пожилого и старческого возраста с перенесенным инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в течение 12 месяцев наблюдения в зависимости от различных схем реперфузионной терапии /Беллил С.// Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова.- 2015. – №1. – С.90-94.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Зубарева А.А., Чичерина Е.Н.
Кировская государственная медицинская академия
sueruma@gmail.com

Введение. В России существует тенденция к росту сочетаемости ишемической болезнью сердца (ИБС) и заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которая стремится к 60%. Исследования вопроса коморбидности ИБС и заболеваний верхних отделов ЖКТ за рубежом начались с конца XX века. В России данная проблема стала изучаться в начале XXI века. Данный феномен объяснялся многими причинами: тяжелыми нарушениями микроциркуляции и угнетением пролиферации эпителия слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, приемом аспирина, что увеличивает вероятность появления кровотечений, снижением показателей внутрисердечной динамики и реполяризации, провоспалительным и проатероматозным влиянием инфицированности H.pylory на сосудистую стенку, а также возрастными особенностями больных с острым коронарным синдромом (ОКС) (пожилой возраст), широким распространением курения среди населения, социально-демографическими факторами.

Изученные работы включали пациентов со стабильными формами ИБС, в т.ч. инфарктом миокарда давностью более 1 года, поэтому новизной данной работы является вопрос сочетаемости патологии верхних отделов ЖКТ и острыми формами ИБС, манифестировавших давностью не более 2 месяцев.

Целью исследования является оценка распространенности патологии верхних отделов ЖКТ у больных с разными формами ОКС и в зависимости от условий проживания.

Материалы и методы. В исследование включены 600 историй болезней пациентов, перенесших ОКС и находящихся на реабилитации или долечивании после перенесённого хирургического вмешательства на коронарных артериях по поводу различных форм ОКС. Из них 203 пациента имели сочетание патологий: ИБС и заболевания верхних отделов ЖКТ, 397 пациентов – без поражений верхних отделов ЖКТ. В ходе исследования учитывались следующие показатели: возраст, гендерная принадлежность, место проживания (областной центр, районный центр, малые сельские поселения), указание в анамнезе на проведенную ФГДС. Для обработки результатов использовались статистические методы.

Были сформированы следующие группы: I группа – стенокардия покоя (34 больных), II группа – инфаркт миокарда без Q (142 пациента), III группа – инфаркт миокарда с Q (254 обследованных), IV группа – прогрес-

сирующая стенокардия (132 человека), V группа – впервые возникшая стенокардия (38 лиц). Средний возраст больных составил 61±9,97 года.

Результаты. Гастрит был выявлен у 174 (29,0%) пациентов, язвенная болезнь ДПК – у 64 (10,67%) пациентов и желудка – у 43 (7,17%) пациентов. Среди пациентов IV группы (прогрессирующая стенокардия) частота встречаемости пациентов с патологией верхних отделов ЖКТ обнаружена незначимо больше – 46,21%, чем среди пациентов других групп, а в группе III (инфаркт миокарда с Q) – меньше (28,34%).Среди городского населения патология верхних отделов ЖКТ выявлена у 143 (36,67%) человек, в сельской местности – у 60 (25,27%).

Выводы. У лиц с прогрессирующей стенокардией частота встречаемости патологии верхних отделов ЖКТ выше, чем у пациентов с другими формами ОКС (инфаркт миокарда, впервые возникшая стенокардия, стенокардия покоя). Среди городского и сельского населения частота встречаемости патологии верхних отделов ЖКТ выше в городах.

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТОДА ОБЪЕМНОЙ КАПНОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Субботин С.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
subbotinsv.89@mail.ru

Введение. Бронхиальная астма (БА) – гетерогенное заболевание, характеризующееся наличием хронического воспаления дыхательных путей [3]. Для установления диагноза БА и выбора тактики лечения необходима оценка показателей спирометрии [4]. Но, некоторые пациенты, особенно с тяжелой БА, не способны выполнить маневр форсированного выдоха, кроме того, он может вызвать «спирометрически-индуцированный бронхоспазм» [5]. Сейчас появился научный интерес к новому методу – объемной капнографии, не требующей выполнения форсированных дыхательных маневров [2, 6, 8].

Цель исследования. Определить возможности объемной капнографии в оценке легочной функции у пациентов с БА тяжелого течения; изучить корреляционные взаимоотношения показателей данной методики с результатами спирометрии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 37 пациентов (61,17±14,9 лет) с установленным диагнозом БА тяжелого течения (GINA 2014) и 45 добровольцев контрольной группы (59,15±14,03 лет). Для регистрации объемных капнограмм и спирограмм использовался ультразвуковой компьютерный спирограф SpiroScout (Ganshorn, Германия).

Данные статистики представлены как выборочное среднее ± стандартное отклонение. Различия считались статистически достоверными при $p<0,05$. Расчет коэффициента корреляции проводился методом Спирмена.

Результаты. Спирометрия выявила снижение показателей функции внешнего дыхания у пациентов с БА в сравнении с группой контроля: объем форсированного выдоха за 1 сек (FEV1, % от должного) – 45,55±1,87 и 99,54±1,41; индекс Генслера (FEV1/FVCвыд, % от должного) – 67,24±2,41 и 112,46±3,18; форсированная жизненная емкость легких (FVCвыд, % от должного) – 59,97±2,58 и 101,69±1,45, соответственно. В группе БА после ингаляции бронхолитика (вентолин 400 мкг) FEV1 достоверно увеличивался (58,74±1,95).

Объемная капнография показала меньший объем анатомического мертвого пространства (VD-Fowler, г/моль*л) при БА в сравнении с группой контроля (129,79±6,17 и 168,77±5,73, соответственно) за счет бронхообструкции. Снижение угла наклона фазы 2 (dMM/dV2, г/моль*л) у пациентов с БА после приема вентолина (2,96±0,18 до и 2,46±0,13 после) косвенно отражает увеличение мертвого пространства за счет бронходилатации.

Угол наклона фазы 3 (dMM/dV3, г/моль*л), характеризующий состояние вентиляции и перфузии легочной периферии [5], был выше в группе БА (0,35±0,03) по сравнению с группой контроля (0,20±0,01), что показывает неоднородность распределения вентиляционно-перфузионного соотношения в этих областях при бронхобструкции. Но достоверной разницы dMM/dV3 до и после приема вентолина в группе БА не получено, что объясняется наличием необратимых изменений дистальных дыхательных путей [7]. Также выявлено наличие корреляции dMM/dV3 с FEV1 и FEV1/FVCвыд спирометрии.

Угол наклона между фазами 2 и 3 (Alpha s2s3, °) достоверно выше у пациентов в группе БА по сравнению с группой контроля (130,33±1,67 и 124,51±0,82, соответственно) в связи с неравномерным «опустошением» альвеол при выдохе у пациентов с бронхообструкцией [6]. Выявлена корреляция данного показателя с FEV1 и FEV1/FVCвыд.

Объемная капнография позволяет определить гиперинфляцию при БА. Для этой цели используется «индекс эмфиземы» (Vm25-50/VTin-s).[1] Пациенты с БА имели более высокий Vm25-50/VTin-s по сравнению с группой контроля (133,91±29,89 и 17,11±1,03, соответственно). После приема вентолина Vm25-50/VTin-s уменьшался (97,81±18,32). Vm25-50/VTin-s коррелировал со всеми определяемыми показателями спирометрии.

Выводы. Объемная капнография может использоваться для оценки легочной функции у пациентов с тяжелой БА. Кроме того, этот метод не требует выполнения форсированных дыхательных маневров, и не имеет ограничений, характерных для спирометрии.

Список литературы

1. Бяловский Ю.Ю., Абросимов В.Н. «Капнография в общеврачебной практике», Рязань, РязГМУ, 2006,-150с.

2. Пономарева И.Б., Субботин С.В. Возможности метода объемной капнографии в изучении легочных функций у больных ХОБЛ // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2016. – № 1. – С. 67-73

3. Сысоева М.С., Соловьева А.В., Никифорова Л.В., Ракита Д.Р. Изучение системного воспаления у больных бронхиальной астмой в сочетании с метаболическим синдромом // Российский медико-биологический вестник им акад. И.П. Павлова. – 2013. – №4. – С. 102-106.

4. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2014 г.) / Под ред. А.С. Белевского. – М.: Российское респираторное общество, 2015. – 148 с.

5. Gimeno F, Berg WC, Sluiter HJ, Tammeling GJ. Spirometry-induced bronchial obstruction. Am Rev Respir Dis. 1972; 105: 68-74.

6. J.S.Gravenstein, M.B. Jaffe, N. Gravenstein and D.A. Paulus, Eds., Capnography (2nd edition). Cambridge, U.K.: Cambridge Univ. Press, 2011, p. 488.

7. Liliani Veronez, Monica Corso Pereira, Silvia Maria Doria da Silva, Luisa Affi Barcaui, Eduardo Mello De Capitani, Marcos Mello Moreira, Ilma Aparecida Paschoal Volumetric capnography for the evaluation of chronic airways diseases. International Journal of COPD 2014:9: 983 – 989.

8. Romero P.V., Rodriguez B., Oliveira D. et al. Volumetric capnography and chronic obstructive pulmonary disease staging. International Journal of COPD 2007;2(3); 381–391

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Филимонова О.Г., Бетехтина С.Н.
Кировская государственная медицинская академия
НУЗ "Отделенческая клиническая больница
на станции Киров ОАО "РЖД"
fioks24@mail.ru

Введение. Остеоартроз (ОА) – гетерогенная группа заболеваний различной этиологии, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околосуставных мышц [1]. Первичный ОА является наиболее распространенной патологией суставов [2]. Социальная значимость данной болезни определяется ростом связанной с ней нетрудоспособности, а также снижением КЖ людей [3].

Цель исследования. Изучить особенности КЖ и функционального статуса у пациентов с ОА.

Материалы и методы. Исследование проведено у 60 больных с достоверным диагнозом ОА. Преобладали женщины (83,3%), средний возраст со-

ставил 63,6±8,9 лет. Из сопутствующей патологии наиболее часто встречалась артериальная гипертензия (80%) и абдоминальное ожирение (25%). Длительность суставного синдрома составила 7,2±7,2 года. Большинство больных страдало гонартрозом (83,3%) и коксартрозом (73,3%), реже наблюдался артроз плечевых суставов (36,7%) и кистей (38,3%). У пациентов преобладала I и II степень функциональной недостаточности суставов (50 и 41,6% соответственно). Все пациенты получали стандартную терапию нестероидными противовоспалительными препаратами в средних дозировках, при необходимости – локальную терапию глюкокортикостероидами.

КЖ больных изучали по шкале SF-36 и HAQ (функциональный статус) [4,5]. Для оценки влияния заболевания на КЖ пациентов по шкале SF-36 проводили сравнительную оценку показателей КЖ больных ОА и показателей популяционных норм, которые были получены в рамках проекта «МИРАЖ» по изучению КЖ у больных ревматоидным артритом в 5 городах Российской Федерации [6] с вычислением 8 основных показателей: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование,психическое здоровье.

Результаты. Анализ шкал SF-36 показал, что у больных ОА все показатели КЖ были достоверно хуже, чем в группе сравнения ($p<0,001$), что соответствует данным литературы [3,7]. У больных ОА в наибольшей степени изменялись показатели физического здоровья (физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, боль, общее здоровье). Ролевое физическое функционирование было снижено на 70,6%, показатель боли – на 48%, физическое функционирование – на 47,4% по сравнению со здоровыми лицами. Среди показателей КЖ, характеризующих психологическое здоровье (жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, психическое здоровье), в большей степени было снижено ролевое эмоциональное функционирование – на 70%. Показатель социального функционирования, являясь самым высоким среди всех параметров КЖ у больных ОА (53,3±23,9), тем не менее, был на 23,5% хуже, чем у здоровых лиц. По опроснику HAQ среднее значение составило 0,62±0,57, что соответствует небольшим изменениям жизнедеятельности.

Заключение. Таким образом, полученные данные позволяют утверждать, что ОА существенно снижает КЖ людей за счет показателей физического функционирования, ролевого физического функционирования, боли и ролевого эмоционального функционирования. Значения по опроснику HAQ находятся в пределах минимальных изменений, что связано, возможно, с ограниченным характером поражения суставов.

Список литературы

1. Алексеева Л.И., Зайцева Е.М. Перспективные направления терапии остеоартроза // Научно-практическая ревматология. – 2014. – №3(52). – С. 247-250.

2. Bijlsma JW, Berenbaum F, Lafeber FP. Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice // Lancet. – 2011. – Vol. 377 (9783). – P. 2115–2126.

3. Брагина С.В., Матвеев Р.П. Роль локальной инъекционной терапии в улучшении качества жизни пациентов с гонартрозом // Экология человека Брагина С.В., Матвеев Р.П. – 2015. – №8. – С. 48-52.

4. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / 2-е издание под ред. Ю.Л. Шевченко. – М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2007. – 313 с.

5. Bruce B., Fries J.F. Health Assessment Questionnaire (HAQ) // Clin. Exp. Rheumatol. – 2005. – Vol. 23 (suppl. 39). – P. 14-18.

6. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») // Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 1. – С. 36-48.

7. Алексенко Е.Ю., Говорин А.В., Цвингер С.М. Качество жизни у больных остеоартрозом // Бюллетень СО РАМН. – 2009. – №2. – С. 15-18.

ИБС, ИНСУЛЬТ И ИНФАРКТ МИОКАРДА В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ«МЕРИДИАН-РО»)

Филиппов Е.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

Атеросклероз и связанные с ним заболевания вносят основной вклад в сердечно-сосудистую смертность в РФ. Так вв 2011 г. от сердечно-сосудистых заболеваний в РФ умерло1076000 человек, что составило 55,9% общей смертности населения.

Цель исследования. Оценить распространенность и особенности медикаментозной терапии ИБС, инсульта и инфаркта миокарда (ИМ) в Рязанской области.

Материалы и методы. Исследование МЕРИДИАН-РО проводилось как проспективное когортное кросс-секционное с ретроспективной частью и включало в себя исследование биохимических образцов, ЭКГ и опрос с помощью стандартизированного опросника. Наличие ИБС, инсульта и ИМ определялось по данным опросника и амбулаторной карты пациента. Медикаментозная терапия оценивалась по реально принимаемым препаратам пациентами. В исследование с 2011 года было включено 1622 человека (1220 – город, 402 – село) в возрасте 25-64 лет (средний возраст –43,4±11,4 лет), из них, 42,6% были мужского пола, 53,8% – женского. Распределение

по полу и возрасту в исследовании соответствовало распределению этих показателей в Рязанской области. Учитывая небольшую частоту ИБС, ИМ и инсульта, эти данные были объединены в комбинированную точку ИБС/инсульт/ИМ. Данные стандартизированы по полу и возрасту.

Результаты. В общей выборке обследованных (без учета результатов опросника Роуз) было 4,98% пациентов с ИБС/инсультом/ИМ, из них вклад инсульта был 0,4%, ИМ – 0,2%, ИБС: стенокардия – 4,5%. Частота данного показателя с возрастом увеличивалась с 1,7% до 9,4% (p=0,001). Кроме того, было продемонстрировано, что частота ИБС/инсульта/ИМ была выше в сельской местности, чем в городской(3,8% против 8,5%, p=0,05). Частота вызовов СМП (28,7% против 13,4%, p=0,0001), госпитализаций (36,2% против 15,6%, p=0,0001) и обращений к врачу (93,8% против 74,7%, p=0,001) за последние 12 месяцев у лиц с ИБС/инсультом/ИМ была выше по сравнению с группой без этих заболеваний. При анализе медикаментозной терапии пациентов было показано, что антиагреганты принимали 33,8% (95% ДИ 28,6-48,9%) пациентов, статины – 20,0% (95% ДИ 12,2-28,6%), ингибиторы АПФ – 35,0% (95% ДИ 24,7-46,2%), блокаторы рецепторов ангиотензина – 15,0% (95% ДИ 6,9-23,3%), бета-блокаторы – 31,3% (95% ДИ 20,5-42,2%). Блокаторы кальциевых каналов пациенты принимали в 10,0% случаев (95% ДИ 3,8-17,3%), цитопротекторы – 3,8% (95% ДИ 0,0-8,6%), нитраты – 8,8% (95% ДИ 2,5-15,6%), периферические вазодилататоры – 10,0% (95% ДИ 3,8-16,5%), метаболические препараты – 17,5% (95% ДИ 9,5-25,7%), биологически активные добавки – 11,3% (95% ДИ 4,8-18,6%).

Выводы. Распространенность ИБС/инсульта/ИМ среди трудоспособного населения Рязанской области составила 4,98%. Частота приема рекомендованных лекарственных препаратов остается очень низкой несмотря на их очевидные преимущества в снижении сердечно-сосудистых событий. Это является одной изпричин более частых вызовов СМП, госпитализацийи обращений к врачуза последние 12 месяцев.

Список литературы

1. Кардиология: национальное руководство / под ред. Е.В. Шляхто. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 800 с.

2. Оганов Р.Г. и др. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 216 с.

3. Демографический ежегодник России. 2014: под ред. Дианова М.А., Стат.сб./ Росстат.- М., 2014.

4. Распределение численности населения по полу и возрасту на 1 января 2012 года, доступно по ссылке: ryazan.gks.ru; последнее обновление: 04.03.2012.

5. Особенности обследования пациентов с ишемической болезнью сердца в амбулаторной практике по данным регистрового наблюдения / К.Г. Переверзева [и др.] //Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. -2014. -№ 1. -С. 90-96.

6. Филиппов, Е.В. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний в Рязанской области (по данным исследования МЕРИДИАН-РО)/ Е.В.Филиппов, С.С.Якушин // Наука молодых (Eruditio Juvenium).- 2013.- № 4.- С.91-105.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗРЫВА СЕРДЦА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Филимонова А.А., Трунина Т.П., Филючкова И.М., Щулькин А.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, ГБУ РО ГКБ №11
alekseyshulkin@rambler.ru

В течение многих лет сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смертности населения во многих экономически развитых странах,в том числе и в России. При инфаркте миокарда среди ранних осложнений разрыв сердца является чрезвычайно грозным и до сих пор смертельным.

Цель исследования. Выявить закономерности влияния различных факторов на развитие смертельного осложнения острого инфаркта миокарда-разрыва сердца.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 660 пациентов отделения неотложной кардиологии с палатой реанимации и интенсивной терапии ГБУ РО ГКБ №11 с диагнозом ИБС: острый/повторный инфаркт миокарда, в период с февраля 2012 по декабрь 2013 года. Все пациенты получали стандартную комплексную терапию острого инфаркта миокарда в соответствии с рекомендациями РКО. В 201 случаях (30,5%) пациентам проводилась тромболитическая терапия препаратами актилизе, стрептокиназа, причём в подсчёт включались как пациенты с последующимQ- позитивным, так и с Q-негативным инфарктом миокарда. Из 660 пациентов 120 скончались в стационаре, в 91% случаев летальных исходов проводилось патолого-анатомическое исследование.

Результаты. Летальность от инфаркта миокарда за указанный период времени составила 18%. Среди пациентов, умерших от острого инфаркта миокарда, в 17,5% случаев проводилась тромболитическая терапия. По результатам патолого-анатомического исследования смертельное осложнение – разрыв сердца был обнаружен в 10,8% случаев (у 13 больных). Все пациенты, на секции которых был обнаружен разрыв миокарда, были госпитализированы в стационар с Q-позитивным инфарктом миокарда. Из 13 пациентов 10 (76,9%) поступили в стационар по прошествии нескольких суток от момента развития клинической симптоматики. Средний возраст умерших от разрыва составил 73,3 года, среди пациентов, умерших от ин-

фаркта миокарда без разрыва, средний возраст составил 74,5 лет.Среди пациентов, которым была проведена тромболитическая терапия, разрыв сердца произошёл в 6,7% случаев, в то время как у пациентов без проведения тромболитической терапии – в 4,2% случаев (p>0,05). Среди пациентов с передним инфарктом миокарда частота встречаемости разрыва составила 11,3%, с нижним инфарктом миокарда – 12,9% (p>0,05). Также не было выявлено различий среди пациентов с наличием сахарного диабета: 48% умерших от разрыва сердца страдали сахарным диабетом, 52% –нет (p>0,05). Летальность в группе пациентов с острым инфарктом миокарда и разрывом сердца составила 15,4%, у пациентов с повторным инфарктом миокарда – 6,25% (p<0,05).

Выводы. Установлено влияние следующих факторовна развитие разрыва сердца у пациентов с инфарктом миокарда: глубина инфаркта, отсутствие инфаркта в анамнезе, позднее обращение пациентов. Средний возраст, проведение тромболитической терапии, наличие сахарного диабета, локализация инфаркта не влияют на развитие разрыва сердца.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ИНТЕРФЕРОНА БЕТА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Дуева К.В.
Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
amicum@inbox.ru

Введение. Эффективность и безопасность применения препаратов интерферона бета (ИФН бета) у детей с рассеянным склерозом (РС) изучены недостаточно и по имеющимся ограниченным публикациям в целомсопоставимы с таковыми у взрослой популяции.Описаны определенные технологии повышения безопасности применения ИФН бета у взрослых, что дает основание для разработки аналогичных и дополнительных подходов и в педиатрической практике.

Цель исследования. Обоснование на основе анализа научной литературы организационных технологий, способствующих повышению эффективности и безопасности фармакотерапии РС препаратами ИФН бета у пациентов с дебютом заболевания в детстве.

Материалы и методы. База данных clinicaltrials.govпроводящихся клинических исследований (КИ) применения ИФН бета у детей, публикации из e-library, Pubmed, CochraneLibrary.

Результаты. Всего было проанализировано 13 доступных публикаций, из которых 4 описывали результаты проспективных исследований, а оставшиеся – ретроспективных. Препараты ИФН бета продемонстрирова-

ли приемлемый уровень терапевтической эффективности, что оценивалось по таким критериям, как ежегодный уровень обострений, балл по расширеннойшкале оценки степени инвалидизации при РС, количество обострений в период наблюдения, результаты МРТ. Частота и спектр наблюдаемых нежелательных реакций(НР) в целом сходны с теми, что наблюдаются у пациентов более старшего возраста, но выявлены некоторые дополнительныеаспекты. Полученные результаты согласуются с опытом применения ИФН бета у детей, описанном в отечественной литературе. Анализ дизайна проводящихся КИ показал, что будущие результаты существенно не скажутся на подходах к применениюИФН бета у детей с РС.

Заключение. Данные проведенных исследований подтверждают тот факт, что лечение детей и подростков с РС препаратами ИФН бета является эффективным(в рамках возможностей современной фармакотерапии),приемлемым по уровню безопасности и должно быть начато сразу после постановки диагноза РС. Но уже на данном этапе изучения и применения препаратов у детей с РСмогут быть предложены организационные технологии, направленные на повышение эффективности и безопасности фармакотерапии: 1) назначение препаратов ИФН бета в дозах для взрослых с постепенным титрование по стандартной схеме, для детей младшего возраста, т.е. до 12 лет или весом меньше 30 кг должен решаться вопрос о назначении препарата в меньшей дозе;2) периодический контроль за техникой проведения инъекций, постоянная смена мест инъекции; 3) назначение НПВС для купирования гриппоподобного синдрома; 4) постоянный контроль биохимических показателей (печеночные аминотрансферазы) и общий анализ крови; 5) предварительная оценка возможного развития аффективных расстройств с целью предупреждения развития депрессии; 6) наложение обязательства со стороны органов, осуществляющих фармаконаздор, на фирму-производитель вести регистр детей, страдающих РС, с целью регистрации всех возникающих НР иоценки эффективности применения.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИСАХАРИДОВ АИРА БОЛОТНОГО НА БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ В ДИНАМИКЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО КАНЦЕРОГЕНЕЗА

Кокоев Л.А.
Северо-Осетинская государственная медицинская академия
Kokoevlev15@mail.ru

Введение. Развитие опухолей печени приводит к изменениям биохимических показателей плазмы крови, определение и интерпретация которых может служить ранним диагностическим признаком. Повышение уровня ферментов АлАТ и АсАТ, свидетельствует о повреждении клеток. Повыше-

ние уровня ЩФ, является показателем нарушение печеночных долек в результате воздействия на них токсических веществ, что приводит к застою желчи и возникновениюхолестатического синдрома. Широко используемые гепатопротекторы способны нормализовывать уровень печеночных ферментов, но этот эффект является временным, т.к. они не оказывают влияние на причины их повышения. В связи с этим поиск новыхсредств, преимущественно растительного происхождения, способныхоказыватьгепатопротекторное действие и обладать химиопрофилактической активностью является актуальным. Одним из таких соединений являются полисахариды аира болотного.Однако, имеющихся в настоящее время сведений недостаточно для однозначного вывода о реальных перспективах их применения в качестве гепатопротекторного средства в условиях экспериментального канцерогенеза.

Цель исследования. Изучить влияние полисахаридов аира болотного на биохимические показатели крови в динамике экспериментального канцерогенеза и выявить возможныемеханизмов антиканцерогенного действия.

Материалы и методы. Исследование проведено на 60 крысах-самцах линии Вистар с исходной массой 170-200 г. Новообразования печени индуцировали введением N-нитрозодиэтиламина (НДЭА) в дозе 100 мг/л с питьевой водой. В качестве модификатора канцерогенеза животные получали с кормом полисахариды корневища аира болотного в дозе 75 мг/кг массы тела ежедневно.Животные разделены на 3 группы: I – НДЭА; II – НДЭА + полисахариды аира болотного; III – интактный контроль (n=20).

На 4, 8 и 12неделях, осуществляли забор крови (5 мл). О степени влияния полисахаридов аира болотного на биохимические показатели крови судили по изменению активности АЛТ, АСТ, ЩФ, в динамике канцерогенеза.

Полученные результаты обрабатывали статистически, различия между группами оценивали с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты. В ходе проведенного эксперимента выявлено положительное влияние полисахаридов аира болотного на биохимические показатели плазмы крови, что выражалось в достоверном снижении уровня АлАТ,АсАТи ЩФ на 1-ммесяце эксперимента в 1,15 ($p<0,01$); 1,36 ($p<0,01$); 1,14 ($p<0,01$) раза, на 2-м месяце в 1,18 ($p<0,01$); 1,27 ($p<0,01$); 1,13 ($p<0,01$) раза соответственно по показателям, по сравнению с группой животных получавших изолированно канцероген.На третьем месяце эксперимента в группе животных получавших наряду с канцерогеном полисахариды аира болотного, хоть и менялись показателиотносительно второго месяца, но все же оставались достоверно ниже показателей I группы и составили 1,877±0,057ммоль/л ($p<0,01$); 0,997±0,063ммоль/л ($p<0,01$) и 456,8±23,7($p<0,01$) соответственно.

Заключение. Таким образом, введение полисахаридов аира болотного в дозе 75 мг/ кг массы тела в рацион животных, на ранних сроках экспериментального канцерогенеза предупреждало развития цитолитического синдрома и снижало повышение печеночных ферментов, что могло приво-

дить к торможению развития опухолевых образований в печени и снижению степени их малигнизации.

СЫВОРОТОЧНЫЙ ЦИСТАТИН С КАК МАРКЕРФУНКЦИИ ПОЧЕК И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Коледаев А.К., Постникова Г.А.
Кировская государственная медицинская академия
actavir@gmail.com

Введение. Наличие хронической болезни почек (ХБП) является независимым фактором суммарного сердечно-сосудистого риска (ССР) и показанием к применению методов первичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений (ССО). В последние десятилетия установлено, что уровень сывороточного цистатина С(сЦС) повышается при снижении скорости клубочковой фильтрации (СКФ), а также при развитии концентрической гипертрофии миокарда левого желудочка (КГЛЖ).

Цель исследования. Уточнить диагностическое значение определения уровня сЦС у больных ХБП.

Материалы и методы. Исследование проведено у 47 пациентов недиабетической ХБП 1-5 стадий. Средний возраст больных 50 лет (24; 79), мужчин – 46 %, женщин – 54%. Уровень сЦС определяли методом иммуноферментного анализа. СКФ рассчитывали дважды: по уровню сывороточного креатинина (сК) по формуле CKD-EPI и по уровню сЦС, используя формулу Леви. Пациентам проведена ЭХО-КС, у 29 выявлена КГЛЖ, у 1– эксцентрическая гипертрофия ЛЖ, у 1-концентрическое ремоделирование миокарда ЛЖ, у 16 – патологии не выявлено. АГ имели 36 пациентов (76%). Исследовали наличие зависимости между уровнем сЦС и сК, а также величиной систолического АД (САД), индексом миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Для статистической обработки данных использовали программу BioStat 2009 Professional 5.8.4; различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты. У обследованных нами пациентов уровень сЦС достоверно коррелировал с уровнем СК ($r=0,652$; $p<0,005$). Средние значения СКФ, рассчитанной поформулам сиспользованием показателей сЦС и СК, не имели достоверных различий при ХБП 1-4 стадий, то есть при СКФ более 15 мл/минуту (n=26). Однако у больных ХБП 5 стадии (n=21) СКФ, рассчитанная по уровню сЦС, оказалась достоверно выше, чемрассчитанная по уровню СК: 14,9±4,9 мл/мини 9,5±3,3 мл/мин соответственно ($p<0,0005$). Группы больных ХБП 1-4 и ХБП 5 стадии были сопоставимы по возрасту, полу, длительности заболевания и антропометрическим данным, но значения САД и ИММЛЖ были достоверно выше при ХБП 5

(p<0,0005). Выявлена сильная прямая корреляция между уровнем сЦС и САД (r=0,821; p<0,0005) и между сЦС и ИММЛЖ (r=0,644; p<0,0005). Максимальные значения сЦС достоверно ассоциировались с наличием КГЛЖ (χ^2 =6,285; p=0,012).

Заключение. Уровень сЦС у больных ХБП может использоваться не только для расчета СКФ, но и как маркер нарастания суммарного ССР для своевременного назначения мер первичной и вторичной профилактики ССО.

Список литературы

1. Нефрология Национальное руководство./ Под ред. Н.А. Мухина – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009; 710.

2. Мухин Н.А. Снижение скорости клубочковой фильтрации – общепопулярный маркер неблагоприятного прогноза. Тер арх 2007;6:5—10.

3. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В, Моисеев В.С. Артериальная гипертония. Ключи к диагностике и лечению. М: ГЭОТАР-Медиа 2009; 868.

4. Виллевальде С.В., Гудгалис Н.И., Кобалава Ж.Д. Цистатин С как новый маркер функции почек и сердечно-сосудистого риска Кардиология 2010; 6: 78-82.

5. Мухин Н.А., Шилов Е.М. Диагностика и лечение болезней почек М: ГЭОТАР-Медиа 2011; 384.

РАЗРАБОТКА ПРОЕКТА ФАРМАКОПЕЙНОЙ СТАТЬИ «БРУСНИКИ ЭКСТРАКТ ЖИДКИЙ»

Мыльников П.Ю.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
pavelmylnikov@mail.ru

Введение. В настоящее время наблюдается тенденция к росту урологических заболеваний: с 2002 по 2012 годы прирост абсолютного числа пациентов с заболеваниями мочеполовой системы составил 33,5%. Поэтому разработка лекарственных препаратов для лечения этих заболеваний актуальна. Нами разработаны состав и технология получения лекарственного препарата на основе листьев брусники, обладающих диуретическим, антисептическим и противовоспалительным действием.

Цель исследования. Разработка проекта фармакопейной статьи «брусники экстракт жидкий».

Материалы и методы. Разработку проекта фармакопейной статьи проводили в соответствии с ОСТ 91500.05.001-00 «Стандарты качества лекарственных средств. Основные положения», а также требованиями общей фармакопейной статьи «Экстракты» Государственной Фармакопеи XIII издания. В основу вводимых нами нормативных показателей качества были

положены многосерийные исследования по установлению показателей качества брусники экстракта жидкого. В проект фармакопейной статьи включены: название препарата на русском языке, состав, описание, подлинность, тяжелые металлы, остаточные органические растворители, количественное определение, содержание спирта, плотность, сухой остаток, микробиологическая чистота, упаковка, маркировка, хранение; срок годности, фармакологическая группа. Подлинность брусники экстракта жидкого оценивали по основным действующим веществам: фенологликозиды и арбутин – по характеристикам УФ-спектра при 221нм и 282нм в области от 200 до 350нм; дубильные вещества – по реакции с раствором железо-аммониевых квасцов. Количественное содержание действующих веществ определяли по содержанию арбутина хроматоспектрофотометрически (проводилась очистка извлечения через алюминия оксид, элюирование арбутина проводили этанолом 20%; спектрофотометрическое определение арбутина в элюате проводили при 282нм). Остаточные органические растворители – метанол и н-пропанол – определяли методом газожидкостной хроматографии.

Результаты. Состав брусники экстракта жидкого на 1 литр следующий: листьев брусники 1000г, спирта 70% до получения 1л экстракта. Полученный экстракт брусники жидкий представляет собой жидкость темно-коричневого цвета с характерным запахом и горько-вяжущим вкусом. Подлинность: при спектрофотометрии элюата жидкого экстракта брусники обнаруживаются два максимума поглощения при 221нм и 282нм, что соответствует максимумам поглощения стандартного образца арбутина. Химическая реакция с раствором хлорида железа (III) даёт фиолетово-красное окрашивание. В ходе исследования были получены следующие значения: сухой остаток не менее 7%, содержание спирта не менее 55%, плотность 0,938-1,004 г/см^3, тяжелые металлы не более 0,01%, содержание арбутина не менее 4%, содержание метанола и н-пропанола не более 0,02%. Хранение: при температуре не выше 10^{0}С. Показатели качества экстракта брусники жидкого в процессе длительного хранения в регламентируемом режиме в течение года соответствовали разработанным показателям качества. Упаковка: флакон оранжевого стекла 50мл. Фармакологическое действие: диуретическое и антисептическое.

Заключение. Разработан проект фармакопейной статьи экстракта брусники жидкого; установлены числовые показатели, характеризующие качество экстракта брусники жидкого.

ТЕЛЕФАРМАЦИЯ – МАРКЕТИНГОВАЯ ИННОВАЦИЯ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ

Опарин К.С.
Самарский ЧУ ОО ВО Медицинский университет «Реавиз»
k.s.100@ya.ru

Введение. Телефармация, т.е. продажа фармацевтических препаратов в Интернете, и иных информационно-коммуникационные системах – явление практически не исследованное, однако на протяжении последних лет оно активно развивается в России.

Цель исследования. Проанализировать и рассмотреть значение телемаркетинга как часть фармацевтического маркетинга.

Материалы и методы. Проведен поиск информационных источников в доступной литературе с использованием фармацевтических интернет-ресурсов.

Результаты. Телефармацию можно рассматривать как часть фармацевтического маркетинга, который способствует продвижению сбыта фармацевтической продукции и соответственно удовлетворение потребностей населения в фармацевтических товарах и фармацевтической помощи. Интернет может выступать не только магазином, в который в режиме реального времени поступают электронные платежи, но и источником рекламной информации о фармацевтических препаратах. В настоящее время используется термин «интернет-торговля лекарствами», которая реализуется через информационные ресурсы в Интернете, специализирующиеся исключительно на продаже фармацевтической продукции. Страна уже год как живет без интернет-аптек — дистанционная торговля препаратами запрещена с 1 июля 2015 года. Сайты разрешается использовать только в качестве «витрины» — сделать предзаказ можно, но получить его потребитель должен из рук провизора или фармацевта в официально лицензированном аптечном учреждении. Интернет-торговля лекарствами с помощью электронных сервисов. На сегодняшний день имеются 2 основных сервиса. 1. Apteka.RU – это проект АО НПК «Катрен», ведущего российского фармдистрибьютора, 2. ЗдравСити – проект от одного из лидеров российской фармдистрибуции – ЦВ «ПРОТЕК». Указанные сервисы не производят продажи лекарств. Сервисы принимают информацию о желании клиента приобрести выбранные лекарства в удобной ему аптеке. То есть, товар продает аптека. Заказанные лекарства собираются на одном из складов, и доставляются в аптеку по стандартному договору поставки. Интернет-сервис предоставляет аптечному учреждению доступ к информационно-справочному ресурсу, позволяющему предложить к продаже товары, разрешенные к реализации в аптечных учреждениях, неопределенному кругу лиц, для последующего их заказа и бронирования конечным покупателем. Через сайт apteka.ru проходит доста-

точно большой объем заказов, по итогам 2015 года — 2,8 млрд рублей, на текущий момент – это показатель в 400 млн. рублей в месяц, ожидаемый в 2016 году оборот в 5–6 млрд. рублей.

Заключение. Таким образом, в настоящее время используется термин «интернет-торговля лекарствами», который реализуется через информационные ресурсы в Интернете, специализирующиеся на продаже фармацевтической продукции. Реализация препаратов через интернет-сайты поставщиков является маркетинговой интернет-инновацией и является взаимовыгодным сотрудничеством как для поставщика (увеличение объема продаж) и для конкретной аптеки (увеличение объема продаж, дополнительные покупки к интернет-заказу), а также в первую очередь для потребителя (доступная цена, возможность заказа большого списка необходимых препаратов, возможность ознакомления с описаниями препаратов и инструкцией по применению), что позволит сделать фармацевтическую помощь более доступной.

Список литературы

1. Котлер Ф. Основы маркетинга. Новосибирск, 1992.

2. Краснокутский А.Б., Лагунова А.А. Фармакоэкономика. Т.1 Системный анализ мирового фармацевтического рынка. М., 1998 .

3. Маркетинг / Под ред. И.В. Липсица. М., 2012.

4. Наша задача — защитить рынок от неквалифицированного вмешательства! (интервью)// Катрен стиль фарма. №149, июнь 2016. С. 52.

5. Тенцер А. На распутье. Продажа лекарств через интернет // Катрен стиль фарма. №135, январь-февраль 2015.
URL: http://www.katrenstyle.ru/archive/135_farma. Дата обращения:30.07.2016.

ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОЗАМЕНЯЕМОСТИ ИММУНОДЕПРЕССАНТОВ

Пастернак Е.Ю.
Московский научный центр экспертизы средств медицинского применения
pasternak@expmed.com

Введение. Проблема взаимозаменяемости современных иммунодепрессантов является чрезвычайно актуальной. Переход от референтных на воспроизведенные лекарственные препараты (ЛП) у пациентов, в течение всей жизни нуждающихся в иммуносупрессивной терапии, может значительно снизить стоимость лечения. Вместе с тем,клинический опыт показывает, что замена референтных препаратов с узким терапевтическим диапазоном(УТД) на воспроизведенные нередко сопровождается изменением терапевтической эффективности, что может привести к серьезным клиническим последствиям.

Цель исследования. Анализ причин возникновения нежелательных реакций, вызванных заменой иммунодепрессантов в рамках одного международного непатентованного наименования(МНН) с помощью метода спонтанных сообщений.

Материалы и методы. Объектом исследования были спонтанные сообщения (СС) о нежелательных реакциях (НР) при применении иммунодепрессантов, зарегистрированные в базе данных подсистемы «Фармаконадзор» АИС Росздравнадзора с 1 января 2009 по 31 декабря 2015 гг.

Результаты. На первом этапе было рассмотрено 7224 СС, поступивших с 1 января 2015 по 30 июня 2015 года, из них было выявлено 135 (1,9% от всех поступивших сообщений за этот период в базу данных)сообщенийо НР развившихся после замены ЛП в пределах одного МНН.Из них число ССо развитии НР при замене иммунодепрессантов составило 16 сообщений (11,8% от сообщений о НР развившихся после замены препаратов): циклоспорин – 9 СС, такролимус – 6 СС и микофенолат мофетил – 1СС. Первые два ЛП относят к препаратам с УТД, а так же являются базовыми компонентами схем иммуносупрессивной терапии. В связи с этим на втором этапе были отобраны все сообщения о НР после применения циклоспорина (398 СС) и такролимуса (451 СС), поступившие в базу данных за 7 лет. Из них 83(20,9%)СС содержали информацию о замене циклоспорина и 33(12,2%) СС – такролимуса.При замене препаратов циклоспорина в большинстве случаев (85,2%) НР развивались при замене референтного ЛП на воспроизведенный. При применении препаратов такролимуса все сообщения о развитии НР относились к случаям перехода с референтногоЛП на воспроизведенный. Нежелательные реакции при заменахобоих иммунодепрессантов наиболее часто характеризовались нарушениями со стороны органов пищеварения (циклоспорин – 66,7% от числа СС о НР на замену, такролимус – 88,2% от числа СС о НР на замену)имочевыделительной системы (циклоспорин – 50,6% от числа СС о НР на замену, такролимус – 45,1% от числа СС о НР на замену). В 40,7% от поступивших сообщений о НР при замене препаратов циклоспорина ив 23,5% – препаратовтакролимуса содержалась информация о неэффективности ЛП.Среди них в 63,6% случаев неэффективности циклоспорина и во всех случаях неэффективности такролимусапрепараты применялись для профилактики или лечения реакции отторжения трансплантата при пересадке органов, таким образом, неэффективность приводила к развитию серьезного риска для жизни пациентов.

Заключение. Анализ спонтанных сообщений о НР после применения препаратов ингибиторов кальциневрина, содержащихся в национальной базе данных, показал, что заменав рамках одного МНН изначально подобранного иммунодепрессанта является фактором риска лекарственной терапии иможет быть сопряжена с развитием НР или снижением эффективности.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АПТЕЧНОЙ СЕТИ

Семенова С.В.
Рязанский государственный меицинский университет
имени академика И.П. Павлова
sv-tmb@yandex.ru

Введение. В настоящее время руководители аптечной сети должны осуществлять стратегическое и тактическое планирование для обеспечения устойчивого положения аптечной организации на фармацевтическом рынке. Повышение эффективности сети аптек достигается за счет оптимизации расходов, сокращения аптек с низким уровнем рентабельности. Для оценки эффективности аптечных организаций, входящих в состав межрегиональной аптечной сети были использованы данные: фактический товарооборот, плановый товарооборот, сумма издержек, прибыль. На величину товарооборота влияют такие факторы, как количество конкурирующих аптечных организаций, наличие медицинских организаций, численность населения, ассортиментная и ценовая политика аптечной организации, величина среднего чека, количество транзакций. Данные полученные в результате исследования могут быть использованы для определения резерва роста аптечной сети, корректирования методов управления аптечными организациями. Исследуемая межрегиональная аптечная сеть насчитывает более 80 аптек в 15 субъектах Российской Федерации. Изучение экономических параметров проводилось на базе 14 аптек, расположенных в г. Тамбове. Среднедневная проходимость от 150 до 500 человек. помимо реализации товаров аптечного ассортимента населению предоставляются следующие дополнительные услуги: информация о наличии ЛС в аптеках города, индивидуальный заказ редких ЛС, дисконтная программа, особые скидки для пенсионеров. Снабжение аптек лекарственными средствами осуществляется со собственного склада.

Цель исследования. Провести оценку экономических показателей 14 аптечных организаций, входящих в состав межрегиональной аптечной сети, составить рейтинг аптечной организации аптечной сети.

Материалы и методы. Отчетные данные аптечных организаций по товарообороту, издержкам, прибыли за 2 года.

Результаты. Все аптечные организации были разделены на группы в зависимости от месторасположения: а) в спальном районе, б) на пути транспортного/пешеходного потока, в) рядом с медицинскими организациями. Среди аптек, находящихся в спальном районе было отмечен средний прирост товарооборота на 0,99%, прирост издержек 7,1%, снижение прибыли на 0,4%. Среди аптек, расположенных недалеко от медицинских организаций, товарооборот снизился на 5,65%, уровень издержек снизился на 12,3%, прибыль увеличилась на 14,5%. Аптеки, находящиеся на пути

транспортного/пешеходного потока были разделены на 2 подгруппы в зависимости от интенсивности движения. В первой подгруппе отмечался снижение прироста товарооборота на 5,6%, увеличение уровня издержек на 4,01%, увеличение прибыли на 0,72%. В аптеках, расположенных на пути более интенсивного движения было отмечено снижение товарооборота на 8,4%, снижение уровня издержек на 5,3%, снижение прибыли на 6,2%.

Заключение. Наиболее низкие экономические показатели у аптечных организаций, находящихся на пути интенсивного транспортногои пешеходного потока, что свидетельствует о нерациональной ассортиментной/ценовой политике по сравнению с конкурирующими аптечными организациями.При увеличении уровня издержек необходимо провести оптимизацию расходов.

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Сосин Д.Н., Сосина К.А., Тепляшина В.В., Ершов Е.Е., Насырова Р.Ф.

Актуальность. Шизофрения – психическое расстройство, характеризующееся высоким уровнем потери трудоспособности и инвалидизации, лечение которого связано со значительными финансовымизатратами. Основными препаратами для терапии психических расстройств шизофренического спектра являются антипсихотики, требующие длительного применения. Данные препараты эффективны в отношении позитивных и негативных симптомов шизофрении, но вместе с тем имеют широкий спектр побочных эффектов. Вместе с темтолько небольшая часть пациентов достигает полной ремиссии [1]. Антипсихотик-индуцированные метаболические нарушения существенно снижают качество жизни пациентов и их приверженность к терапии [2]. В настоящее время фармакогенетические исследования используются для оптимизации подбора психофармакотерапии. К сожалению, в нашей стране имеется существенный недостаток проспективных многоцентровых исследований, которые, несомненно, являются методологически более сложными, но вместе с тем дают возможность получить валидные фармакогенетические маркеры с возможностью их внедрения в клиническую практику.

Материалы и методы. В исследование включаются пациенты с верифицированным психическим расстройством из рубрики F2 по МКБ-10, которые получают антипсихотики (I и II генераций) в режиме монотерапии. Пациенты находились на стационарном лечении в СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко»(главный врач – О.В. Лиманкин). Перед включением в исследование все пациенты подписывают информированное согласие.Длительность наблюдения составляет 2-3 мес. и

включает 2 визита: Визит 1 – на момент включения пациента в исследование и Визит 2 – через 8-12 недель приема антипсихотика в режимемонотерапии.В исследовании 31,2% пациентов получали антипсихотики первой генерации, 68,8% – антипсихотики второй генерации. На каждом Визите оцениваются метаболические изменения (индекс массы тела, вес, объем талии и бедра), а также проводится психометрическая оценка с помощью шкал: PANSS, CGI-S, CGI-I. Средняя продолжительность наблюдения у обследованных составила 9,3±3,24 нед. Генотипирование проводилось у 32 пациентов с помощью полимеразной цепной реакции в реальном времени (Real-TimePCR). Все пациенты были генотипированы по ряду полиморфизмов: *DRD2* (rs1800497), *DRD4* (rs1800955), *HTR2A* (rs6313),*ADRA2A* (rs1800544), *ADRB1* (rs1801253), *ADRB2* (rs1042713), *ADRB3* (rs4994), *MDR1* (rs1045642), *MDR1* (rs2032582), *MDR1* (rs1128503), *CYP2D6* (rs1065852), *CYP3A4* (rs4987161). Выделение ДНК осуществлялось реагентами «АмплиПрайм РИБО-преп» фирмы Интер Лаб Сервис (Россия). ПЦР-исследование проводилось с использованием наборов реагентов для определения полиморфизмов фирмы «Синтол» (Россия) с детекцией продуктов амплификации в режиме реального времени на приборе RotorGene 6000/Q(QIAGEN, Германия). Статистическая обработка проводилась с помощью статистического пакета программы SPSS 22.0.

Результаты. При анализе предварительных результатов не было найдено значимых различий между изменением индекса массы тела, веса, объема талии и бедра между Визитами 1 и 2 (p>0,05). Распределение аллей для полиморфных вариантов геновбыло следующим:rs1045642 гена *MDR1*: TT – 28,3% TC – 49,8% CC – 21,9%; rs 2032582 гена *MDR1*: GG – 25% GT – 50% TT – 25%; rs4987161 гена *CYP3A4*: TT – 90,84% TC – 8,94% CC – 0,22%; rs 1042713 гена *ADRB1*: CC – 84% CG – 15,3 GG – 0,7%; rs1042713 гена *ADRB2*: AA – 15,3% AG – 47,6% GG – 37,1%; rs4994 гена*ADRB3*:TT – 90,84% TC – 8,94% CC – 0,22%; rs1800544 гена *ADRA2A*:CC – 50,4% CG – 41,2% GG – 8,4%; rs1800497 гена *DRD2*: CC – 65.9%, CT – 29.5%, TT – 4.5%; rs1800955 гена *DRD4*: TT – 43% TC – 45% CC – 12%; rs6313 гена*HTR2A*: CC – 33.3%, CT – 51.1%, TT – 15.6%; rs 1065852 гена *CYP2D6*: CC – 90,84% CT – 8,94% TT – 0,22% и для rs1128503 гена *MDR1*: CC – 20,5% CT – 49,5% TT – 30%. Распределение соответствовало закону Харди-Вайнберга. Не выявлено влияния изучаемых полиморфных вариантов генов на возникновение метаболических нарушений у пациентов, принимающих антипсихотики в режиме монотерапии (p>0,05).

Выводы. В последние десятилетие все больше внимание уделяется персонализации терапии, как понимание необходимости индивидуального подхода к каждому пациенту. Предварительные результаты проспективногоисследования не выявили ассоциации изучаемых полиморфизмов с риском возникновения метаболических нарушений у пациентов, получающих антипсихотическую терапию. Полученные данные нельзя считать

репрезентативными, т.к. размер выборки недостаточен. Исходя из этого, продолжается набор пациентов из различных регионов России (Северо-Западный, Поволжский, Западно-Сибирский). Строгий дизайн исследования дает возможность получить важные и применимые к клинической практики результаты в дальнейшем.

Исследование выполнено за счет гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых – докторов наук (МД-7471.2016.7).

Список литературы

1. Лиманкин О.В. Фармакотерапия и реабилитация в биопсихосоциальной модели психиатрической помощи / Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – №4. – С. 79-82.

2. Иващенко Д.В., Сосин Д.Н., Кирничная К.А., Ершов Е.Е., Иванов М.В., Тараскина А.Е., Аточин Д.Н., Насырова Р.Ф., Незнанов Н.Г. Центральные и периферические механизмы реализации антипсихотик-индуцированного набора веса // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2015. – № 1. – С. 3-10.

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАРАМЕТРОВ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Харченко Г.А., Клищенко М.Ю.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
kmarina62@mail.ru

Необходимость позиционирования фармацевтических организаций состоит в том, что в настоящее время наблюдается перенасыщенность рынка фармацевтическими организациями, которые находятся друг от друга в шаговой доступности. Идея позиционирования состоит в том, что если руководитель аптеки хочет, чтобы покупатель пришел именно в эту аптеку, потребитель должен понимать, чем же она отличается от других. В том случае, когда фармацевтическая организация обладает определенным важным отличием, то она сможет занять четкую позицию в памяти покупателя, что формирует лояльных покупателей.

Целью исследования было изучить параметры позиционирования, обладающие наибольшим влиянием на потребителей для привлечения целевой аудитории.

Материалы и методы. Социологическое исследование (анкетирование по специально разработанным нами анкетам).

В процессе исследования нами было опрошено 100 человек – посетителей фармацевтических организаций города Рязани. На вопрос о том,

что для вас является наиболее важным при принятии решения о посещении определенной аптеки, ответы респондентов объединились в несколько групп (при этом можно было выбрать несколько параметров).

Наибольшее количество ответов касалось ценовой политики, а именно снижения цен, наличия скидок, бонусов, карт лояльности и др. Таким образом, в условиях экономического кризиса в стране, особенно актуальными стали аптеки, позиционирующие себя как аптеки низких цен, социальные аптеки, аптеки-дискаунтеры. Из нескольких аптек именно такие выберут 67% опрошенных. Среди них 40% пенсионеров, 17% работающих пенсионеров, 28% молодых людей до 30 лет (в том числе молодых родителей), 15% от 30 до 55 лет. Однако, в результате исследования выявлено, что 21% респондентов не имеют дисконтных карт, не участвуют в промоакциях, конкурсах и лотереях (в основном мужчины). При этом 18% опрошенных предпочитают накопительные скидки, а 9% респондентов посещают аптеки в дни и часы, когда там предоставляются скидки (преобладающее большинство – не работающие пенсионеры).

Вторым параметром позиционирования фармацевтических организаций, наиболее важным для потребителей является ее удобное расположение. Мы подразумеваем под этим показателем расположение аптеки в шаговой доступности, наличие обустроенной территории, парковки и пандусов. Этот параметр отметили 73% респондентов, однако, каждый вкладывал в него свой смысл. Для 56% анкетируемых наиболее удобным является наличиеаптеки около дома, 14% опрошенных отметили расположение в непосредственной близости к работе; а 22% – в торговом центре с удобным подъездом и парковкой.

Компетентный персонал, внимательный, доброжелательный является параметром позиционирования для 78% респондентов. При этом анкетируемые отметили, что наиболее важными показателями для них являются умение слушать и сопереживать. Эти показатели отметили 21% респондентов.

Следующий параметр – приемы мерчандайзинга: оформление витрин, наружной рекламы, оформление торгового зала, фирменный стиль в одежде фармацевтических работников – отметили важным19% опрошенных.

Хорошо позиционируют фармацевтическую организацию дополнительные услуги. Интересными, с точки зрения потребителей, являются следующие: измерение давления, массы тела, открытие специализированных отделов (оптики, ортопедии, лечебной косметики, детского или диетического питания, медицинской техники, гомеопатии и тд.), заказ редких или дорогостоящих препаратов, консультации врачей-специалистов (офтальмологов, косметологов, диетологов и тд). На них обращают внимание 44% респондентов.

Таким образом, в результате исследования выявлено, что все параметры позиционирования аптек очень важны в сознании покупателей. Поэтому для каждой конкретной аптеки необходимо подбирать индивидуальный подход в зависимости от целей руководства.

ЭКСПРЕССИЯ ГЛИКОПРОТЕИНА-РВ КОРЕ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙГОЛОВНОГО МОЗГА НА ФОНЕ ЕЕ ИШЕМИИ

Черных И.В., Якушева Е.Н., Щулькин А.В., Гацанога М.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Ivchernykh88@mail.ru

Гликопротеин-Р (Pgp) –АТФ-зависимыйбелок-транспортер, локализованный в гематоэнцефалическом барьере (ГЭБ) и препятствующий абсорбции в мозг ряда лекарственных средств.

Цель исследования. Оценить экспрессию Pgpв ГЭБ на фонеокклюзии общей сонной артерии и окклюзии-реперфузииие зависимость от редокс-статуса ткани мозга.

Работа выполнена на 90 крысах-самцах wistar, разделенных на 3 группы: интактные животные (n=6), крысы, которым окклюдировали общую сонную артерию в течение30, 60, 90 мин, 4, 12 ч, 5 и 14 суток (n=42)и животные, которым моделировали 30-минутную ишемию мозга с реканализацией той же длительности (n=42). Гистологический материал подвергали стандартной иммуногистохимической обработке.В ткани мозг также определяли выраженность окислительного стресса.

В ходе исследования установлено, что экспрессия Pgp уменьшалась через 12 ч окклюзии на 59,2%, а на 5-е сутки увеличивалась на 65,9%. Ишемия-реперфузияприводила к снижению экспрессии Pgp через 4 и 12 ч после реперфузии на 61,3% и 74,8% соответственно.

При ишемии концентрация ТБК-реактивных продуктов (ТБК-РП) возрастала через 1,5 ч на 27,5% и оставалась повышенной до 14-х суток.Уровень сульфгидрильных (SH) групп снижался через 60 мин на 29,2%, оставался сниженным до 12-го ч, затем от нормы не отличался. Активность глутатионпероксидазы (G-per) снижалась через 1,5 ч на 26,7%, оставалась сниженной до 12-го ч и нормализовалась к 5-м суткам.

При окклюзии-реперфузииуровень ТБК-РП увеличивался через 30 мин после реперфузии на 84,9% и оставался достоверно повышенным до конца эксперимента.Концентрация SH-групп снижалась через 30 мин на 25,3%, нормализовалась к 12-му ч и вновь снижалась к 5-м суткам наблюдения.Активность G-per снижалась через 60 мин на 39,1%, а затем повышаласьдо нормы к 5-му дню эксперимента.

Выявлена зависимость между экспрессией Pgp и активностью G-perв ткани мозга Rs=0,352, p=0,024.

Работа поддержана грантом РФФИ 16-44-620292 р_а

РОЛЬ ТЕСТОСТЕРОНА В РЕГУЛЯЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ГЛИКОПРОТЕИНА-Р

Щулькин А.В., Черных И.В., Якушева Е.Н.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
alekseyshulkin@rambler.ru

Гликопротеин-Р (Pgp) – АТФ-зависимый белок-транспортер, локализованный в апикальной мембране энтероцитов, эпителия проксимальных почечных канальцев, эндотелия гистогематических барьеров, билиарной мембране гепатоцитов. Считается, что Pgp играет важную роль в фармакокинетике лекарственных препаратов, а также ряда эндогенных веществ – стероидных и тиреоидныхгормонов, пептидов.

Цель исследования. Изучить регуляцию функционирования Pgp посредством тестостерона.

Работа выполнена на кроликах-самцах породы шиншилла массой 3500-4200 г. В ходе исследования изучалась функциональная активность и экспрессия Pgp при орхэктомии, а также при внутримышечном введении тестостерона ундеканоата в доза 12 мг/кг и 24 мг/кг массы. Функциональную активность Pgpна уровне целостного организма определяли по фармакокинетике его маркерного субстрата – фексофенадина. Фексофенадин не подвергается биотрансформации и его фармакокинетика зависит исключительно от активности Pgp. Экспрессию Pgp в печени, почках, тонком кишечнике определяли иммуногистохимически.

Показано, что орхэктомия приводила к повышению активности Pgp, что проявлялось изменением фармакокинетики его маркерного субстрата-фексофенадина, а именно: на 7 день операции снижением его максимальной концентрации (C_{max}), на 14 сутки уменьшением C_{max}, площади под фармакокинетической кривой концентрация-время (AUC_{0-t}), увеличением общего клиренса (Cl), а на 21 день – снижением C_{max}, AUC_{0-t}, увеличением Cl. При этом, орхэктомия также сопровождалось повышением экспрессии Pgp на 21 день эксперимента в печени и почках.Введение тестостерона в дозе 6 мг/кг нормализовало данный показатель.

Установлено, что введение тестостерона в дозах 12 и 24 мг/кг вызывало снижение функциональной активности Pgp, что проявлялось повышением C_{max}фексофенадинана 7 сутки и 14 сутки, AUC_{0-t} – на 14 сутки, снижением Cl на 14 сутки (доза 12 мг/кг), и повышением C_{max} – на 7 сутки, AUC_{0-t} – на 7, 14 и 21 сутки, и снижением Cl на 7 и 14 сутки (доза 24 мг/кг). При этом, введение тестостерона в дозе 12 мг/кг сопровождается снижением экспрессии Pgp в печени на 14 и 21 сутки, в тонком кишечнике на 7, 14 и 21 сутки, а в дозе 24 мг/кг снижением экспрессии в печени и тонком кишечнике на 7, 14, 21 сутки.

Работа поддержана грантом РФФИ 16-04-00320 а.

РАЗРАБОТКА ИННОВАЦИОННЫХ СИСТЕМ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ НА ОСНОВЕ ДЕТОНАЦИОННОГО НАНОАЛМАЗА КАК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Яковлев Р.Ю.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
yarules@yandex.ru

В 2007 г. путем конкурсного отбора из более 310 заявок, представленных институтами РАН в рамках пяти направлений: фундаментальные исследования этиологии и патогенеза ряда распространенных и социально значимых заболеваний; разработка и усовершенствование методов и средств диагностики; создание приборов и материалов медицинского назначения, новых лекарственных препаратов; современные проблемы радиобиологии; полиморфизм человека,была сформирована Программа фундаментальных исследований Президиума РАН «Фундаментальные науки – медицине» [1].

Наиболее востребованной областью фундаментальной медицины является диагностика и лечение социальнозначимых заболеваний с помощью инновационных лекарственных средств (ЛС) нового поколения. Многие исследователи для этих целей используют различные носители биологически активных (БАВ) и лекарственных веществ (ЛВ). На сегодняшний день государственная поддержка в лице Роснано оказывается препаратам на основе биодеградируемыхнанокомпозитных материалов, наночастиц пористого кремния, самособирающихсянаночастиц из смеси гетерополимеровнаноформуляций молекулярных модуляторов клеточного стресса. Использование таких технологий предполагает наличие у инновационного препарата конкурентных преимуществ: сниженная токсичность препаратов → меньше побочных эффектов, превосходство над существующими препаратами по эффективности, лечение ряда социально значимых заболеваний, выход на международный фармацевтический рынок, импортозамещение доступными высокоэффективными отечественными аналогами.В РязГМУ-совместно с МГУ ведется работа по созданию ЛС нового поколения, обладающих вышеперечисленными достоинствами, на основе перспективного носителя – детонационного наноалмаза (ДНА). Решены несколько важнейших проблем и задач: стандартизация промышленного ДНА, разработка оптимальных подходов к модифицированию его поверхности и прикреплению на нее БАВ и ЛВ, способов его визуализации *invitroиinvivo*; клеточная и мембранная проницаемость ДНА и его конъюгатов с БАВ, их острая токсичность, долговременное биораспределение ДНА в организме. У конъюгатов ДНА с ЛВ были обнаружены фармакологические эффекты, превосходящие активность нативныхЛВ и лучших препаратов сравнения, в

том числе, зарубежных [2]. Отдельно стоит отметить получение значимых в медицине катастроф и военной медицине многообещающих данных в лечении геморрагического инсульта. Выявленные фармакологические свойства конъюгата ДНА-глицин (антиоксидантные, противогипоксические, противоинсультные и др.) обосновывают целесообразность его дальнейшего расширенного клинического исследования и внедрения в практику психиатрии и неврологии [2].

Список литературы

1. Фундаментальные науки – медицине. Мат.конф. Москва, 3–4 декабря 2007 г. – М.: Фирма «Слово», 2007. – 240 с.

2. Яковлев Р.Ю. Детонационный наноалмаз как перспективный носитель биологически активных веществ: дис. ... канд. хим. наук. РязГМУ имени И.П. Павлова. Рязань, 2016. 267 с.

Работа поддержана грантами РФФИ №14-03-00423 и №16-08-01156.

ОСОБЕННОСТИ АССОЦИАЦИИ PVULL-ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА *ESR1*ИПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИРОВОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН САРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ

Журавлева Л.В.[1], Бутова Т.С.[1], Волобуева И.А.[2]
Харьковский национальный медицинский университет (1)
Харьковский специализированный медико-генетический центр (2)
vnmed3@gmail.com

Введение. Изменения со стороны липидного профиля крови рассматриваются как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Сочетание артериальной гипертензии (АГ) и сахарного диабета (СД) увеличивает риск смерти у женщин в постменопаузе. Последние десятилетия особое внимание уделяется исследованиям по выявлению молекулярно-генетической природы заболеваний.

Цель исследования. Определить связь между уровнем липидов сыворотки крови и полиморфизмом гена рецептора естрогенов альфа (*ESR1*) у женщин в постменопаузе с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 106 пациенток с АГ и СД 2 типа в возрасте от 45 до 60 лет в ранней постменопаузе. Пациентки были разделены на группы: в 1-ую входили больные сахарным диабетом 2 типа (30 пациенток), во 2-ую – больные АГ 2-3 степени (34 пациентки), в 3-ю – больные АГ 2-3 степени и СД 2 типа (42 пациентки).Контрольную группу составила 31 женщина соответствующего возраста.

Уровень липидного профиля измеряли с помощью показателей триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) энзиматическим методом. Полимеразную цепную реакцию для выделения pvull-полиморфизма (T397C) гена *ESR1* проводили с образцами выделенной ДНК методом электрофореза в агарозном геле.

Результаты. При изучении показателей липидного спектра нами были получены следующие результаты: ТГ (ммоль/л) в 1-ой группе 1,92±0,14, во 2-ой группе 2,47±0,13, в 3-ей группе 3,10±0,11, в группе контроля 1,33±0,12; ОХ(ммоль/л) в 1-ой группе 5,24±0,19, во 2-ой группе 5,95±0,18, в 3-ей группе 6,92±0,13, в группе контроля 4,37±0,12; ЛПВП (ммоль/л) в 1-ой группе 1,28±0,03, во 2-ой группе 1,10±0,03, в 3-ей группе0,87±0,02, в группе контроля 1,34±0,0; ЛПНП (ммоль/л) в 1-ой группе 3,90±0,19, во 2-ой группе 4,77±0,19, в 3-ей группе5,63±0,11, в группе контроля 2,98±0,11. Генотипы полиморфизма T397C гена *ESR1* у женщин в постменопаузе распределились следующим образом: генотип ТТ в 1-ой группе 10,00±5,48% (n=3), во 2-ой группе 8,82±4,86% (n=3), в 3-ей группе11,90±5,00% (n=5), в группе контроля 70,97±8,15% (n=22); генотип ТС в 1-ой группе 56,67±9,05% (n=17), во 2-ой группе 67,65±8,02% (n=23), в 3-ей группе61,90±7,49% (n=26), в группе контроля 12,90±6,02% (n=4); генотип ТС в 1-ой группе 33,33±8,61% (n=10), во 2-ой группе 23,53±7,27% (n=8), в 3-ей группе26,19±6,78% (n=11), в группе контроля 16,13±6,61% (n=5).

Заключение. В нашем исследовании у пациенток в постменопаузе с АГ и сочетанной патологией (АГ с СД 2 типа) достоверно преобладал гетерозиготный ТС полиморфизм T397C гена *ESR1*, так же у данных пациенток наблюдались более выраженные изменения липидного профиля. Таким образом, по результатам нашего исследования, можно предложить маркер для проведения целенаправленной профилактики кардиоваскулярной патологии у женщин в постменопаузе: выявление гетерозиготного ТС генотипа полиморфизма T397C гена *ESR1* на фоне выраженных изменений липидного профиля.

Определение генетической предрасположенности к нарушению липидного спектра крови у женщин в постменопаузе позволит разработать меры индивидуальной профилактики от воздействия факторов риска и, таким образом, предотвратить, отсрочить и уменьшить тяжесть проявления заболевания.

СТИМУЛЯЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ЛЕГКИХ С ПОМОЩЬЮРЕЗИСТИВНЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ НАГРУЗОК

Бяловский Ю.Ю.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова
b_uu@mail.ru

Цель. Обоснование немедикаментозного способа стимуляции негазообменных функций легких с помощью дополнительного респираторного сопротивления.

Материалы и методы. Исследование проводилось на практически здоровых лицах (31 человек), в возрасте от 18 до 38 лет обоего пола. Применялись инспираторные резистивные дыхательные нагрузки величиной 40%Pmmax. В качестве ведущих метаболических функций легких оценивались свертывающая и противосвертывающая функции крови и перекисное окисление липидов – антиокислительная активность плазмы.

Результаты. Инспираторная нагрузка 40% Pmmax приводит к активации противосвертывающих механизмов: увеличению времени рекальцификации плазмы ($p<0,05$); уменьшению концентрации растворимого фибрина ($p<0,05$); увеличению концентрации гепарина ($p<0,05$); уменьшению концентрации α-2 макроглобулинов плазмы ($p<0,01$); уменьшению концентрации а-1 антитрипсина($p<0,01$), увеличению активности плазмина ($p<0,05$), увеличению концентрации антитромбина-III ($p<0,05$), росту суммарной фибринолитической активности плазмы крови ($p<0,05$).

Заключение. Кратковременное применение дополнительного респираторного сопротивления 40%Pmmax изменяет негазообменные функции легких: тормозит перекисное окисление липидов и активирует антиоксидантную систему организма; приводит к существенной активации противосвертывающих механизмов как за счет снижения коагуляционных свойств крови, так и за счет усиления фибринолиза.

Список литературы

1. Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови // Лаб. дело. -1983. -№ 3. -С.33.

2. Клебанов Г.И., Бабенкова И.В., Теселкин Ю.О. и др. Оценка антиокислительной активности плазмы крови с применением желточных липопротеидов // Лаб. дело. -1988. -№ 5. -С.59.

3. Королюк М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г. и др. Метод определения каталазы // Лаб. дело. -1988. -№ 1. -С.16.

4. Борунов Е.В., Иванов В.В., Щепеткин И.А. Участие перекисного окисления липидов в комплиментзависимом гемолизе // Бюл. эксперим. биологии и медицины. -1976. -Т.86. -№ 11. – С.556.

5. Александрова Н.П. Механизмы компенсаторных реакций дыхательной системы на инспираторные резистивные нагрузки: Дис...д-ра биол. наук: 03.00.13: Санкт-Петербург, 2003, 338 с. РГБ ОД, 71:04-3/46-8

6. Olgiati R., Tcheoc G., Gerreteli R. Gemodinamie effects of resistive breathing // Y. Appl. Physiol., 1986, -V. 60, -№ 3. -P. 846-853.

7. Герасимов А.М., Милочаков В.И., Сидельникова Ю.В. и др. Ингибирование СОД как предпосылка нарушения функции миокарда при кислородной нагрузке // Бюл. эксперим. биологии и медицины. 1984. -Т. 21. -№.40. -С.400.

ГИДРОЛИЗ $Ca_2P_2O_7 \cdot 2H_2O$ ПИРОФОСФАТАЗОЙ, КОВАЛЕНТНО-СВЯЗАННОЙ С ДЕТОНАЦИОННЫМ НАНОАЛМАЗОМ

Валуева А.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
anastacia.lithium90@gmail.com

Пирофосфатная артропатия(ПФА) – тяжёлое наследственное заболевание, обусловленное отложением микрокристаллов пирофосфата кальция дигидрата (ПФК) в тканях суставов. Перспективным средством для терапии ПФА может стать экзогенный фермент пирофосфатаза (PPаза), гидролизующий пирофосфат до фосфата. Ранее нами была осуществлена сорбционная иммобилизация PPазы надетонационных наноалмазах (ДНА) с разной химией поверхности: гидрированном (ДНА-Н), карбоксилированном (ДНА-СООН) и аминированном (ДНА-NH_2). Было показано, что PPазасохраняла 85-86% от начальной активности при иммобилизации на ДНА-Н и ДНА-СООН и около 39% при иммобилизации на ДНА-NH_2. Также была реализована ковалентная иммобилизация PPазыс помощью глутарового альдегидана аминированных ДНА (ДНА-NH_2)без линкера и с привитым в качестве линкера гексаметилендиамином (ДНА-$(CH_2)_6NH_2$). Активность иммобилизованного на ДНА-NH_2 и ДНА-$(CH_2)_6NH_2$ фермента составила 65 и 95% от активности нативного фермента, соответственно.Изучение термостабильностиконъюгатов ДНА-PPаза при 65 и 75ºС показало, что они обладают повышенной стабильностью по сравнению с нативным ферментом [1].

Целью исследования являлось модельное изучение *in vitro* гидролиза $Ca_2P_2O_7 \cdot 2H_2O$ (ПФК) PPазой, ковалентноиммобилизованной на аминированном ДНА.

Рекомбинантная неорганическая пирофосфатаза из *M. tuberculosis* была выделена на химическом факультете МГУ.ПФК был синтезирован на кафедре неорганической химииМГУ. Остальные химические реактивы были приобретены у Sigma (США), Fluka (Швейцария), Merck (Германия) и Pharmacia Fine Chemicals (Швеция).

ПФК был охарактеризован методами рентгеноструктурного анализа (РСА) и ИК-спектроскопии. Оценку гидролиза ПКФ до фосфата под действием конъюгатов аминированных ДНА с РРазой осуществляли на спектрофотометре Jenway 6310 (Bibby Scientific Limited, Великобритания).

Предварительно в работе было показано, что кривые зависимостей концентрации высвободившегося фосфата от времени, построенные по полученным в модельной реакции гидролиза ПФК данным, близки для нативного фермента и для обоих образцов РРазы, иммобилизованной на ДНА-NH_2 и ДНА-$(CH_2)_6NH_2$. При добавлении конъюгатов и нативного фермента в суспензию ПФК наблюдается значительное повышение количества фосфата -продукта гидролиза ПФК уже в первые 1,5 ч выдерживания иммобилизованного фермента с ПФК (около 4±2 мкМ и 28±6мкМ фосфата,соответственно). Это может говорить о потенциальной терапевтической эффективности полученных гибридных систем РРазы с ДНА. В результате работы показано, что синтезированный конъюгат РРазы с ДНА в модельной реакции гидролиза ПФК проявляет ферментативную активность на уровне нативного фермента, но, в отличие от него, обладает повышенной стабильностью, что позволяет рассматривать его в качестве перспективного средства для терапии ПФА.

Список литературы

1. Rodina E.V. Immobilization of inorganic pyrophosphatase on nanodiamond particles retaining its high enzymatic activity / E.V. Rodina [et al.] // Biointerphases. – 2015. – Vol. 10, № 4. – P. 041005-1 – 041005-12.

Работа поддержана грантами РФФИ №14-03-00423 и №16-08-01156.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВИНБОРОНА ДЛЯ УСИЛЕНИЯ БОЛЕУТОЛЯЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ИБУПРОФЕНА НА МОДЕЛИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Гладких Ф.В., Степанюк Н.Г.
Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова
fedir.hladkykh@gmail.com

Актуальность. Эффективность ибупрофена как анальгетика доказана во многих исследованиях, в частности у пациентов после стоматологических операций [Hersh E., 2000], при инфекциях верхних дыхательных путей [Schachtel B.P., 1988], при наличии головной, суставной, глазной боли [Winther P. et al., 2001; Ушкалова Е. 2013], травмах мягких тканей, невралгии, миалгии и других состояний, сопровождающихся болевым синдромом [Морозова Т.Е. и соавт., 2013]. Однако, несмотря на эффектив-

ность и высокий спрос, ибупрофен не лишён характерных для всех нестероидных противовоспалительных препаратов побочных эффектов, в частности со стороны желудочно-кишечного тракта. Принимая во внимание установленные нами в предыдущих исследованиях гастропротективные свойства винборона при ибупрофен-индуцированной гастропатии [Гладких Ф.В., Степанюк Н.Г., 2014], а также наличие анальгетической активности у нового украинского спазмолитика с политропными фармакологическими свойствами, стало актуальным изучение эффективности применения винборона для усиления болеутоляющего действия ибупрофена.

Цель исследования. Изучить влияние винборона на супраспинальный компонент антиноцицептивной активности ибупрофена на модели адъювантного артрита (АА) у крыс.

Материалы и методы. Исследование проведено на 35 нелинейных крысах-самцах массой 180-220 г., разбитых на 5 групп: I – интактные крысы (n=7), II – крысы со смоделированным АА без лечения (контроль), III (n=7) – крысы с АА, которые получали ибупрофен (218 мг/кг, внутрижелудочно), IV (n=7) – крысы с АА, которые получали винборон (11 мг/кг, в/ж), V (n=7) – крысы, леченные ибупрофеном (218 мг/кг, в/ж) в комбинации с винбороном (11 мг/кг, в/ж). АА моделировали путём субплантарного введения в правую заднюю лапу 10 мкл (0,1 мл) CFA (Complete Freund's adjuvant). День введения адъюванта считали «0» днем эксперимента. Лечение АА проводили с 14 по 28 день. Анальгетическую активность исследовали на модели острой термической боли, которую моделировали в общепринятом поведенческом тесте ноцицепции «Горячая пластинка» (Hot plate). В качестве показателя болевого раздражения регистрировали латентный период болевой реакции (ЛПБР) – минимальное время (в секундах) с момента размещения крысы на горячей пластинке до момента первой двигательной реакции болевого рефлекса, который определяли на «0», 7, 14, 21 и 28 день эксперимента.

Результаты и обсуждения. Проведенное исследование показало, что на 14 день эксперимента развитие АА у нелеченых крыс сопровождалось статистически достоверным уменьшением ЛПБР на 46,0% и составил 7,4 с. На 21 сутки эксперимента ЛПБР на фоне монотерапии ибупрофеном в дозе 218 мг/кг статистически достоверно увеличился относительно исходных показателей на 15,3% и составил 14,6 с.

На 28 день эксперимента анальгетическая активность монотерапии АА ибупрофеном в дозе 218 мг/кг составила 19,4%. Монотерапия винбороном привела к статистически достоверному увеличению ЛПБР на 10,9% относительно исходных показателей и составил 12,7 с.

Следует отметить, что анальгетическая активность на 28 день эксперимента при комбинированном применении ибупрофена и винборона (+39,8%) превышала суммарную анальгезирующую активность монотерапии ибупрофеном (+19,4%) и монотерапии винбороном (+10,9%), что ука-

зывает на потенцирование анальгетического эффекта обоих препаратов при их совместном применении.

Выводы. Проведенное исследование показало, что винборон способен потенцировать анальгетическую активность ибупрофена на модели АА у крыс, на что указывало статистически достоверное увеличение на 28 день эксперимента ЛПБР на 39,8% относительно исходных показателей.

УЛЬТРАСТРУКТУРА ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ГИПОТИРЕОЗА

Остапенко О.В.
Симферопольская академия биоресурсов и природопользования КФУ
ostapenko.o.v@yandex.ru

Гормоны щитовидной железы оказываю влияние практически на все органы и системы организма. Основным объектом их биологического действия на субклеточном уровне являются мембраны и митохондрии, где гормоны проявляют свой «биохимический эффект». Тиреоидные гормоны, обладая широким спектром действия, влияют на важнейшие метаболические звенья организма. Среди органов пищеварения, которые контролируются гормонами щитовидной железы, печень является наиболее чувствительной к недостатку данного гормона. Тироксин контролирует процессы метаболизма печени, увеличивая потребление кислорода, а также влияет на доставку в печень различных веществ необходимых для метаболизма. Представленные данные свидетельствуют о тесной взаимосвязи органов. Однако более точных данных на ультраструктурном, субклеточном уровне мало. Представляет особый интерес ультраструктурные изменения гепатоцитов на фоне послеоперационного гипотиреоза.

Материалы и методы. Эксперимент был проведен на белых крысах самцах. Животным была проведена операция по удалению щитовидной железы (тиреоидэктомия). По окончанию эксперимента (100 суток после операции), животные выводились из эксперимента под эфирным наркозом путем декапитации. Материал изучали с помощью световой и электронной микроскопии. Эффективность проведенной операции (наличие послеоперационного гипотиреоза) определяли по уровню свободного тироксина в плазме крови с помощью иммунноферментного анализа.

Результаты и обсуждения. При послеоперационном гипотиреозе во всех структурах печени отмечается отек, разной степени выраженности. Увеличивается гетерогенность клеточного состава органа. Четко визуализируются одноядерные и двуядерные гепатоциты, а также клетки с темной и светлой цитоплазмой. Электронно-микроскопический анализ показал, что гетерогенность гепатоцитов связана с их ультраструктурной организа-

цией. Часть гепатоцитов в цитоплазме содержит мембранные комплексы разной степени развитости. ЭПС развита умеренно. Цистерны укорочены и фрагментарны. В некоторых местах цитоплазма просветлена, отсутствуют элементы ЭПС. Появление подобных участков указывает на внутриклеточный отек. В очагах просветления цитоплазматического матрикса можно видеть вещества умеренной электронной плотности, что возможно является остатками гликогена, используемого клеткой как источник энергии.

Митохондрии набухшие, с просветленным матриксом и редуцированными кристами. Но в тоже время встречаются митохондрии сохраняющие признаки, свойственные активно функционирующим митохондриям. Некоторые органеллы связаны с первичными лизосомами. Изменения митохондриального аппарата можно объяснить универсальностью ответа митохондрий. Энергетический аппарат одним из первых реагирует на различные патологические воздействия. Подобные изменения указывают на то, что в митохондриях происходят сопряженные нарушения основных функций органелл – процессов окисления и синтеза.

Выводы. В результате проведенного эксперимента было установлено негативное влияние первичного (послеоперационного) гипотиреоза на ультраструктурную организацию гепатоцитов. Негативный эффект проявлялся в нарушении работы энергетического аппарата и белоксинтезирующего аппарата, что в свою очередь приводит к нарушению функционирования целого органа.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ УСТРОЙСТВА ДЛЯ МОНИТОРИНГА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ШУМОВ

Петров Ю.В., Глотов С.И., Перегудова Н.Н., Абросимов В.Н.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
petrov.yuriy1992@gmail.com

Введение. Аускультация – важный метод исследования функции внутренних органов, основанный на выслушивании звуковых явлений, связанных с их деятельностью. Аускультация легких –соответственно позволяет получить информацию о структуре и функции легочной ткани и бронхиального дерева.которая не может быть получена никаким другим простым и неинвазивным методом исследования.Но аускультация традиционным стетоскопом, который по сути является прибором даже не прошлого, позапрошлого века, имеет множество ограничений. Значительная часть звуковых явлений просто не воспринимается ухом человека, а то, что мы все-таки можем услышать, проходит через фильтр опыта и восприятия конкретного врача, что делает исследование достаточно субъективным уже

на старте. Долгосрочный мониторинг, визуальная регистрация и документация недоступны. Электронная аускультация лишена многих этих недостатков. Она позволяет усиливать и записывать звуковые явления легких последующим анализом звука на персональном компьютере. Но обладая достоверностью, длительная запись все равно остается недоступной. Дальнейшее развитие метода электронной аускультации – возможность мониторинга звуковых явлений легких, который обеспечивает простую, и что важно,объективную оценку состояния органов дыхания, особенно при таких хронических заболеваниях легких, как БА и ХОБЛ, которыми только в России болеет около 15 миллионов человек. Наличие ночных хрипов указывает на более тяжелое течение заболевания, авыявить их объективно возможно только путем суточного мониторирования.

Конечной **целью** наших исследований является создание устройства для мониторинга и диагностики заболеваний легких с получением объективной документации. Улучшится сама диагностика, контроль за течением заболеваний, а также эффективностью терапии. Также в дальнейшем будут интересны научные аспекты данной технологии.

Материалы и методы. Создан рабочий прототип устройства, проведены испытания. В России нет аналогов данного устройства.Устройство имеет все возможности найти столь же широкое применение, как холтеровское мониторирование при исследовании сердца.Прибор будет интересен очень широкому кругу людей: от врачей до рядовых пользователей, и даже космонавтов.

Результаты. Проведенные нами испытания прошли удачно, получена визуальная интерпретация звуковых явлений у 10 пациентов, а также выявлена высокая частота ночных хрипов у пациентов с БА, что позволило уточнить диагноз, не допустить ухудшение состояния и скорректировать терапию.

Заключение. В США и странах ЕС больные приобретают приборы для мониторирования дыхательных шумов и самостоятельно осуществляют контроль своего состояния в домашних условиях. В России на рынке мед. оборудования ниша приборов для мониторирования дыхательных шумов не занята. Перспективным представляется возможность дистанционной передачи данных на ПК, либо смартфон посредством беспроводных типов связи. В новой модели здравоохранения, которая формируемся в настоящее время, мобильные технологии позволят врачам в реальном времени следить за здоровьем пациентов независимо от их местонахождения.

Список литературы

1. Абросимов В. Н. Свистящие хрипы как один из ключевых диагностических критериев бронхиальной астмы. / В.Н. Абросимов, Е.В. Аронова, Т.А. Филимонова, С.И. Глотов и др. // Межрегиональный сборник научных трудов «Одышка и ассоциированные синдромы». – Рязань, 2014. – №5 -С. 114-117.

2. Котляров С.Н. Распространенность факторов риска хронической обструктивной болезни легких у населения сельской местности / С.Н. Кот-

ляров // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2011. – №2. – С. 27-32.

3. Ларинский Н.Е., Ларинская И.К., Абросимов В.Н. «Человек с золотым ухом» – Рене-Теофиль-Мари-Гиацинт Лаэннек. / Н.Е. Ларинский, И.К. Ларинская, В.Н. Абросимов // Межрегиональный сборник научных трудов «Одышка и ассоциированные синдромы». – Рязань, 2012. – №4 – С. 72-91.

4. Федосеев Г.Б. Многоликая бронхиальная астма, диагностика, лечение и профилактика / Г.Б. Федосеев, В.И. Трофимов, М.А. Петрова. – СПб., 2011. – 222 с.

5. Abrosimov V, Glotov S, Kolganova E, Kuznetsov V. Lung sound monitoring in diagnosis of exercise-induced asthma //European Respiratory Society Barcelona 2010, Annual Congress spain, September 18-22, – P. 3987.

6. Meyer N. Vascular endothelial growth factor as a key inducer of angiogenesis in the asthmatic airways / N. Meyer, C.A. Akdis // Curr. AllergyAsthmaRep.- 2013.- Vol.13,№ 1.- P.1-9.

АДСОРБЦИОННАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПИРАЗИНАМИДА НА ФУНКЦИОНАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТОНАЦИОННЫХ НАНОАЛМАЗАХ

Соломатин А.С.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
solo-msu@yandex.ru

Среди важнейших проблем современной лекарственной терапии выделяют недостаточную эффективность и/или проявляемуютоксичность многих лекарственных веществ (ЛВ). В качестве перспективного способа ее решения предлагается создание систем их доставки на основе различных наночастиц. При этом значительное внимание уделяют углеродным наноструктурам, среди которых особое место занимает детонационный наноалмаз (ДНА). Малый размер первичных частиц (4-6 нм) и легко изменяемые функциональные группы на его поверхности, наряду со способностью проникать через мембраны клеток делают его привлекательным носителем в системах доставки ЛВ. Иммобилизацию ЛВ на поверхности ДНА можно осуществлять путем как ковалентной прививки, так и адсорбции. Адсорбция не только проще технологически, но также за счет более слабого связывания молекул ЛВ с поверхностью ДНА способна приводить к более быстрому и полному их высвобождению из адсорбента – ДНА. Однако количество иммобилизованного таким образом на ДНА вещества может зависеть не только от химического состава поверхности ДНА, но и

от ряда других факторов, включая особенности строения молекулы ЛВ, кислотность и состав среды. Создание систем доставки особенно актуально для таких сильнодействующих ЛВ, как противотуберкулезные препараты. В работе использовали пиразинамид (ПРА) – широко применяемое противотуберкулезное соединение, имеющее относительно простую химическую структуру. Целью работы было осуществление адсорбции ПРА на функционализированных ДНА в различных условиях, включая различный уровень *pH* и повышенную ионную силу раствора. Для этого использовали предварительно функционализированные ДНА с тремя видами поверхности: гидрированной (ДНА-Н), карбоксилированной (ДНА-С(О)ОН) и амидированной (ДНА-С(О)NH_2) (получен впервые). На их основе получали гидрозоли с одинаковым средним размером частиц, равным 70 нм. Адсорбцию ПРА на ДНА осуществляли смешиванием гидрозолей функционализированных ДНА с ПРА таким образом, чтобы концентрация ДНА в смеси составляла 300 мкг/мл, ПРА – от 5 до 200 мкг/мл. Показано, что адсорбционное равновесие устанавливается в течение 2 ч. После этого центрифугированием отделяли ДНА с адсорбатом и по снижению концентрации ПРА в супернатанте, определяемой спектрофотометрически ($\lambda_{погл.}$ = 268 нм), оценивали количество адсорбированного ЛВ. Обнаружено, что адсорбция ПРА на ДНА-Н и ДНА-С(О)ОН практически не наблюдается. При этом внесение 0,15 моль/л NaCl, так же как изменение величины *pH,* равной 3 и 5, на адсорбцию не влияют. При повышении значения *pH* до 10 на ДНА-С(О)ОН адсорбируется до 0,4 масс.%, в то время, какна поверхности ДНА-С(О)NH_2 сорбируется до 1,0 масс.% ПРА. Следовательно, химически относительно инертная амидная группа на поверхности ДНА повышает адсорбционную иммобилизацию ЛВ, имеющих амидные группы.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕТВЕЙ ПЕРЕДНИХ МОЗГОВЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Судакова И.Ю., Захаренкова Е.А., Тимофеев В.Е.
Рязанский государственный университет имени академика И.П. Павлова
Sudakovairina14@gmail.com

В последнее время все большее значение приобретают хирургические методы лечения многих форм цереброваскулярной патологии [1]. Для совершенствования техники оперативных вмешательств и диагностических мероприятий, минимизации риска возникновения осложнений при этом, до сих пор существует потребность в знаниях топографических и количественных особенностей центральных артерий головного мозга [2, 3].

Цель исследования. Дать количественную характеристику центральным ветвям передних мозговых артерий, идущим к переднему продырявленному веществу (ППВ), у женщин среднего возраста.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили части головного мозга женщин 25-55 лет, причина смерти которых не была связана с сосудистой церебральной патологией. В исследовании использовался метод инъекции сосудов тушь – желатиновой наливочной массой. В ходе работы определяли количество, диаметр, площадь центральных ветвей передних мозговыхартерий в области ППВ с учетом их латерализации, Определяли среднюю площадь и степень васкуляризации ППВ данными сосудами справа и слева,

Результаты. От передней мозговой артерии к переднему продырявленному веществу отходят важные в функциональном отношении центральные ветви – переднемедиальные таламостриарные артерии, медиальные дистальные стриарные артерии (иначе называемые артериями Хюбнера). Все они в дальнейшем участвуют в кровоснабжении базальных ядер головного мозга [1, 2, 3, 4]. По нашим данным, центральныеветви, идущие в переднее продырявленное вещество от передней мозговой артерии (ПМА), регистрировались не во всех исследованных случаях. Ветви ПМА справа отсутствовали в 14,4% случаев. Минимальное число ветвей справа составила одна артерия (28,1% наблюдений), слева так же одна артерия (13,9% наблюдений), максимальное число ветвей справа – девять (14,8% наблюдений), слева – 11 (14,7% наблюдений). Среднее количество ветвей от передней мозговой артерии составило справа 2 (1; 4), слева – 2 (2; 4). Средний диаметр ветвей справа составил 0,97 (0,75; 1,03) мм, слева – 0,82 (0,63; 0,94) мм. Средняя площадь артерий справа составила 2,34 (1,1; 2,9) мм², слева – 2,5 (1,0; 3,2) мм². Средние значения площади переднего продырявленного вещества составили: справа – 119,2 (103,06; 144,2) мм², слева – 153,2 (132,9; 181,59) мм². Степень васкуляризации составила: справа 2,1%, слева – 1,8%.

Заключение. Центральные ветви ПМА имеются не всегда. Отмечается зависимость средней площади центральных артерий от полушария: слева на 3% больше, чем справа. Отмечается зависимость степени васкуляризации от полушария: справа на 7,6% больше, чем слева.

Список литературы

1. Крылов В.В., Винокуров Ф.Г., Генов П.Г., Годков И.М., Дашьян В.Г., Дмитриев А.Ю. и др. Микрохирургия аневризм головного мозга. М., 2011. 536 с.

2. Ходжиева Д.Т., Пулатов С.С., Хайдарова Д.К. Все о геморрагическом инсульте лиц пожилого и старческого возраста (собственные наблюдения) // Наука молодых (EruditioJuvenium). 2015. №3. С. 87-96.

3. Тимофеев В. Е., Павлов А. В. Количественная оценка артериальных стволов в области переднего продырявленного вещества головного мозга у мужчин 25-60 лет./ Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. 2016. №2. С. 6 – 12.

4. Falougy Hisham El, Selmeciova Petra, Kubikova Eliska, Haviarová Zora. The Variable Origin of the Recurrent Artery of Heubner: An Anatomical and Morphometric Study // BioMed Research International. Volume 2013. ArticleID 873434. 6 pages.

ОСНОВНЫЕ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА ВЗРОСЛЫХ КОШЕК

Савенко Л.Д., Чурилин О.А., Ткаченко К.Д.
Луганский государственный медицинский университет
geloch@list.ru

Кошки являются одним из основных объектов исследования при изучении сердечно-сосудистой системы в эксперименте. При этом электрофизиологические методы изучения сердца, которые часто используются в виде физиологического контроля при анализе и обсуждении экпериментально-морфологических данных, в литературе ограничены, представлены бессистемно, часто отрывочны и нередко разноречивы. **Целью** исследования явилось изучение особенностей электрокардиограммы (ЭКГ), кинетокардиограммы (ККГ) и интегральной реограмммы тела (ИРГТ) взрослых кошек.

Материал и методы. Исследование выполнено на 15 беспородных взрослых кошках репродуктивного периода. Для наркоза использован тиопентал натрияв дозе 10-25 мг/кг в 2,5-5,0% разведении. ЭКГ регистрировались по общепринятой методике на электрокардиографах ЭКГ-Н (с тепловой записью) и «Элкар» (с чернильной записью) при усилении 1 mv = 10 мм. При снятии ЭКГ пользовались стандартными отведениями по Эйтховену, однополюсными от конечностей по Гольдбергеру и грудными по Вильсону (V_1 – V_6). Запись акселерационной ККГ производилась также по общепринятой методике синхронно с ЭКГ. Акселерометр находился в области верхушки сердца. Нами было отдано предпочтение кривым ускорения. Запись ИРГТ кошек производилась на реографе РГ4 – 01. При работе с животными учтены правила эвтаназии. Все полученные в работе данные обрабатывались методом вариационной статистики.

Результаты исследования. Установлено, что ЭКГ, ККГ и ИРГТ взрослых наркотизированных кошек, несмотря на большую частоту сердечных сокращений (до 107 в минуту), характеризуются четкими параметрами временных интервалов и амплитудных показателей, а внешне очень сходны с аналогичными показателями человека. Так, по сравнению с ЭКГ человека, ЭКГ кошек характеризуется: – значительным ускорением всех временных интервалов; – волны Р в стандартных отведения имеют значительно сниженную амплитуду (во 2 и 3 – иногда до 45%) и несколько менее выраженное уменьшение этих волн в грудных отведениях; – ампли-

тудные величины волны Q значительно снижены. Особенностью ЭКГ кошек является также: – минимальное выражение волны Q в правых грудных отведениях; – сегмент S-T в I стандартном отведении фактически всегда находится на изолинии, а в остальных отведениях (и усиленных) может незначительно смещаться кверху (чаще) или книзу от изолинии; – волна Т в стандартных, усиленном aVF и грудных отведениях имеет только положительное отклонение от изолинии, а в отведении aVL, наоборот, всегда отрицательное; амплитуда волн Т в грудных отведениях уменьшается в направлении справа налево.

Особенностями ККГ взрослых кошек являются, в отличие от ККГ человека, более длительная общая систола (S_0) и время изгнания минутного объема крови (ВИМО). Обращают на себя внимание также показатели периода изгнания (Е) и механической систолы сердца (Sm) кошки, средние величины которых соответствуют максимальной величине данных параметров ККГ здорового человека. Особенностиданных ИРГТ взрослых коше следующие: – ударный объем крови (УОК) в среднем составляет 3,0 ± 0,6 мл; – минутный объем крови (МОК), при частоте сердечных сокращений (ЧСС) 97,3 ± 4,7 уд/мин равен 286,1 ± 61,4 мл/мин. Как видно, из приведенных выше данных, у кошек для УОК и МОК колебания разброса (и при проверке методики) составляют около 21%.

Выводы. Электрокардиограмма, кинетокардиограмма и интегральная реограмма тела взрослых кошек, несмотря на большую частоту сердечных сокращений, характеризуются четкими параметрами временных интервалов и амплитудных показателей. Внешне сходны с аналогичными электрофизиологическими записями человека, но в отличие от последнего имеют определенные особенности по целому ряду показателей.

Список литературы

1. Арделян А.Н. Выявление эфферентной и афферентной активности, приуроченной к сердечному ритму, в блуждающем нерве кошки / А.Н. Арделян // Кубанский научный медицинский вестник. – 2015. – № 4 (153). – С. 13-17.

2. Арделян А.Н. Регистрация активности блуждающего нерва, связанной с ЭКГ, у кошки / А.Н. Арделян // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 3-1. – С. 78.

3. Влияние пентобарбитала на спектральные характеристики и фазовые соотношения волновых колебаний периода сердечных сокращений и времени атриовентрикулярного проведения у кошки / Н.Н. Алипов, О.В. Сергеева, В.М. Смирнов, Т.Е. Кузнецова, Н.А. Боброва // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2006. – Т. 141, № 3. – С. 255-258.

4. Шейх-Заде Ю.Р. Спектрограмма сердечного ритма кошек при раздражении блуждающего нерва залпами импульсов / Ю.Р. Шейх-Заде, Г.Х. Мухамбеталиев, И.Л. Чередник // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. – 2006. – Т. 92, № 7. – С. 806-816.

МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Галлямова А.В., Мнихович М.В., Печникова В.В., Мидибер К.Ю.
ФГБНУ НИИ Морфологии человека,
РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

Эндометриоз (ЭМ) в структуре гинекологических заболеваний занимает третье место после воспалительных процессов и миомы матки. У женщин репродуктивного возраста его частота составляет, по данным разных авторов, от 12 до 50%. ЭМ предложено рассматривать как самостоятельную нозологическую единицу (эндометриоидную болезнь) – хроническое заболевание с изменением молекулярно-биологических свойств клеток как эктопического, так и эутопического эндометрия.В патогенезе ЭМ установлено большое значение эндо-, пара- и аутокринных механизмов [1-6]. Материал исследования составили операционные биоптаты от 124 больных, из них 46 – с аденомиозом, 44 – с эндометриоидными кистами яичников и 34 – с распространенными сочетанными формами генитального ЭМ (ретроцервикальным ЭМ в сочетании с аденомиозом, ЭМ яичников, поражением крестцово-маточных связок, тазовой брюшины, тканей ректовагинальной области и распространением процесса в 6 наблюдениях на мочеточники, мочевой пузырь и прямую кишку). Возраст больных составил от 19 до 49 лет (средний возраст – 37±3,5 лет). В дооперационном периоде пациентки не получали гормонального лечения. Изменения эутопического эндометрия (операционный материал, соскобы из полости матки) изучали в 38 наблюдениях, из них в 11 – с аденомиозом, в 14 –с эндометриоидными кистами яичников и в 13 – с распространенной сочетанной формой ЭМ. Были отобраны больные репродуктивного возраста с эутопическим эндометрием в фазе пролиферации без гиперпластических или воспалительных изменений, свойственных больным с ЭМ. Это позволило провести объективное сравнение состояния эутопического эндометрия при разных формах ЭМ и в контрольной группе.Молекулярно-биологические особенности эутопического и эктопического эндометрия изучали иммуногистохимически с применением непрямого иммунопероксидазного метода и соответствующих контрольных процедур. В качестве первичных специфических использовали 9 моноклональных антител к Ki-67, Bcl-2, индуктору апоптоза Bax, сосудисто-эндотелиальному фактору роста, ТФР-β_1, матриксным металлопротеиназам-2, 10, ингибитору матриксных металлопротеиназ-2. Таким образом, как железистый, так и стромальный компоненты эктопического и эутопического эндометрия при разных формах ЭМ отличаются по своим молекулярно-биологическим особенностям от неиз-

мененного эндометрия. Пролиферативная активность эктопического и эутопического эндометрия при ЭМ не превышает и даже в части наблюдений ниже, чем в неизменном эндометрии в фазу пролиферации. Однако выявленная активация ингибиторов апоптоза даже при неизмененной пролиферативной активности клеток эндометрия, может объяснить частое развитие свойственных ЭМ гиперпластических изменений эндометрия, а также иметь значение в патогенезе ЭМ. Также, вероятно, важными звеньями патогенеза ЭМ являются обнаруженные высокая экспрессия факторов инвазии и неоангиогенеза. Дальнейшее изучение молекулярно-биологических особенностей эутопического и эктопического эндометрия при разных формах ЭМ – многообещающее направление в исследованиях его этиологии и патогенеза, которое представляет большой интерес для разработки лечебно-диагностической стратегии при этом заболевании.

Список литературы

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н., Гусаева Х.З., Сонова М.М. Глава в монографии «Эндометриозы». Москва, Издательство. «Медицина», 2006. С. 416.

2. Адамян Л.В., Осипова А.А., Киселев С.И., Сонова М.М., Борзенкова И.П. Фоновые заболевания генитального эндометриоза.//Материалы международного конгресса «Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний», М.,2006.–С.96-97.

3. Адамян Л.В., Зайратьянц О.В., Осипова А.А., Сонова М.М., Опаленков К.В., Борзенкова И.П., Барсанова Т.Г., Мовтаева Х.Р. Особенности процессов пролиферации и апоптоза в эутопическом и эктопическом эндометрии при генитальном эндометриозе.//Материалы IX Всероссийского научного форума «Мать и дитя».–М.,2007.–С.314.

4. Галлямова А. В. Молекулярно-биологические особенности эктопического и эутопического эндометрия при генитальном эндометриозе //Рос.мед.биол вестник им.акад И.П.Павлова.– 2016 – №2, с. 127-128.

5. Цвелев Ю.В., Пазычев А.А. Перекисное окисление липидов в патогенезе эндометриоза яичников // Вестник Росс. асс. акуш.-гинек.-1998.-№2.-С.26-31.

6. Трушин С.Н., Белякова К.В.Эндометриоз послеоперационного рубца (клиническое наблюдение) // Наука молодых – EruditioJuvenium. 2013. № 2. С. 65-67.

МОРФОГЕНЕЗ КОЖНОЙ РАНЫ ПОСЛЕ ОБЛУЧЕНИЯ ГЕЛИЙ-НЕОНОВЫМ ЛАЗЕРОМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Галлямова А.В., Еремин Н.В., Мнихович М.В., Загребин В.Л., Печникова В.В., Мидибер К.Ю.
ФГБНУ НИИ Морфологии человека,
РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
Волгоградский государственный медицинский университет,
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

Работа проводилась на белых крысах Вистар массой 100-150 г. Раны наносились под эфирным наркозом с применением методов асептики и антисептики. Место нанесения экспериментального повреждения в каждом опыте у всех животных было постоянным. В эксперименте в качестве источника лазерного излучения использовали аппарат на гелий-неоновой основе ЛГ-111 с длиной волны 0,63 мкм и мощностью на выходе 13 мВт/см^2. Облучение проводили 2 раза в неделю в течение 10 минут. Диаметр фокусируемого пятна составлял в среднем 2,0 см. По окончании экспериментов в строго определенные сроки (на 5-, 10-, 15- и 30-е сутки) животных выводили из опыта. Материал подвергали стандартной проводке для световой микроскопии с заливкой в парафин и окраской срезов гематоксилином и эозином, а также для электронной микроскопии. Для контроля за течением раневого процесса, определения его фазы, эффективности лазеротерапии производилось изучение цитологических отпечатков. Оценка результатов цитологического исследования раневых отпечатков проводилась по пяти типовой характеристике цитограмм по М.П. Покровской с соавт. I-III типы цитограмм соответствовали первой фазе раневого процесса, IV-V типы – второй и третьей фазам. При воздействии на кожную рану НИЛИ к 5-му дню наблюдается типичная картина острого экссудативного воспаления. Цитограмма мазка-отпечатка соответствует смешанному, некротическому и дегенеративно-воспалительному типам. Ультраструктурные исследования показали, что в месте миграции полиморфноядерных лейкоцитов контактирующие участки эндотелиоцитов истончаются, появляются немногочисленные мигрирующие фибробласты. Все сосудистые профили представляют собой предсуществующие сосуды, преимущественно венулы, и сосуды капиллярного типа с активным эндотелием. Эндотелиальные клетки практически всех микрососудов с признаками активации синтетических функций. К 10-м суткам происходит уменьшение явлений гнойной инфильтрации тканей, отека и гиперемии краев и стенок ран, наблюдаются начало формирования грануляционной ткани. Цитологическая картина соответствует воспалительному типу – нейтрофилы средней степени сохранности составляют 85-90% цитограммы, а 5-10% клеток приходится на долю лимфоцитов и моноцитов, отдельных макрофагов и полибластов. Наиболее демонстративными процессами на этом сроке регенерации яв-

ляются интенсивный фибриллогенез и новообразование капилляров. На 15-е сутки отмечается появление краевой эпителизации с частичным закрытием раневого дефекта. Цитограмма соответствует IV воспалительно-регенератор-ному типу, при этом количество нейтрофилов уменьшается до 60-70%, сохранность их увеличивается. 20-35% клеток составляют тканевые недифференцированные полибласты, фибробласты, лимфоциты, а также макрофаги, увеличение числа которых до 5-10% присуще процессу очищения раны. К 30-м суткам по краям раны виден нарастающий на грануляционную ткань тонкой слой эпителия, отмечаются обширные очаги митотического деления камбиальных клеток, что способствует ускорению эпителизации раневого дефекта. В соединительнотканном слое увеличивается количество коллагеновый волокон. Цитограмма соответствует регенераторному типу, при котором содержание нейтрофилов составляет 40-50%. Резко преобладают молодые клетки грануляционной ткани, про- и фибробласты, макрофаги, эндотелий, полибласты, эпителий. Микрофлора практически отсутствует. В контрольной группе эффект торможения регенерационного процесса достаточно выражен, образующийся рубец имеет неровную поверхность и значительно выступает над окружающей кожей, заметно деформируя ее. Репаративные процессы в резаной ране кожи под воздействием лазерного излучения проходят все типовые стадии, однако продолжительность каждой из них значительно сокращается. Изменяется тканевой кровоток в регенерирующих тканях за счет включения ранее не функционирующих капилляров и более раннего образования новых.

Комплексное морфологическое исследование клеточных структур ран констатируют позитивную динамику течения репаративных процессов у животных при применении НИЛИ, что проявляется в оптимизации процессов васкулогенеза, развитии грануляционной соединительной ткани и эпителизации раневых поверхностей. Под влиянием НИЛИ в ране кожи уменьшается нейтрофильная инфильтрация, что подтверждается данными цитограмм и ведет к сокращению сроков очищения ран от некротических тканей.

Список литературы

1. Аничков Н.Н. Морфология заживления ран / Н.Н. Аничков, К.Г. Волкова, В.Г. Гаршин. – М.: Медгиз, 1951. – 123 с.

2. Бабаева А.Г. Регенерация: факты и перспективы / А.Г. Бабаева. – М.: Изд-во РАМН, 2009. – 336 с.

3. Воронин А.С. Пути совершенствования местного лечения ран и раневой инфекции кожи и мягких тканей / А.С. Воронин // Вестник российской военно-медицинской академии. – 2011. – № 1 (33). – С. 419-420.

4. Герасимова Л.И. Лазеры в хирургии и терапии термических ожогов: рук-во для врачей / Л.И. Герасимова. – М.: Медицина, 2000. – 224 с.

5. Еремин Н.В., Мнихович М.В., Электронно-микроскопическая характеристика ангиогенеза и клеточных взаимодействий в кожной ране под влиянием низкоинтенсивного лазерного излучения // Наука молодых – Eruditio Juvenium. -2014. №2 С.23-34.

6. Огорельцев А.Ю. Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении острого панкреатита //Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова, – 2008 -№1 -С 80-84.

МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ СТРОМЫ И ЭПИТЕЛИЯ ПРИ ПРОТОКОВОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мидибер К.Ю., Мнихович М.В., Мохамед Амир Бен Аммар, Галлямова А.Р.
ФГБНУ НИИ Морфологии человека,
РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

В настоящее время взгляд ученых направлен на изучение эпителиально-стромальных взаимоотношений, играющих важную роль в прогрессии эпителиальных опухолей в сторону дедифференцированного, т.е. более злокачественного фенотипа, при этом рак молочной железы (РМЖ) не является исключением. Одной из причин является выраженная десмопластическая реакция стромы опухоли, составляющая до 70–80% объема опухолевой ткани, проявляющаяся в гиперэкспрессии белков внеклеточного матрикса и пролиферацией миофибробластов [1-5]. Выполнен анализ операционного материала от 118 больных протоковым РМЖ, находившихся на лечении в медицинских учреждениях г. Москвы, г. Рязани и г. Воронежа в период с 2009 по 2015 гг. Возраст больных колебался от 40 до 80 лет. Средний возраст пациенток составил 61 год. Материал изучался с помощью световой и электронной микроскопии, а также с применением иммуногистохимических методик. Иммуногистохимическое исследование проводили с применением следующей панели поликлональных антител: p63, гладкомышечного актина (ГМА), общего цитокератина, цитокератина 7, виментина, Е-кадгерина (Dako, Lab Vision Flex). Классический вариант протокового РМЖ по своей гистологической структуре, как правило, – неоднородная опухоль, представлена полями различной дифференцировки от высокой до низкой, включая анапластический компонент. В исследуемой серии анапластический компонент присутствовал в 21,2% (25/118) случаев. По нашему убеждению, его необходимо выделять даже при минимальном его объеме от общей массы опухоли, поскольку опухоли с анапластическим компонентом имеют не только различия в гистологическом строении, но и в злокачественном потенциале, а также по экспрессии эпителиальных, миоэпителиальных и мезенхимальных иммуногистохимических маркеров. Гистологически десмоплазия стромы, которая характерна для протокового РМЖ, полностью отсутствует в анапластических участках. Опухолевые клетки, плотно распола-

гаясь друг к другу, создают подобие стромального каркаса из самих себя. Кроме того, выявленная в анапластических клетках диффузная экспрессия с виментином, гладкомышечным актином и p63 подтверждает, что в процессе потери дифференцировки опухолевые клетки приобретают миоэпителиальный и/или мезенхимальный фенотип. Данный факт, вероятно, связан с эпителиально-мезенхимальным переходом в опухоли, основными критериями которого являются утрата эпителиальной полярности, разделение на отдельные клетки и дисперсия при приобретении клеточной подвижности. При этом происходит разрушение плотных адгезионных контактов (редукция и изменение полярности экспрессии Е-кадгерина) и реорганизация комплексов, обеспечивающих прикрепление клетки к субстрату. Однако частично сохраненная экспрессия цитокератинов и эпителиально-мембранного антигена свидетельствует о сохранении цитокеартиновых рецепторов и возможной обратной трансформации при изменении микроокружения. Таким образом, возрастающий интерес исследователей к эпителиально-стромальным взаимодействиям в протоковом РМЖ обусловлен его агрессивным биологическим поведением, резистентностью к химиотерапевтическому лечению и различной выживаемостью в зависимости от дифференцировки опухоли. Гетерогенность протокового рака проявляется анапластическим (саркомоподобным) компонентом, в котором прослеживается способность эпителиальных опухолевых клеток приобретать свойство мезенхимальных клеток, не требующих стромы и обладающих агрессивным злокачественным потенциалом, влияющим на выживаемость больных.

Список литературы

1. Василенко И.В. Морфологические особенности зоны паренхиматозно- стромальных контактов в раке легкого с эпителиально-мезенхимальной трансформацией / И.В. Василенко, Р.Б. Кондратюк, Б.Б. Брук // Клинич. и эксперим. морфология. – 2013. – №4. – С. 18-21.

3. Вторушин С.В. Клинико-морфологические особенности мультицентрического роста и рецидивирования при раке молочной железы: автореф. дис. … д-ра мед. наук / С.В. Вторушин. – Томск, 2011.

4. Мнихович М.В. Межклеточные и клеточно-матриксные взаимодействия в опухолях: современное состояние проблемы / М.В. Мнихович // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2013. – №3. – С. 161-171.

Мнихович М.В. Морфологическая оценка изменений тучноклеточных популяций в строме молочной железы при фибрознокистозной болезни и раке / М.В. Мни- хович, С.В. Вернигородский, А.А. Гаври- люк, В.Г. Мигляс // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 1. – С. 26-36.

5. Прогностическая значимость степени гистологической злокачественности протоковой аденокарциномы поджелудочной железы / Е.М. Филиппова [и др.] // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2013. – №4. – С. 117-127.

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
(клинико-морфологический анализ)

Печникова В.В., Мнихович М.В., Галлямова А.Р.
ФГБНУ НИИ Морфологии человека,
РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) является междисциплинарной проблемой, поскольку встречается в практике врачей многих специальностей. ТЭЛА является грозным осложнением ряда заболеваний, чаще приводящим к смерти больного [1-3]. По разным источникам, легочная эмболия встречается от 23 до 220 случаев на 100000 человек, при этом частота фатальной ТЭЛА составляет 60 на 100 тыс. населения; смертность от нее в общей популяции колеблется от 2,1 до 6,2%. Среди причин внезапной смертности массивная ТЭЛА занимает 3-е место. Значительно возрастает летальность от ТЭЛА в послеоперационном периоде, достигая 10–20%. При этом даже массивная ТЭЛА не диагностируется клиницистами у 40–70% больных [4-8]. Материалом для анализа послужили 2926 аутопсий (1568 мужчин – 48,1%, 1358 женщин – 51,9%), полученных при патолого-анатомических исследованиях ЛПУ гг. Москвы, Рязани, Воронежа. При исследовании учитывали возраст, пол, время года, основное заболевание, по поводу которого пациент находился в стационаре, сроки смерти с момента поступления в стационар, источник первичного тромбообразования, изменения в легочной ткани, уровень обтурации легочного венозного русла эмбологенными массами. Средний возраст пациентов, погибших от ТЭЛА, составил 56 лет, преобладали женщины (51,9%). Пики частоты для обоих полов отмечены в возрастной группе 70–79 лет, что указывает на возраст, как на один из основных факторов риска при тромбэмболических состояниях. Ведущим заболеванием были острая и хроническая формы ИБС, второе место заняли новообразования. Среди источников всех тромбэмболических осложнений на первом месте по частоте встречаемости стоят вены (венозные синусы) голени и бедра (подколенно-бедренно-подвздошный сегмент) (50,1% и мужчин и женщин), на втором – полости правого сердца (18,7%). Прочие отдельные системы нижней полой вены (тазовые, геморроидальные, печеночные вены и собственно нижняя полая вена) были источником тромбообразования в 9,8%. Современный уровень изучения проблемы позволяет говорить не столько и причинах, сколько о факторах риска венозных тромбозов, которые можно условно разделить на врожденные и приобретенные. С генетически обусловленными факторами связаны состояния тромбофилии, клиническая реализация которых индуцируется внешними воздействиями. К приобретенным факторам, предрас-

полагающим к тромбозу, относятся многие состояния, которые можно сгруппировать по патогенетическому принципу: активация факторов коагуляции и нарушение фибринолиза; патология тромбоцитов; замедление и/или нарушение кровотока; изменение реологических свойств крови; повреждение эндотелия и сосудистой стенки; лекарственная терапия. Так, например, тромбин повышает экспрессию клеточных молекул адгезии. Также можно указать, что тромбоэмболический процесс связан с экспрессией клеточных молекул адгезии, таких, как P-селектин, ICAM-1 (CD54) и VCAM-1 (CD106). Вопросы танатогенеза и нарушений гемодинамики при ТЭЛА оставляют поле для дальнейшего исследования. На сегодняшнем уровне изучения ведущим фактором в генезе и гемодинамических расстройствах при этой патологии признана механическая обструкция легочного артериального русла. Патологоанатомическая картина при смерти от ТЭЛА складывается из комплекса патологических изменений. Основное из них – это наличие тромбоэмболов в просветах системы легочного ствола, второе – источник тромбоэмболов, третье – макро- и/или микроскопические реактивные изменения. Морфологическая картина ТЭЛА в легких подробно описана и хорошо знакома патологоанатомам.

Список литературы

1. Агафонова Л.В, Черных А. В. К вопросу о профилактике тромбоэмболии легочной артерии у больных с тромбозами глубоких вен нижних конечностей // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. 2010. №3 С.61-64.

2. Оценка эффективности и безопасности различных вариантов антикоагулянтной терапии при венозных тромбозах / Р.Е.Калинин, И.А.Сучков, А.С.Пшенников, А.Б.Агапов // Новости хирургии. 2015. Т. 23. № 4. С. 416-423.

3. Профилактика и лечение тромбоэмболических осложнений в травматологии и ортопедии: практ. пособие / Е.Д. Белоенко [и др.]. – Минск: ООО В.И.З.А. ГРУПП, 2006. – 174 с.

4. Калинин Р.Е. Эмболоопасность острого восходящего тромбофлебита поверхностных вен нижних конеч- ностей / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, М.В. Нарижный // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2011. – №2. – С. 10-11. 11.

5. Небылицин Ю.С., Сушков С.А., Козловский В.И., Внутрисосудистый гомеостаз при экспериментальном венозном тромбозе //«Наука молодых» (Eruditio Juvenium) –№4, 2014, с. 103-109

6. Сучков И.А., Швальб П.Г., К вопросу о лечении тромбозов глубоких вен нижних конечностей//Российский медико-биологический вестник имени академика И.П.Павлова, №3, 2006 г, с. 19-23.

7. Тромбоэмболия лёгочной артерии; Савельев В.С.-[и др.]. М.: Медицина, 1979. – 263с. 7. Шевченко Ю.Л /Основы клинической флебологии../ [и др.] – М.: Медицина, 2005. – 312с.

8. Агапов А.Б., Сучков И.А., Рябков А.Н. Прямые пероральные антикоагулянты в лечении пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2016. – №2. – С. 147-157.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОТЕЛИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА АРТЕРИЯХ (экспериментально-морфологическое и биохимическое исследование)

Шилов А.В., Сучков И.А., Мнихович М.В.
ФГБНУ НИИ Морфологии человека,
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

По данным отечественных авторов более 60% больных, которые обращаются к сосудистому хирургу по поводу перемежающей хромоты, имеют IIб стадию заболевания по классификации Фонтейна-Покровского.

Применение спектра современных гипохолестеринемических препаратов не решает проблему коррекции эндотелиальной дисфункции, а тропные средства коррекции эндотелиальной дисфункции пока не вошли в арсенал сосудистых хирургов [1-7].

Цель исследования. Комплексная морфо-биохимическая оценка эффективности эндотелиотропной терапии после реконструктивных операций на артериях и прогнозирование развитие гиперплазии неоинтимы до наступления выраженных морфологических изменений.

Экспериментальным животным проводилось моделирование L-NAMEиндуцированной эндотелиальной дисфункции, затем выполась операци аллопластика инфраренального отдела брюшной аорты, назначалась эндотелиотропная терапию, с наблюдением в течение 1 месяца, с последующим выводом животных из эксперимента, забором зоны пластики и выполнением трансмиссионной электронной микроскопии, иммуногистохимических и биохимических тестов. Животные разделены на 2 равнозначные группы.

В первой (контрольной) группе животные в послеоперационном периоде не получали эндотелиотропную терапию.

Во второй группе животные в послеоперационном периоде с целью коррекции эндотелиальной дисфункции получали L-аргинин в дозе 200 мг/кг в сутки.

Для биохимической оценки осуществляли забор крови для определения следующих показателей: малоновый диальдегид (МДА), супероксиддисмутаза (СОД), оксид азота (II) (NO). Для морфологического анализа определяли экспрессию иммуногистохимическихмаркеров: гладкомышечный актин (а-ГМА), CD34 и TGF_{β} на тканевых срезах.

В результате проведенного исследования была показана обратная зависимость между уровнем NO и а-ГМА, TGF_{β}, прямая зависимость между NOи CD34.Обратная зависимость между уровнемМДА, СОД и CD34 и прямая зависимость между МДА, СОД и а-ГМА, TGF_{β}.Корреляция значима. Вслучае высокого уровня метаболитов NO наблюдается низкая активность гладкомышечных клеток, о чем свидетельствует его низкая экспрессия в ткани, высокая экспрессия CD34, при отсутствии экспрессии трансформирующего фактора роста.Данное исследование позволяет оценить экспрессию в стенке сосуда белков, ответственных за запуск процессов формирования неоинтимы, на основании уровня биохимических маркеров, отражающих ФСЭ, до наступления морфологических изменений и признаков, характерных для гиперплазий неоинтимы.

Список литературы

1. Эффективность L-аргинина в лечении атеросклероза артерий нижних конечностей и профилактике рестеноза зоны реконструкции / Р.Е.Калинин, И.А. Сучков, А.С. Пшенников, А.А. Слепнев // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2013.-Том 18, №2. – с.18-21.

2. Киричук В.Ф., Глыбочко П.В., Пономарева А.И. Дисфункция эндотелия.- Саратов: Изд-во Саратовского мед.ун-та, 2008; 129

3. Новиков А.Н. Возможные механизмы эндотелиотропных эффектов микронизированной очищенной фракции флавоноидов / А.Н. Новиков // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2013. – №3. – С. 86-91.

4. Динамика некоторых биохимических показателей у больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей в различные сроки после реконструктивных операций / Р.Е.Калинин, И.А.Сучков, А.А.Никифоров, 42 А.С.Пшенников // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова, Рязань, 2012 №1, С.41-44

5. Медикаментозная коррекция функционального состояния эндотелия у пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.С. Пшенников, А.А. Никифоров // Казанский медицинский журнал. – 2013. – Том 94. -№2. – С.181-185.

6. Коррекция эндотелиальной дисфункции: современное состояние проблемы (обзор литературы) / И.А.Сучков // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2012. -№4. -с.151-157.

7. Профилактика рестеноза в реконструктивной хирургии магистральных артерий / И.А.Сучков, А.С.Пшенников, А.А.Герасимов А.Б.Агапов, А.А. Камаев // Наука молодых – Eruditio Juvenium. . – 2013. -№2. -с.12-19.

8. Эндотелиальная дисфункция и способы её коррекции при облитерирующем атеросклерозе / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.С. Пшенников, ГЕОТАР-МЕДИА, Москва, 2014, с.151.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРЯМЫХ И НЕПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Агапов А.Б., Царегородцев А.А., Пучкова Г.А., Шанаев И.Н.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
agapchik2008@yandex.ru

Введение. В клинических исследованиях по оценке эффективности прямых и непрямых антикоагулянтов у пациентов с тромбозом глубоких вен (ТГВ) изучена частота рецидива венозных тромбоэмболических осложнений и частота кровотечений [1, 2, 3]. Однако, в исследованиях не учитывались данные по динамике длины и диаметра флотирующих тромбов, сроках их фиксации в стационаре, степени реканализации в амбулаторном периоде, а также уровень качества жизни (КЖ) при различных вариантах антикоагулянтной терапии (АКТ), что является актуальной темой в клинической практике [4-7].

Цель исследования. Оценить результаты лечения различными вариантами АКТ у больных с ТГВ нижних конечностей на основании объективных критериев и параметров качества жизни.

Материалы и методы. Исследование включало 170 пациентов с ТГВ. В зависимости от варианта АКТ больные были разделены на 3 группы: 1 группа пациентов принимали ривароксабан (48 человек). 2 группа – принимала низкомолекулярный гепарин (НМГ) 10 дней с подбором дозы варфарина, (73 человека) и 3 группа – принимала НМГ 10 дней с последующим приёмом ривароксабана (49 человек). В 1 группе флотирующие тромбы наблюдались у 25 пациентов, во 2 группе – у 33 пациентов и в 3 группе – у 29 пациентов. Оценка уровня КЖ проведена с помощью опросника CIVIQ.

Результаты. Уменьшение длины и диаметра флотирующих тромбов у пациентов принимавших ривароксабан (1 группа) происходило на 4-5 день в 84% случаев (длина уменьшилась с 24,2±9,2 мм до 19,4±14,3 мм, диаметр уменьшился с 7,6±2,5 мм до 5,6±3,0 мм). У данных больных на 8-10 сутки флотации тромба не обнаружено. В 16% случаев на 4–5 сутки наблюдалось увеличение длины тромба до 29,0±10,2 мм и диаметра тромба до 8,4±1,3 мм, в связи с чем им был назначен НМГ, и фиксация флотирующих тромбов у данных пациентов произошла только на 12–14 сутки. При выяснении причины отрицательной ультразвуковой динамики у 16% пациентов выявлено, что давность ТГВ составила более 10 дней.

У пациентов 2 группы длина флотирующей части уменьшилась с 32,9±9,2 мм до 24,4±6,2 мм на 8–10 сутки, а диаметр с 8,3±2,3 мм до 5,6±2,1 мм на 4-5 сутки у 87,8% пациентов. В 12,2% случаев длина флотирующей части оставалась 31,2±6,4 мм более 2 недель. Этим пациентам был

имплантирован кава-фильтр в целях профилактики ТЭЛА. Фиксация тромба у них произошла только на 25-26 дни.

В 3 группе пациентов достоверные отличия в уменьшении длины тромба наблюдались на 4-5 сутки с 32,8±6,1 мм до 28,1±7,3 мм и диаметра с 6,6±3,2 мм до 3,5±1,9 мм. На 12 день флотации тромбов не наблюдалось.

По частоте хорошей и полной реканализации проксимальной части тромба 1 и 3 группы имеют лучшие результаты в сравнении со 2 группой, и через 6 месяцев лечения встречалась в 1 группе с частотой 87,5% случаев, в 3 группе в 87,7% случаев и во 2 группе в 54,8% случаев.

В амбулаторном периоде у пациентов, принимавших ривароксабан (1 группа), наблюдается улучшение КЖ к 6 месяцу (с 66,4±19,6 баллов до 38,2±14,1 балла). При приёме варфарина отмечено уменьшение баллов к 1 месяцу до 46,9±17,9 баллов. Однако на 6 месяц наблюдается увеличение баллов до 50,6±20,9 баллов. У пациентов, принимавших ривароксабан после курса НМГ (3 группа), уровень КЖ улучшался на протяжении 6 месяцев, но динамика несколько хуже, чем у пациентов 1 группы (48,3±17,4 балла).

Выводы. По динамике фиксации и лизиса флотирующего тромба монотерапия ривароксабаном не уступает НМГ в остром периоде заболевания и приводит к достоверному уменьшению размеров тромба уже на 4–5 сутки. Лучшие результаты по восстановлению уровня КЖ отмечены при использовании ривароксабана и схемы низкомолекулярный гепарин и ривароксабан, что обусловлено высокой частотой хорошей и полной реканализацией тромба в амбулаторном периоде.

Список литературы

1. Калинин Р.Е. Диспансеризация больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, М.В. Нарижный // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2011.- №3. – С.104–109.

2. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений [Текст] / Л.А. Бокерия [и др.] // Флебология. – 2015. – Т. 9, вып. 2, №4. – С.3-57.

3. Эмболоопасность острого восходящего тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей / Р.Е. Калинин, М.В. Нарижный, И.А. Сучков // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2011. № 2. С. 19.

4. К вопросу о лечении тромбозов глубоких вен нижних конечностей / И.А. Сучков, П.Г. Швальб // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2006г. – №3, С.19 – 23.

5. Агапов А.Б., Сучков И.А., Рябков А.Н. Прямые пероральные антикоагулянты в лечении пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей // Наука молодых (Eruditio Juvenium) – 2016. – №2. – С. 147-157.

6. Калинин Р.Е., Сучков И.А., Пшенников А.С., Новиков А.Н. Варианты экспериментального моделирования венозной эндотелиальной дис-

функции: современное состояние проблемы // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2014. № 4. С. 143-147.

7. Небылицин Ю.С., Сушков С.А., Козловский В.И. Внутрисосудистый гомеостаз при экспериментальном венозном тромбозе // Наука молодых – Eruditio Juvenium. 2014. №4. С. 102-113.

К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Алексашина Д.С.
Астраханский государственный медицинский университет
darena8820@mail.ru

Актуальность. В структуре летальности острый панкреатит занимает ведущую позицию, и встречается в 10-15% случаев ургентных заболеваний органов брюшной полости. В ходе многочисленных исследований особое внимание ученых стал привлекать такой белок острой фазы воспаления, как альфа$_2$-макроглобулин (МГ), который является одним из важнейших ингибиторов протеиназ.

Материал и методы. В ГКБ № 3 им. С.М. Кирова г. Астрахани, проведено исследование клинической значимости изменения уровня МГ у 92 больных с диагнозом острый панкреатит. В качестве контрольных объектов использовалась сыворотка крови здоровых людей доноров, у которых уровень МГ был в пределах 1033±267 мг/л. Образцы клинического материала протестированы на МГ с помощью ИФА. Полученные результаты исследований обработаны с помощью пакета статистического анализа Statistica 6, SPSSV 10.0.5, программ «STATLAND», «EXCEL-97», «BasicStatistic».

Результаты и обсуждение. В ходе исследования в сыворотке крови всех пациентов регистрировалось снижение уровня альфа$_2$-макроглобулина. С учетом клинико-функциональных и данных МГ пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 74 больных, у которых МГ понижался до 805±180 мг/л, получали консервативное лечение и 2 группа – 18 больных с деструктивными формами острого панкреатита, у которых МГ понижался до уровня 615±161 мг/л, были прооперированы. После проведенного лечения показатель уровня изучаемого белка повышался, что, на наш взгляд, является важным диагностическим критерием оценки остроты воспалительного процесса и эффективности лечения при данной патологии.

Заключение. Таким образом, проведенное нами исследование имеет большое теоретическое и практическое значение для своевременной диагностики осложненных форм острого панкреатита и выбора метода лечения.

Список литературы

1. Веремеенко К.Н. альфа 2-макроглобулин: структура, свойства и физиологическая роль / Веремеенко, К.Н., Семенюта О.С. Кизим А.И., Ло-

бунец К.А. // Украинский Биохимический Журнал – 1983. – Т.55. – № 2. – С. 218-233.

2. Кубышкин В.А. Острый послеоперационный панкреатит (состояние проблемы в многопрофильном институте) / В.А. Кубышкин, В.А. Вишневский, И.М. Буриев, А.В. Гаврилин // Эксперим. иклин. мед. – 2004.- № 3.- С. 59-63.

3. Савельев В.С. Прогнозирование течения острого панкреатита / В.С.Савельев В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд // Хирургия. –1981. – № 10. – С. 47-51.

4. Савельев В.С. Клинико-морфологическая характеристика панкреонекроза в свете хирургического лечения / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд, С.З. Бурневич и др. // Анналы хирургии. – 2001-№ 3.-С. 58-62.

5. Таганович Д.А. Причины летального исхода и определение тяжести течения острого деструктивного панкреатита: автореф. … дис. канд. мед. наук: 14.00.27 / Д.А. Таганович; Белорус. гос. мед. ун-т. – Минск, 2007. – С. 21.

6. Berger D. Management of abdominal sepsis / D. Berger, K. Buttenschoen // Langenbecks Arch. Surg. – 1998.- Vol.383.- № 1.- P. 35-43.

7. Blamey S. Prognostic factors in acute pancreatitis / C.W. Imrie, J. O'Nell, W.H. Gilmour, D.C. Carter // Gut. –1984. – Vol. 25, № 12. – P. 1340-1346.

ЭНТЕРАЛЬНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Амаханов А.К., Федосеев А.В., Муравьев С.Ю., Бударев В.Н.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
zaira.amakhanova@yandex.ru

Введение. Проблема необходимости коррекции энтеральной недостаточности общепризнана для ведения больных с ургентной абдоминальной патологией, особенно у больных с острой кишечной непроходимостью.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных острой кишечной непроходимостью (ОКН) путем коррекции энтерального дистресс-синдрома (ЭДС).

Материалы и методы. Работа основана на изучении 129 пациентов с ОКН, сопровождающейся ЭДС, и проходивших лечение в БСМП за период 2012-2014 годы. Основную группу составили 62 человека с механической ОКН, у которых комплексное лечение дополнялось гепатопротекторной терапией препаратом «Ремаксол». Контрольную группу составили 67 человек с механической ОКН, которым гепатопротекторы не использовались.

Результаты. У больных с острой кишечной непроходимостью энтеральный дистресс-синдром I степени тяжести встречается в 31% случаев, II степени – в 44,2%, III степени – в 24,8%. У больных с острой кишечной непроходимостью, сопровождающейся развитием энтерального дистресс-синдрома, летальность составляет 11,9%.

При острой кишечной непроходимости тяжесть ЭДС изменяется корреляционно с увеличением степени и площади ишемических нарушений в стенке кишки. У больных с ОКН в 63,6% случаев имеется, корреляционно зависимое от тяжести ЭДС ($r=0,826$, $p<0,05$), выраженное повреждение паренхимы печени.

Включение в лечебный комплекс больных с ОКН гепатопротекторную терапию позволяет к 5-му дню купировать ГРС у 75,8% человек, а при лечении без неё – у 49,2% ($tCт=-3,751$, $p<0,05$), к 7-му дню купировать ЭДС – у 77,4% больных, а без неё – у 50,8% ($tCт=-0,098$, $p<0,05$), что сопровождается снижением послеоперационных осложнений с 40,3% случаев до 9,7%, и снижением летальности с 11,9% до 5,6%.

Выводы. У больных с острой кишечной непроходимостью энтеральный дистресс-синдром, через развитиеэндогеннойинтоксикации, одновременноявляется ключевым звеном в патогенезе гепаторенального синдрома, и поддерживающим патогенез полиорганной недостаточности. Купирование ЭДС возможно как энтеральным путем так и при проведении гепатопротекторной терапии, что способствует улучшению результатов лечения.

Список литературы

1. Морфология печени при экспериментальной острой кишечной инфекции в условиях терапии коллоидным наноаквахелатом серебра / Е.С. Половьян [и др.] // «Наука молодых – ERUDITIO JUVENIUM». – 2014. – №1. – С. 44-53.

2. Натальский А.А. Проблема печеночной недостаточности в хирургии / А.А. Натальский, С.В. Тарасенко, О.Д. Песков // «Наука молодых – ERUDITIO JUVENIUM». – 2013. – №1. – С.61-73.

3. Современные представления о печеночной недостаточности в хирургии / А.А. Натальский [и др.] // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2014. – №4. – С 138-147.

4. Тактика при обтурационной кишечной непроходимости и возможности её совершенствования / А.В. Федосеев [и др.] // «Наука молодых – ERUDITIO JUVENIUM». – 2013. – №4. – С. 68-73.

5. Твердохлеб И.В. Нарушение печеночной микроциркуляции в развитии патологических изменений печени при моделировании острого панкреатита у крыс / И.В. Твердохлеб, И.Н. Береговенко, Д.Ю. Зиненко // «Наука молодых – ERUDITIO JUVENIUM». – 2013. – №4. – С. 36-46.

6. Тураев У.Р. Особенности микрогемоциркуляции крови в почках при экспериментальной острой кишечной непроходимости / У.Р. Тураев, Г.Р. Тураева, А.З. Олимова // «Наука молодых – ERUDITIO JUVENIUM». – 2015. – №3. – С. 6-11.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ И УЗЛОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Андреева И.В., Виноградов А.А.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
prof.andreena.irina.2012@yandex.ru

Введение. Одним из актуальных вопросов современной тиреологии является изучение возможностей минимально инвазивного лечения очаговых образований щитовидной железы (ЩЖ)[1]. В лечении больных с узловыми образованиями ЩЖ традиционно выделяют три основных направления: медикаментозное, хирургическое и радиометаболическое. Промежуточное положение занимают вмешательства на ЩЖ под ультразвуковым контролем. К ним относят склеротерапию, диатермокоагуляцию, криодеструкцию и лазеротерапию. Конечной целью этих процедур является одномоментное или этапное разрушение ткани узлового образования с минимальной травмой для пациента [2]. Американская ассоциация клинических эндокринологов признала этаноловую склеротерапию лучшим методом лечения узлов с кистозной трансформацией. Однако до настоящего времени не разработаны критерии отбора пациентов, показания и противопоказания к той или иной процедуре.

Цель исследования. Оценка результатов склеротерапии кистозных, кистознотрансформированных и солидных узловых образований ЩЖ.

Материал и методы. Проведен анализ результатов склеротерапии кистозных, кистознотрансформированных и солидных узловых образований ЩЖ, выполненной 23 пациентам под ультразвуковым контролем. Из них было 3 мужчины и 20 женщин в возрасте от 18 до 76 лет. У всех пациентов, по данным тонкоигольной аспирационной биопсии узлов ЩЖ, не было выявлено онкологических заболеваний. На момент начала склеротерапии все пациенты находились в эутиреоидном состоянии.7 (%) пациентов в анамнезе перенесли операции по поводу доброкачественных заболеваний ЩЖ. Основным показанием к склеротерапии считали наличие одиночных или множественных кист или кистознотрансформированых узлов ЩЖ больших размеров (более 3 см), вызывающих жалобы на сдавление органов шеи и косметический дефект.

Склеротерапию 96% этиловым спиртом проводили без анестезии под ультразвуковым контролем. Количество этанола, кратность введения и интервалы между ними подбирали индивидуально. Эффект лечения оценивали по степени уменьшения объема узлов как: 1) полный эффект – уменьшение более, чем на 90% по сравнению с исходным объемом узла; 2) частичный эффект – уменьшение от 50% до 90%; 3) отсутствие эффекта – уменьшение менее, чем на 50% (В.А. Олейник и др., 2008). Больных наблюдали в течение 1 года.

Результаты. Установлено, чтонаилучшие результаты при склеротерапии узловых образований ЩЖ возникают при полностью кистозных узлах, что согласуется с данными других авторов. Полная элиминация кистозных узлов наступила в 100% случаев. При этом, если кисты не превышают 4 см, возможна их полная склерозация за 1-2 сеанса. При больших по размерам кистах требуется более 2-3 сеансов.

При кистознотрансформированных узлах полная элиминация узлов произошла в 80% случаев, частичная – в 15%, отсутствие эффекта наблюдали в 5% случаев.

При солидных узлах у 60% пациентов выявлен частичный эффект – узлы уменьшились в пределах от 50 до 90% своего объема, у 40% пациентов – узлы уменьшились на 40-50%. Однако и такое уменьшение размера узлов значительно улучшало самочувствие больных и расценивалось ими как положительный результат.

Заключение. Опыт склеротерапии узлов ЩЖ под ультразвуковым контролем показал свою достаточную эффективность, особенно при лечении полностью кистозных или кистознотрансформированных узлов. Считаем, что для профилактики осложнений целесообразно вводить малое количество этанола (меньше, чем объем узла до эвакуации кистозной жидкости). При введении этанола в солидные узлы объем вводимого спирта не должен превышать 25-30% от объема узла.

Список литературы

1. Зубов А.Д. Диагностика и лечение кист щитовидной железы с использованием ультразвукового исследования / А.Д. Зубов // Автореф. Дис. … к.м.н. – Киев, 2001. – 17 с.

2. Оцінка ефективності черезшкірної склерозуючої терапії етанолом доброякісних новоутворень щитоподібної залози у залежності від їх ехографічної структури // В.А. Олійник та ін. // Журнал Академії Медичних Наук України. – 2008. – Т. 14, № 4. – С. 679-691.

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА ПОЧКИ В ОРГАНЫ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Аристархова А.А.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
arista62@mail.ru

Введение. Рак почки – онкоурологическая патология, занимающая одно из ведущих мест по темпам прироста онкологической заболеваемости. Ежегодный прирост составляет 1,5-5,9% [2, 3]. До 90% случаев почечноклеточного рака, по гистологическому признаку, составляет светлоклеточ-

ный рак (СРП) [1, 5], отличающийся агрессивным течением, склонностью к метастазированию. При постановке первичного онкологического диагноза рака почки в 20-25% случаях уже имеются отдаленные метастазы [1].

Цель исследования. Улучшение результатов ранней диагностики и повышение эффективности лечения метастатического поражения надпочечников и щитовидной железы (ЩЖ) при раке почки.

Материалы и методы. В работе изучен материал по диагностике, лечению и наблюдению больных с метастатическим поражением надпочечников и ЩЖ при раке почки, находившихся в отделении эндокринной хирургии, урологических отделениях ГБУ РО «ГКБ № 11» г. Рязани.

Результаты. В период с 2002 по 2016 гг. выявлено 25 больных раком почки с метастазами в надпочечники. Средний возраст больных в этой группе составил 60 лет (от 42 до 76 лет), мужчины – 64%. У 15 (60%) пациентов диагностирован рак левой почки, у 9 (36%) – рак правой почки, в одном случае (4%) – рак обеих почек. Во всех случаях размер опухоли почки более 5 см в диаметре. Поражение левого надпочечника выявлено у 15 больных (60%), правого – у 8 (32%), обоих надпочечников – у 2 больных (8%). Во всех рассмотренных случаях размер первичного опухолевого очага превышал 5 см в диаметре. У большинства больных характерных клинических проявлений опухолевого поражения надпочечников не было. У 4 пациентов в анамнезе нефрэктомия по поводу СРП (4, 6, 7 и 18 лет назад). Хирургическое лечение проведено 23 больным (92%), гистологически подтвержден СРП; в 2 случаях в связи с распространенным метастатическим процессом от оперативного лечения было решено отказаться.

Метастазы рака почки в ЩЖ диагностированы в 9 случаях. Большинство больных (88,9%) в этой группе – женщины в возрасте 45 лет и старше. Метастазирование в ЩЖ чаще наблюдалось при односторонней локализации рака почки, при этом преобладал рак левой почки – 5 случаев (55,6%); в одном случае – двусторонняя локализация первичного очага (11,1%). Размер первичной опухоли в диаметре до 5 см наблюдался у 3 пациентов (33,3%), более 5 см – у 6 больных (66,7%). Одной из особенностей метастазов рака почки является отсроченное клиническое проявление вторичных очагов поражения. В среднем, время от нефрэктомиии до обнаружения метастатического очага, по литературным данным, составляет 9,4 года [4]. По нашим данным, временной интервал между выявлением первичной опухоли и поражением ЩЖ в среднем составил 7,7 года (от 1 года до 17 лет). У двух пациентов онкологический процесс развивался на фоне аутоиммунного тиреоидита, в пяти случаях на фоне многоузлового зоба и в двух случаях на фоне аденомы ЩЖ. Тиреоидэктомия выполнена 7 пациентам (77,8%), гистологически подтверждены метастазы СРП; в двух случаях (22,8%) в связи с распространенным онкологическим процессом назначена симптоматическая терапия.

Заключение. Изучение собственных клинических случаев, данных литературы, подтверждает сложность ранней диагностики метастатическо-

го поражения ЩЖ и надпочечников при раке почки. Хирургическое лечение является методом выбора при данной патологии, за исключением случаев генерализованного онкологического процесса. Так как метастазы СРП диагностируются и позднее 5-летнего срока после оперативного лечения, считаем нужным вести наблюдение этих больных и более длительное время, проводить комплексное обследование, включающее РКТ, ЯМРТ, т.к. разрешающая способность последних методов очень высока.

Список литературы

1. Матвеев В.Б. Энциклопедия клинической онкологии. – М., 2004. – С. 490-500.

2. Ferlay J., Shin H.R., Bray F., et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008 // Int. J. Cancer. – 2010. – Vol. 15. – P. 2893-2917.

3. Godley P.A., Taylor M. Renal cell carcinoma // Curr. Opin. Oncol. – 2011. – Vol. 13. – P. 199-203.

4. Heffess C.S., Wenig B.M., Thompson L.D. Metastatic renal cell carcinoma to the thyroid gland: a clinicopathologic study of 36 cases // Cancer. – 2002. – Vol. 95 – P. 1869-1878.

5. Koul H., Huh J.S., Rove K.O., Crompton L., et al. Molecular aspects of renal cell carcinoma: a review// Am. J.Cancer. – 2011. – Vol. 7. – P. 240-254.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОСЛЕЧЕРНОБЫЛЬСКИЙ ПЕРИОД

Артюхин С.О., Аристархов Р.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Stason62-90@ya.ru

Введение. Недавно был юбилей аварии на Чернобыльской АЭС в 1986г., это значительно увеличило количество людей с патологией щитовидной железы (ЩЖ).

Цель исследования. Проанализировать динамику узловой патологии ЩЖ в послечернобыльский период.

Нами изучена узловая патология ЩЖ за последние 28 лет по материалам отделения эндокринной хирургии МУЗ ГКБ №11 г. Рязани. Увеличение общего количества больных обусловлено как ростом заболеваемости, так и улучшением диагностики в условиях специализированного центра.

При изучении материала явно видно количественные изменения узловой патологии ЩЖ.

Количество аденом до Чернобыля в 1985 – 44 случая (прошло через отделение), а в 1994 – 201, а в 2004 – 341.

Рак щитовидной железы (РЩЖ) до Чернобыля в 1985 – 28 случаев, а в 1994 – 82,а в 2004 – 46.

Уздовой коллоидный зоб (УКЗ) до Чернобыля в 1985 – 142 случаев, а в 1994 – 347, а в 2004 – 266. Патология УКЗ после 1998 г. изменила оперативное лечение, стали брать пациентов с синдромом сдавления, а небольшие узлы до 3 см наблюдались в динамике.

Кроме простого увеличения количества больных с узловой патологией щитовидной железы, отмечается существенное и качественное изменение увеличение числа пациентов с множественными аденомами. В 1985 г. это патология составляла 2,3% от общего числа больных, оперированных по поводу аденом, в 1992 г. – 10,3%, а в 2004 – 32,4 ($p_< 0,05$)

Вторым качественным изменением было увеличение сочетанной патологии ЩЖ.

Количество больных с сочетанной патологией постоянно увеличивалось. В 1985 г. они составляли 5.1% от всех больных с узловой патологией, в 1992 г. – уже 10.5% ($p> 0.05$), а в 2006г. -37% ($p_< 0,05$).

В 35-60% рак ЩЖ верифицируется в сочетании с другой патологией. Наиболее часто злокачественные опухоли сочетались с аденомой и узловым коллоидным зобом. В 1994 – 31,7, а в 2004 – 58,7.

В Рязанской области в последние годы имеют место не только количественные, но и качественные изменения узловой патологии ЩЖ. Анализируя особенности качественных изменений, можно с уверенностью сказать, что многоузловой зоб почти в 50% представлен сочетанием нескольких патологий ЩЖ или множественными аденомами, а не многоузловым коллоидным зобом, как считалось ранее.

Заключение. Таким образом в послечернобыльский период видно, что имеется значительное увеличение патологии ЩЖ, особенно опухолевого генеза. В тоже время имеется качественные изменения, а именно множественные аденомы, сочетанная патология.

Список литературы

1. Рак щитовидной железы и предраковые состояния // Юбил. конф. 50-летия Ростовского онкодиспансера.- Ростов н/Д.,1997.-С.61-62.-(Соавт.: Ю. Б. Кириллов).

2. Хирургическая патология щитовидной железы и ее лечение в районах, подвергшихся воздействию радиации после Чернобыльской АЭС // Современные аспекты хирургической эндокринологии: \\ VII (IX) Рос. симпоз. По хирургической эндокринологии.- Липецк, 1998.- С.11-15. – (Соавт.: Ю. Б. Кириллов, Ю.И. Ухов, С.В. Бирюков, А.В. Поляков, А.А. Фусов, А.И. Донюков).

3. Об особенностях патологии щитовидной железы в последнее время в нашем регионе // Сб. тез. юбил, науч. конф., посвящ. 50-летию РязГМУ. – Рязань, 2000.-(Соавт.: Р.В. Аристархов, Ю. Б. Кириллов).

4. Опухоли щитовидной железы в регионе йодной эндемии, загрязненном радионуклидами // Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения.- Рязань, 2000.- С. 21-22. – (Соавт.: Р.В. Аристархов, Ю. Б. Кириллов).

5. Редкие клинические наблюдения: сб. науч. тр. / под ред. Проф. В.Г. Аристархова; РязГМУ.- Рязань, 2010.

ОСТРАЯ ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Бударев В.Н., Федосеев А.В., Муравьев С.Ю.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
budarev.v@yandex.ru

Введение. Современная травматология весьма чувствительна к различным острым стрессовым патологическим процессам в пищеварительной системе. Дело в том, что наиболее эффективные её методы лечения не могут быть осуществлены, если у пациента имеются язвы или эрозии желудочно-кишечного тракта.

Цельисследования. Изучить частоту осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта при переломах шейки бедра и их влияние на лечебную тактику.

Материалы и методы. Исследование основано на изучении результатов лечения в больнице скорой медицинской помощи города Рязани в 2013-2015 гг. 200 пациентов с диагнозом перелом шейки бедра. Всем пациентам было показано и планировалось оперативное лечение. В рамках подготовки к операции производилась фиброгастродуоденоскопия с использованием видеоэндоскопа фирмы «Olympus». Среди пациентов, включённых в исследование, было 64 мужчины (32%) и 136 женщин (68%). В возрасте до 44 лет было 15 пациентов (7,5%), от 45 до 59 лет – 40 (20%), от 60 до 74 лет – 68 (34%), от 75 до 89 лет – 74 (37%), от 90 до 100 лет – 3 (1,5%).

Результаты. В ходе эндоскопических исследований было выявлено 19 случаев язв (9,5%) и 34 случая эрозивных изменений в желудочно-кишечном тракте (17%). Таким образом, у 53 пациентов из 200, то есть у 26,5%, операция была отменена из-за осложнений, возникших в пищеварительной системе.

При этом распространённость язвенной болезни в России по данным разных авторов не превышает 3-4%, то есть цифру в 2,5-3 раза меньшую. Соотношение язв желудка и язв 12-типерстной кишки при язвенной болезни в нашей стране составляет 1:2. Мы же в нашем исследовании получили обратную цифру: соотношение 1,7:1 в пользу язв желудка. Причина этого

эффекта в том, что именно желудок является «излюбленной» локализацией острых стрессовых язв.

Выводы. У 26,5% пациентов с переломом шейки бедра в ходе эндоскопического исследования выявляются изменения со стороны пищеварительной системы, не позволяющие выполнить оперативное лечение в намеченный срок. Частота выявления язв желудка и 12-типерстной кишки у пациентов с переломом шейки бедра составляет 9,5%, что в 2,5-3 раза превышает распространённость язвенной болезни по России. У пациентов с переломом шейки бедра преобладают язвы желудка, встречающиеся в 1,7 раза чаще, чем язвы 12-типерстной кишки, что доказывает острый характер большинства выявляемых поражений.

Список литературы

1. Зотова Л.А. Нестероидные противовоспалительные препараты в современной клинической практике: фокус на безопасность / Л.А. Зотова, В.С. Петров // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2015. – №1. – С.25-31.

2. Орзиев З.М. Особенности клинико-эндоскопических проявлений гастродуоденопатий индуцированных приемом нестероидных противовоспалительных средств / З.М. Орзиев, Н.Ш. Исамитдинова, Н.О. Гиѐсова // «Наука молодых – Eruditio Juvenium». – 2016. – №1. – С.63-67.

3. Садриев О.Н. Сочетанные костно-сосудистые повреждения нижних конечностей / О.Н. Садриев, З.С. Ахмаджонов // «Наука молодых – Eruditio Juvenium». – 2015. – №1. – С.67-74.

4. Сравнительная оценка и анализ патоморфологической и эндоскопической картины слизистой оболочки желудка при кишечной метаплазии / С.В. Вернигородский [и др.] // «Наука молодых – Eruditio Juvenium». – 2014. – №1. – С.8-19.

5. Хомидов Ф.К. Повышение эффективности лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений/ Ф.К. Хомидов // «Наука молодых – Eruditio Juvenium». – 2015. – №2. – С.46-50.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ АНОМАЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОГО КОНТРАЦЕПТИВА У ПАЦИЕНТКИ С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Голофаст И.Г., Миров А.И.,Харкевич О.Н.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
golofast.ig@gmail.com

Введение. Современное развитие инвазивных акушерских и гинекологических технологий увеличивает число женщин с оперированной маткой. Рубец на матке после кесарева сечения (КС) имеют 4-8% женщин ре-

продуктивного возраста (Э.К. Айломазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский и др. 2014; F.G. Cunningham, 2014). Поэтому контрацепция у женщин с рубцом на матке является актуальной проблемой современной медицины.

Описание случая: Пациентка Т. 29 лет обратилась 24.06.2016 г. к врачу женской консультации с жалобами на обильные менструации в течение последнего года. Менструальная функция регулярная. В анамнезе двое родов, абортов и выкидышей не было. Первые роды в 2008 году завершились экстренной операцией КС в 38 недель в связи с крупным плодом и клинически узким тазом, послеоперационный период протекал без осложнений. Вторые роды в 2011 году – плановое КС в сроке 38 недель без осложнений. В этом же году в полость матки введён медьсодержащий внутриматочный контрацептив (ВМК). Угинеколога наблюдается нерегулярно. Гиперменорею отмечает в течение 2016 года. Пациентке был выставлен диагноз: «Рубец на матке, ВМК в полости матки более 5 лет, гиперменорея». Попытка амбулаторного удаления ВМК оказалась безуспешной, в связи с чем, женщина была направлена в стационар. Госпитализирована в городскую клиническую больницу №8 г. Рязани 27.06.2016. При поступлении состояние пациентки удовлетворительное, АД – 110/70 мм рт. ст.,пульс – 74 в минуту, температура тела – 36,7^{o} С, живот мягкий безболезненный, физиологические отправления в норме. Гинекологический статус: шейка матки чистая, наружный зев закрыт, выделения кровянистые незначительные, нити для удаления ВМК не визуализируются. Тело матки, придатки с обеих сторон и влагалищные своды – без патологии. По данным УЗИ выявлена рубцовая деформация передней стенки матки – «ниша» в области рубца, ВМК в полости матки кольцевидной формы, нижний край которой расположен в области «ниши» в послеоперационном рубце.Размеры и структура матки и обоих яичников соответствуют возрастной норме. Развитие и структура эндометрия соответствуют фазе менструального цикла. Патология маточных труб и свободная жидкость в брюшной полости не выявлены. По данным клинико-лабораторного обследования диагностирована анемия лёгкой степени (уровень гемоглобина в крови – 102 г/л), другая патология исключена. Пациентке был выставлен диагноз: «Обильные менструации при регулярном цикле. Длительное ношение ВМК. Отягощенный акушерский анамнез, рубец на матке. Постгеморрагическая анемия 1 степени. Неудачная попытка удаления ВМК амбулаторно». В связи с чем, пациентке была выполнена экстренная гистероскопия, удаление ВМК с последующим диагностическим выскабливанием матки. Гистероскопическое исследование подтвердило расположение нижнего полюса кольцевидного медьсодержащего ВМК в «нише» рубца на матке. ВМК был извлечен с использованием гистероскопического инструментария. Результат гистологического исследования эндометрия выявил изменения, указывающие на развитие очагов хронического асептического воспаления при длительном ношении ВМК.

Обсуждение. В настоящее время рубец на матке не является противопоказанием для применения ВМК (Э.К. Айламазян, 2010; В.Н. Прилепская, 2014). Однако данный клинический случай наглядно демонстрирует аномальное расположение ВМК в «нише» рубца при его неполноценности. Длительное ношение ВМК приводит к деструктивным процессам в эндометрии.

Заключение. Использование ВМК у женщин с оперированной маткой следует рассматривать после дополнительной диагностики полноценности рубца с помощью гистероскопии и трёхмерного УЗИ с допплерометрией. Неполноценность рубца на матке целесообразно отнести к противопоказаниям для применения ВМК.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ШВОВ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА

Инютин А.С., Жаныгулов А.Д., Рустамов В.О.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Aleksandr4007@rambler.ru

Проблема послеоперационных вентральных грыж на сегодняшний день весьма актуальна, ввиду роста количества операций на брюшной полости. После срединной лапаротомии формирование вентральных грыж встречается от 2 до 28%. Одним из способов профилактики развития данной патологии является выбор рационального способа ушивания белой линии живота.

Цель исследования. Экспериментально оценить характеристики отдельного узлового, непрерыного шва и его модификации.

Материалы и методы. В эксперименте участвовали 36 половозрелых белых крысмассой тела 220-300 г. Всем животным в асептических условиях производилась срединная лапаротомия, с последующим ушиванием раны. С учётом способа ушивания крысы разделены на 3 группы. В первую группу вошло 12 животных, которым апоневроз ушивался отдельными узловыми швами, во второй группе (12 особей) непрерывный шов, в третьей (12 животных) белая линия ушивалась непрерывным швом с расположением стежков в шахматном порядке. В качестве шовного материала использована нить Prolen 3-0. На 7, 14 и 60 сутки участки апоневроза с мышечной тканью размерами 2Х3 см подвергнули тензиометрическому исследованию на динамометре электронном АЦД/1Р-0,1/1И-2.

Результаты. На 7 сутки прочность отдельного узлового шва составила от 2,7 Н до 5,8 Н (в ср. 3,94$\pm$0,9 Н), непрерывного от 4,2 Н до 8,3Н (в ср. 6,05$\pm$1,15 Н), непрерывного с расположением стежков в шахматном порядке от 5,4 Н до 9,1Н (в ср. 7,2$\pm$1,45 Н). На 14 сутки прочность отдельного узлового швабыла от 11,7 Н до 16,6 Н (в ср. 13,9$\pm$1,7 Н), непрерывного от 13,7 Н до

20,5 Н (в ср. 17,3±2,2 Н), непрерывного в шахматном порядке от 19,1 Н до 24,5 Н (в ср. 21,35±1,57 Н). На 60 сутки прочность узлового шва от 31,3 Н до 50,2 Н (в ср. 43,8±6,2 Н), обвивного от 44,1 Н до 68,6 Н (в ср. 54,8±7,1 Н), непрерывного в шахматном порядке от 45,2 Н до 67,3 Н (в ср. 55,1±7,6 Н). При оценке эластичности швов, последняя находилась в обратной зависимости от прочности.При этом наибольшая эластичность была в случае отдельного шва (от 172,2 до 85,64%), а наименьшая при растяжении непрерывного шва с расположением стежков в шахматном порядке (от 155,5 до 61,2%).

Заключение. Применениенепрерывного шва для соединения краев раны мышечно-апоневротического слоя имеет преимущества перед ушиванием ран узловыми отдельнымишвами, так какпрочность обвивного шва за весь период наблюдения была больше от 20% до 27%., а эластичность меньше. При этом расположение стежков в шахматном порядке в случае непрерывного шва, способствует более равномерному распределению нагрузки на края апоневроза, снижая риск его разволокнения, тем самым повышая его прочность до 67,3Н и снижая эластичность до 61,2%.

Список литературы

1. Кривощеков Е.П. Хирургия вентральных грыж [Текст]: учебное пособие / Е.П. Кривощеков. – Самара : СамЛюксПринт, 2014. – 152 с.

2. Куликова Н.А. Выявление пациентов с высокой и крайне высокой степенью риска развития послеоперационных вентральных грыж // Н.А. Куликова, Н.И. Бояринцев, Н.В. Убиенных // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2013. – Т. XXIII, №5. – с. 123.

3. Милица К.Н. Сравнение методик ушивания передней брюшной стенки // К.Н. Милица, Н.Н. Милица,Н.С.Луценко// Актуальные вопросы герниологии: материалы VIII конф. – М., 2011. – С. 146–148.

4. Самарцев В.А.Сравнение методик ушивания передней брюшной стенки // В.А. Самарцев, В.А. Гаврилов, В.Э. Вильдеман, Г.А. Терехин, С.В. Словиков // Актуальные вопросы герниологии: материалы VIII конф. – М., 2011. – С. 181–183.

5. Семёнов Г.М., Петришин В.Л., Ковшова М.В., Хирургический шов. М.: ТОО «Рапид-Принт», 2001. с.34-35.

ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ

Загаров С.С., Ларьков Р.Н., Сотников П.Г., Колесников Ю.Ю., Лазарев Р.А., Шилов Р.В., Вульф В.В.
ГБУЗ МО МОНИКИ имени М.Ф. Владимирского
szagarov@mail.ru

Введение. Несмотря на признанную эффективность каротидной эндартерэктоми (КЭАЭ) в плане улучшения мозгового кровотока и профилактики

острых нарушений мозгового крвообращения (ОНМК), инсульт является одним из основных осложнений реконструктивных операций на внутренних сонных артериях. Причиной инсультов ишемического происхождения является транзиторная ишемия головного мозга во время пережатия сонных артерий. Одним из способов защиты головного мозга от ишемического повреждения при КЭАЭ является использование временного внутреннего шунта (ВВШ). Среди предоперационных методик оценки толерантности головного мозга пережатию сонных артерий и определения показаний к интраоперационному использованиючасто используются компрессионная проба Матаса. В последнее время все большее внимание уделяется использованию церебральной оксиметрии для определения толерантности головного мозга к интраоперационному пережатию сонных артерий.По мнению ряда авторов (А.А. Карпенко, О.В. Каменская, А.М. Караськов с соавт., 2013) интраоперационный мониторинг показателей церебральной оксиметрии является эффективной методикой в плане диагностики церебральной ишемии при проведении реконструктивной операции на ВСА и позволяет определить показания к использованию временного внутрипросветного шунта.

Цель исследования. определить показания к применению временного внутреннего шунта при каротидных эндартерэктомиях.

Материалы и методы. С 2011 года при КЭАЭ мы проводим церебральную оксиметрию. Показанием к применению ВВШ и критерием интраоперационной ишемии головного мозга считалось снижение абсолютного значения степени насыщения гемоглобина кислородом (rSO2) ниже 50% или уменьшение rSO2 более чем на 25% от исходных значений (независимо от исходного уровня). Церебральная оксиметрия проведена у 263 больных. Толерантность головного мозга к ишемии в предоперационном периоде определялась с помощью пробы с пережатием общей сонной артерии (ОСА) примониторировании кровотока по средней мозговой артерии методом транскраниального дуплексного сканирования (ТКДС). Критериями критической толерантности головного мозга к ишемии считалось снижение скорости потока по СМА более чем на 75%, либо появление неврологической симптоматики при проведении пробы. Критерием низкой толерантности головного мозга к ишемии считалось снижение скорости потока по СМА более чем на 50%. Компрессионная проба Матаса была выполнена 206 (78,3%) б-х, а у 57 (21,7%) больных в связи с выявленными окклюзией одной из ВСА при наличии критического стеноза и/или эмбологенноопасной атеросклеротической бляшки от проведения пробы воздержались. У 13 (4,9%) больных выявлена низкая или критическая степень толерантности головного мозга к ишемии, что поставило вопрос о необходимости ВВШ ВСА.

Результаты. Полученные нами дооперационные ультразвуковые данные являлись показанием к ВВШ у 13(4,9%) больных. В интраоперационном периоде мы ориентировались на возникающие изменения rSO2. Так, значение rSO2 ниже 50% или его уменьшение более чем на 25% от исход-

ного уровня отмечено среди 8 (3,0%) больных которым проба Матаса не проводилась, а также 6 (2,2%) больных с низкой и критической степенью толерантности головного мозга к ишемии. Этим больным было выполнено ВВШ ВСА. Среди остальных 7 пациентов с низкой или критической толерантностью к пережатию сонных артерий по данным пробы Матаса значения rSO2 позволили не прибегать к ВВШ ВСА. В ближайшем послеоперационном периоде неврологических осложнений не наблюдалось.

Заключение. Церебральная оксиметрия является эффективной методикой для определения показаний к использованию временного внутрипросветного шунта при операции КЭАЭ. Учитывая риск развития осложнений при проведении компрессионной пробы Матаса от ее выполнения целесообразно воздержаться.

Список литературы

1. Ali F. AbuRahma, MD, Albeir Y. Mousa, MD, Patrick A. Stone, MD.Shunting during carotid endarterectomy. J Vasc Surg 2011;54:1502-09

2. Philip P. Goodney, MD, Donald S. Likosky, PhD,Jack L. Cronenwett, MD. Factors associated with stroke or death after carotid endarterectomy in Northern New England. J Vasc Surg 2008;48:1139-45

3. Гавриленко А.В., Караваев Б.И., Бондаренко А.В. и др. Церебральная оксиметрия и каротидная эндартерэктомия: контроль уровня оксигенации головного мозга в период оперативного вмешательства и оценка его эффективности. Ангиол и сосуд хир 2002;1:67-71.

4. Левичева Е.Н., Логинова И.Ю., Окунева Г.Н. и др. Клиническая значимость метода церебральной оксиметрии в оценке кислородного обеспечения головного мозга у кардиохирургических больных. Патол кровообр и кардиохир 2010;1:76-80.

5. Клинические рекомендации по ведению пациентов с сосудистой артериальной патологией (Российский согласительный документ). Часть. 3. Экстракраниальные (брахиоцефальные) артерии. – М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2012. – 130 с.

РОЛЬ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНО-МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФОУЗЛОВ ШЕИ

Т.В. Захаркина, Е.П. Куликов
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
zakharkina-rzn@yandex.ru

Диагностика первично-метастатического поражения лимфоузлов шеи имеет большое практическое значение, поскольку от своевременного выявления первичного очага зависит прогноз и успех лечения. Несомнен-

ный интерес представляет изучение эффективности различных методов диагностики в поиске первичного очага, в частности возможностей совмещенной позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии (ПЭТ-КТ).

Целью исследования является оценка эффективности ПЭТ-КТ в диагностике первично – метастатического поражения лимфоузлов шеи.

Материалы и методы. Было проведено ПЭТ-КТ исследование 68 пациентам с первично-метастатическим поражением лимфоузлов шеи. Все больные до проведения ПЭТ-КТ были тщательно обследованы и первичный очаг не был выявлен. Во всех случаях метастатическое поражение лимфоузлов шеи было подтверждено морфологически, при этом наиболее часто встречались метастазы плоскоклеточного рака различной степени дифференцировки (62%). Средний возраст больных составил 61 год. Среди включенных в иссследование преобладали мужчины – 79%. ПЭТ-КТ проводилась на базе «Межрегионального медицинского центра ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний» в Воронеже. Исследование осуществлялось по расширенному протоколу с построением реконструкций с толщиной среза 0,3 см в режиме «все тело».

Результаты и обсуждение. В результате ПЭТ-КТ у 38 больных (56%) было выявлено наличие специфической метаболической активности в различных органах и тканях, то есть предположительно выявлен первичный очаг. В основном первичный очаг локализовался в органах головы и шеи: у 16 человек в различных отделах ротоглотки, у 6 – в гортаноглотке, у 3 – в гортани, у 2 – в носоглотке. У остальных первичный очаг выявлен в легких, шейке матки и пищеводе. Все эти пациенты были дополнительно дообследованы. У 22 человек был подтвержден и гистологически верифицирован предполагаемый при ПЭТ-КТ первичный очаг. В 13 случаях при повторном дообследовании первичный очаг не подтвердился, то есть эти случаи расценены как ложноположительные. 3 пациента в силу различных причин (отягощенное общее состояние, отказ) не были дополнительно дообследованы, поэтому из дальнейшей оценки эффективности метода были исключены.

Ложноположительные результаты в основном обусловлены ошибочной интерпретацией воспалительных изменений, либо некоторой ассиметрией физиологического накопления радиофармпрепарата. В нашем исследовании наибольшее количество ложноположительных результатов выявлено в гортани, небных миндалинах и других отделах ротоглотки.

Ложноотрицательные результаты были получены у 3 больных. Первичный очаг в 2 случаях выявлен с помощью фиброларингоскопии – в носоглотке и корне языка и у 1 пациента на основании иммуногистохимического анализа установлен диагноз рака легкого. При этом соответствующего повышения метаболизма глюкозы в указанных очагах у них не наблюдалось, что скорее всего связано с отсутствием тропности радиофармпрепарата.

Таким образом чувствительность ПЭТ-КТ исследования в выявлении первичного очага составила 63%, а специфичность 55 %. Отдаленное метастазирование обнаружено у 22 больных (32%). Выявлено метастатическое пора-

жение легких, костей, головного мозга, печени, лимфатических узлов средостения. В 17% исследований дополнительной информации получено не было.

Выводы. ПЭТ-КТ проявляет однозначную эффективность в диагностике первично-метастатического поражения лимфоузлов шеи и позволяет выявить первичную опухоль у 22% полностью обследованных больных. Несмотря на невысокие показатели чувствительности и специфичности в выявлении первичного очага, более чем у 60% больных результаты ПЭТ-КТ повлияли на тактику их лечения. Таким образом считаем, что ПЭТ-КТ должна быть включена в алгоритм обследования данной категории больных.

Список литературы

1. Куликов Е.П., Захаркина Т.В,Чевардов Н.И., Черницын К.И., Редькин А.Н., Рыжих О.В. Совмещенная позитронно-эмиссионная и компьютерная томография в диагностике первично-метастатического поражения лимфоузлов шеи. Российский онкологический журнал. №4, 2015 с.6-8

2. Фролова О.С. Оптимизация диагностики и лечения скрытых первичных опухолей головы и шеи у больных с метастазами в регионарныхи лимфатических узлах. Автореф. дис. канд. мед. наук, С-П, 2013.

3. Dandekar MR, KannanS, Rangarajan Vetal. Utility of PET in unknown primary with cervical metastasis: A retrospective study. // Indian Journal of Cancer – 2011 – №48- 181-186

4. Fulop M., Kasler M. The role of PET-CT in detecting unknown primary tumor in patients with cervical lymph node metastases// Article in Hungarian.- Magy Oncol. – 2012.- Jun.- Vol. 56 – №2 – p. 84-92.

5. Miller E.R., Hussey D., Beeram M., et al. Positron emission tomography in the management of unknown primary head and neck carcinoma. // Arch. Otolaryngol. Head and neck Surg. – 2005 – №131 – 626-629

МИНИИНВАЗИВНАЯ КОРОНАРНАЯ ХИРУРГИЯ У БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Ларьков Р.Н., Сотников П.Г., Лазарев Р.А., Загаров С.С., Колесников Ю.Ю., Шилов Р.В., Вульф В.В.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского

lazarev-ru@mail.ru

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов ссочетанным поражением коронарных и сонных артерий.

Методы. В отделении хирургии сосудов и ИБС МОНИКИ был оперирован 81 пациент с сочетанным поражением коронарных и сонных артерий, 71 (87,7%) из них были мужчины, женщин было 10 (12,3%). Средний возраст составил 57,9±8,4 лет (от 36 до 74 лет). У 76 (93,2%) пациентов было атеро-

склеротическое окклюзирующее поражение сонных артерий, а у 5 (6,8%) пациентов была выявлена патологическая извитость внутренних сонных артерий. Стенокардия напряжения I-II ФК была у 27 (33,3%) пациентов, III ФК у 46 (56,8%) и IV ФК у 8 (9,8%) пациентов. Одномоментная операция на коронарных и сонных артериях была выполнена у 54 пациента. Предварительная коррекция мозгового кровотока была выполнена у 27 пациентов. Из них у 24 пациентов было атеросклеротическое поражение, а патологическая извитость сонных артерий была у 3 пациентов. Все пациенты этой группы имели стабильную стенокардию I-II ФК вызванную поражением одной или двух коронарных артерий. Вторым этапом, пациентам этой группы, через 14 дней была выполнена реваскуляризация миокарда (25 операций на работающем сердце, 2 в условиях искусственного кровообращения).

Результаты. Летальных исходов и инфарктов миокарда на госпитальном этапе не было. В ближайшем послеоперационном периоде неврологические осложнения в виде ишемических инсультов развились у 2 пациентов. Пациентам с гемодинамически значимым поражением сонных артерий и одно- или двухсосудистым поражением коронарных артерий и высоким коронарным резервом целесообразна поэтапная коррекция кровотока в каротидном и коронарном бассейнах. При многососудистом поражении коронарного русла, стенозе ствола левой коронарной артерии или нестабильной стенокардии оправдана одномоментная коррекция кровотока в обоих бассейнах.

Выводы. Одномоментная коррекция поражения сонных и коронарных артерий является эффективным и безопасным методом лечения у пациентов имеющих сочетанное поражение сонных и коронарных артерий, у которых поэтапная тактика хирургического лечения не оправдана. Выполнение коронарного этапа на работающем сердце является дополнительным фактором снижения интраоперационного риска развития неврологических осложнений.

К ВОПРОСУ О РАЗРАБОТКЕ ПОКАЗАНИЙ К ПРЕВЕНТИВНОЙ АЛЛОПЛАСТИКЕ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Лебедев С.Н., Федосеев А.В., Инютин А.С., Муравьев С.Ю.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
dguba_dze@mail.ru

Введение. Увеличение количества оперативных вмешательств на органах брюшной полости сопровождается значительным ростом больных с послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ). Частота развития ПОВГ варьирует по данным различных авторов от 2% до 28%. В настоящее время на первый план выходит не столько лечение, сколько профилактика данной патологии.

Цель исследования. Выделить ведущие состояния, приводящие к формированию ПОВГ и, исходя из этого, определить показания к превентивной аллопластике передней брюшной стенки.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ историй болезни 138 пациентов подвергнутых лапаротомии по поводу различной патологии в 2014-2015 гг. в БСМП г. Рязани и хирургическом отделении РОККД. Из них 102 пациента с абдоминальной патологией и 36 с заболеваниями аорты, подвздошных сосудов и сосудов нижних конечностей. Все пациенты прошли анкетирование, осмотр и УЗИ исследование тканей области послеоперационного рубца в сроки от 3 до12 месяцевс момента оперативного лечения.

Результаты. Частота развития ПОВГ составила 23,1%. Пациенты с абдоминальной патологией составили 102 чел. ПОВГ развились у 21 чел(20%). У пациентов с сосудистой патологией 36 чел. ПОВГ сформировались у 6 чел. (16%).

Больные с ранним восстановлением перистальтики (1-4 сут.) составили 52 чел. ПОВГ развились у 11 чел. (21%). В группе с поздним восстановлением перистальтики (5-11сут) 86 чел. ПОВГ развились у 20 чел. (23%). У пациентов с ИМТ от 17 до 23- 45 чел. ПОВГ развились у 6 чел- (13%). У пациентов с ИМТ более 23-93 чел. ПОВГ развились у 26 чел. (27.9%).

Среди всех пациентов с ПОВГ у 53% (17 чел.) установлен диагноз НДСТ. Пациенты без НДСТ составили 47% из всех больных с развившимися ПОВГ. У лиц без НДСТ ПОВГ развивались в 15% случаев. В то время как у лиц с НДСТ в 44,7% случаев. Таким образом, до половины ПОВГ развились у пациентов с установленным диагнозом НДСТ. Практически у каждого второго пациента с НДСТ подвергнутого лапаротомии сформировались ПОВГ.

Выводы. Из несколько факторов, способствующих послеоперационному грыжеобразованию,наиболее важными из них являются НДСТ и ожирение, так как у каждого второго больного с НДСТ лапаротомия заканчивается формированием ПОВГ. Для определения показаний для превентивного аллопротезирования передней брюшной стенки необходимо установленные диагноза НДСТ. С целью определения четких показаний к превентивному протезированию передней брюшной стенки необходимо дальнейшее изучения факторов грыжеобразования у НДСТ-отрицательных людей.

Список литературы

1. Воровский О.О. Морфологическая оценка взаимодействия композитной сетки с брюшиной при абдоминопластике / О.О. Воровский // «Наука молодых – Eruditio Juvenium». – 2013. -№4. – С.54-63.

2. Морфофункциональная характеристика белой линии живота с позиции герниолога / А.В. Федосеев [и др.] // «Наука молодых – Eruditio Juvenium». – 2015. – №4. – С.73-82.

3. Некоторые особенности белой линии живот, как предвестники послеоперационной грыжи / А.В. Федосеев [и др.] // Российский медико-

биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2016. – №1. – С.109-115.

4. Особенности предоперационного обследования грыженосителей / А.В. Федосеев [и др.] // «Наука молодых – Eruditio Juvenium». – 2014. – №1. – С.81-89.

5. Результаты функционально ориентированных операций в герниологии / В.В. Зацаринный [и др.] // «Наука молодых – Eruditio Juvenium». – 2013. – №3. – С.34-43

6. Функциональные механизмы белой линии живота и их роль в патогенезе вентральных грыж / А.В. Федосеев [и др.] // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2013. – №4. – С.154-161.

АРТРОСКОПИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Левохин Р.Р., Филимонова Л.Б.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
rus.levohin@yandex.ru

Симптомы заболеваний ВНЧС наблюдаются у 5-50% пациентов, обращающихся за стоматологической помощью. На долю дисфункций приходится 72-95% случаев. Дисфункция ВНЧС развивается вследствие действия окклюзионных, психогенных или травматических факторов, в конечном итоге приводит к дегенеративным изменениям в костных структурах сустава [1-7].

Цель исследования. Изучение потребности использования артроскопической техники для диагностики и лечения височно-нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы. Данные современных монографий, МРТ ВНЧС.

Результаты исследования. Артроскопия ВНЧС может быть проведена пациенту, как с диагностической, так и с лечебной целью. Показаниями является подавляющее большинство внутренних нарушений ВНЧС. В процессе проведения диагностической артроскопии процедура часто перерастает в лечебную, что дает преимущества методу.

Методика эндоскопического вмешательства. Артроскопии должна предшествовать предоперационная подготовка, включающая в себя ортопедическое и медикаментозное лечение, а после эндохирургического вмешательства на суставе пациент должен получать адекватную реабилитационную терапию.

Эндохирургическое вмешательство на суставе.

Осуществляя движения нижней челюсти, наблюдают за передвижением мыщелка, одновременно пальпируя его латеральный полюс. На кожу наносят разметку будущих разрезов и мест проникновения в сустав.

Этапы исследования:

1) фаза поперечного исследования используется для оценки суставной ямки и тканей, находящихся под ней (заднее и срединное поля верхнего суставного пространства);

2) фаза продольного исследования – оценка тканей переднего поля, лежащего впереди верхушки суставного бугорка;

3) фаза динамического поперечного исследования – позволяет проследить процесс наполнения поверхностных сосудов задисковой ткани и ее деформацию при действии нагрузки во время движений нижней челюсти.

Выводы. Диагностическая артроскопия способна дать информацию недоступную иным диагностическим средствам, а среди оперативных методов лечения артроскопический является наименее травматичным, и потенциал этого направления еще далеко не исчерпан.

Список литературы

1. Коротких Н.Г. Артроскопия ВНЧС, монография – Воронеж: ВГУ.,2007.-88с.

2. А.Г. Шаргородский "Повреждения мягких тканей и костей лица". А.Г. /Шаргородский, Н.М. Стефанцев.- Москва.: ВУНМЦ , 2000 г – 240с.

3. Арутюнов С.Д., Хватов И.Л., Арутюнов Д.С., Набиев Н.В., Тутуров Н.С. Диагностика дисфункций височно-нижнечелюстного сустава на основе графической регистрации движений нижней челюсти // Стоматология-2003.- №1 (Том 82).-С. 27-33.

4. Баданин В. В., Хватова В. А., Островцев И. В. Методика компьютерно-томографического исследования височно-нижнечелюстного сустава // Медицинская радиология и радиационная безопасность. 1996. – № 4. – С. 51-54.

5. Потапов В. П. Системный подход к обоснованию новых методов диагностики и комплексному лечению больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава при нарушении окклюзии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В. П. Потапов. – Самара: СГМУ, 2010. – 44 с.

6. Филимонова Л.Б., Кулаева Е.С. Перфорация дна верхнечелюстной пазухи (клинический случай)// Наука молодых – Eruditio Juvenium. 2015. № 3. С. 69-72.

7. Пешков М.В., Гуревич К.Г. Социальная характеристика и качество жизни пациентов, обращающихся за стоматологической хирургической помощью // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова, 2016, №1, С. 123-129.

ДОЛЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В СИСТЕМЕ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ИМПЛАНТИРУЕМЫМИ ЭЛЕКТРОННЫМИ УСТРОЙСТВАМИ

Мжаванадзе Н.Д., Поваров В.О.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
nina_mzhavanadze@mail.ru

Введение. По данным разных авторов от 13 до 64% имплантаций сердечно-сосудистых электронных устройств приводят к тромбозам в системе верхней полой вены (ВПВ), и лишь 1-3% из них проявляются клинически. Среди больных, у кого развились венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) встречается у 15-50%, часто имеет стертый и неспецифический характер, а в 15% случаев протекает бессимптомно [1-5]. Не смотря на то что тромбозы в системе ВПВ являются преимущественно окклюзионными и носят нисходящий характер в связи с анатомическими особенностями строения остиального клапана подключичной вены, данная проблема является актуальной, так как число имплантаций электрокардиостимуляторов и кардиовертеров-дефибрилляторов растет с каждым годом [1, 6-7]. Помимо возможного развития ТЭЛА, ВТЭО в системе ВПВ способны вызывать трудности при повторных вмешательствах и будущих заменах сердечно-сосудистых имплантируемых электронных устройств. В данной работе представлена доля ВТЭО в системе ВПВ у пациентов с сердечно-сосудистыми имплантируемыми электронными устройствами за 2013-2015 гг. по Рязанской области.

Цель исследования. Оценить количество венозных тромбоэмболических осложнений в системе верхней полой вены у пациентов с сердечно-сосудистыми имплантируемыми электронными устройствами за 2013 – 2015 гг. по Рязанской области.

Материалы и методы. Для получения необходимых данных был проведен анализ отчетов по оперативным вмешательствам отделения хирургического лечения нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции в период с 2013 по 2015 гг., а также анализ стационарных и амбулаторных карт пациентов, находящихся на диспансерном учете после оперативного лечения с привлечением сердечно-сосудистых электронных устройств. В исследование были включены данные 954 пациентов. Обработка данных производилась путем расчета экстенсивных показателей.

Результаты. За период с 2013 по 2015 гг. произведено 1024 оперативных вмешательства, из них 779 (76.1%) первичных имплантаций электрокардиостимулятора эндокардиальным способом, 154 (15.0%) замены электрокардиостимулятора, 3 (0.3%) удаления системы электрокардиости-

мулятор-электрод, 27 (2.6%) репозиций электрода, 6 (0.6%) замен ложа электрокардиостимулятора, 5 (0,5%) ревизий системы электрокардиостимулятор-электрод, 18 (1.8%) замен электродов, 3 (0.3%) имплантации электрода и 24 (2.8%) прочих оперативных вмешательства. После имплантации сердечно-сосудистых электронных устройств было отмечено 40 (3.9%) хирургических осложнений, таких как дислокация электрода – 30 (75.0% хирургических осложнений, 2.9 % от всех оперативных вмешательств), нагноение ложа элетрокардиостимулятора – 6 (15.0%, 0.6%), ВТЭО в системе верхней полой вены – 3 (7.5%, 0.3%), пневмоторакс – 1 (2.5%, 0.1%). Послеоперационная летальность составила 5 (0.5%) случаев. Непосредственно ТЭЛА вследствие тромбоза подключичной вены развилась лишь у 1 иммунокомпрометированного пациента с инфицированием и нагноением ложа ЭКС через 6 месяцев после первичной имплантации постоянного электрокардиостимулятора. Количество развившихся ВТЭО не имело четкой корреляции с видом проводимой антитромботической терапии.

Заключение. Доля клинически манифестирующих венозных тромбоэмболических осложнений в системе верхней полой вены у пациентов с сердечно-сосудистыми имплантированными электронными устройствами за 2013 – 2015 гг. составила 7.5% от всех хирургических осложнений и 0.3% от всех хирургических вмешательств. Особое внимание в отношении развития венозных тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде заслуживают пациенты с отягощенным соматическим анамнезом и инфекционными осложнениями после оперативного лечения.

Список литературы

1. Сердюков Д.А., Егоров Д.Ф., Медведева Е.В., Юдина О.В. Распространенность тромбоэмболии легочной артерии у пациентов с имплантированными электрокардиостимуляторами. // Конф. Кардиостим. СПб, 14-16 февраля 2008.

2. Оценка эффективности и безопасности различных вариантов антикоагулянтной терапии при венозных тромбозах / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.С. Пшенников, А.Б. Агапов // Новости хирургии. 2015. Т. 23. № 4. С. 416-423.

3. Сучков И.А., Швальб П.Г. К вопросу о лечении тромбозов глубоких вен нижних конечностей // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2006. № 3. С. 19-23.

4. Агапов А.Б., Сучков И.А., Рябков А.Н. Прямые пероральные антикоагулянты в лечении пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей // Наука молодых (Eruditio Juvenium) – 2016. – №2. – С. 147– 157.

5. Van Rooden C.J., Tesselaar M.E., Osanto S. et al. Deep venous thrombosis associated with central venous catheters – a review // J. of Thrombosis and Haemostasis. – 2005. Vol. 3, Issue 11: Page 2409.

6. Эмболоопасность острого восходящего тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей / Р.Е. Калинин, М.В. Нарижный, И.А.

Сучков // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2011. № 2. С. 19.

7. Porath A, Avnun L, Hirsch M, Ovsyshcher I., Rightatrial thrombus and recurrent pulmonary emboli secondary to permanent cardiac pacing – a case report and short review of literature //Angiology. 1987; 38(8): 627-30.

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ЖИВОТА

Муравьев С.Ю., Федосеев А.В., Инютин А.С.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
muravievsu@mail.ru

Введение. Часто при выборе методики протезирования брюшной стенки хирурги не учитывают отдаленные результаты лечения больных с вентральными грыжами. Притом, что неадекватно выбранный способ лечения может привести к ухудшению качества жизни в отдаленном будущем.

Цель исследования. Выявить особенности отдаленного послеоперационного периода у больных с вентральной срединной грыжей.

Материалы и методы. В 2013 году обследованы 88 больных оперированных по поводу вентральной срединной грыжи. Спустя 3 года после лечения ответы получены от 30 (34,1%) человек. В остальных случаях пациенты отказывались предоставить данные или были недоступны.

Результаты. Средний возраст был равен 60 годам. По классификации Жебровского В.В. малая грыжа была в 40 (45,5%) случаях, средняя – в 38 (43%), большая – в 10 (11,5%). Размер грыжевых ворот диаметром до 5 см был в 57 (64,8%) случаев, в пределах 5-10 см – в 24 (27,3%), 10-15 см – 4 (4,5%), более 15 см – в 3 (3,4%). При послеоперационной грыже пластика местными тканями выполнялась у 3 (5,8%) больных, sublay – у 29 (56,9%), onlay – у 12 (23,5%), комбинированным способом – у 7 (13,7%). У больных с пупочной грыжейв 13 (35,1%) случаях выполнялась пластика по Мейо, в – 2 (5,4%) по Сапежко, а в 22 (59,5%) – устанавливался сетчатый имплантат.

Из 30 респондентов операцией остались довольны 29 (96,7%) человек. Боль в области рубца присутствовала у 3 (10%) людей: в 2 (6,7%) – после эндопротезирования (onlay, комбинированная), в 1 (3,3%) – после пластики по Мейо. Дискомфорт/чувство инородного тела отметили 2 (6,7%) человека, которым установили эндопротез (onlay, комбинированная). Интересно то, что из 5 (16,6%) человек с жалобами в 4 (13,3%) случаях грыжевой дефект был средних размеров, а в 1 (3,3%) – малый. При этом жалобы больных беспокоят в течение всего послеоперационного периода. Большую физическую нагрузку позволяют только 4 (13,3%) человека, а 26

(86,7%) – вынуждены себя ограничивать. Бандаж носят 8 (26,7%) человек. При этом на активный отдых решились только 2 (6,7%) человека. Рецидив грыжи возник у 2 (6,7%) человек: у 1-го спустя 0,5 года после пластики по Мейо, у 1-го – спустя 2,5 года после методики onlay.

Выводы. У больных с вентральной грыжей протезирование по методике sublay является более адекватным, чем другие способы, поскольку они вызывают послеоперационную боль, дискомфорт в области рубца и рецидив грыжеобразования. Только протезирование брюшной стенки не приводит к полноценному восстановлению образа жизни человека, поскольку 86,7% пациентов вынуждены себя ограничивать, 26,7% – носить бандаж, а на активный отдых решается только 6,7% людей.

Список литературы

1. Взаимодействие имплантированной композитной сетки с брюшиной при абдоминопластике / О.О. Воровский // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2013. – №3. – С. 118-123.

2. Ерхова Л.Н. Особенности функционального состояния нервной системы у пациентов с хроническим болевым синдромом / Л.Н. Ерхова, В.А. Жаднов // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2016. – №1. – С.76-82.

3. Использование сетчатого протеза в хирургическом лечении грыжи области почечного трансплантата – отдаленный результат (клиническое наблюдение) / Е.Л. Калмыков // «Наука молодых – Eruditio Juvenium». – 2016. – №2. – С.94-98.

4. Малков И.И. Динамика состояния тканей передней брюшной стенки после эксперимен- тальной аллопластики / И.И. Малков, И.В. Твердохлеб // «Наука молодых – Eruditio Juvenium». – 2014. – №1. – С.19-26.

5. Результаты функционально ориентированных операций в герниологии / В.В. Зацаринный [и др.] // «Наука молодых – Eruditio Juvenium». – 2013. – №3. – С.34-43.

6. Современные технологии лечения пациентов с пупочной грыжей / С.Ю.Муравьев [и др.] // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2014. – №1. – С. 132-136.

7. Тарасенко С.В. Оккультные грыжи – преимущество лапароскопической герниопластики (TAPP) / С.В. Тарасенко, О.В. Зайцев, Ш.И. Ахмедов // «Наука молодых – Eruditio Juvenium». – 2015. -№4. – С.70-73.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ И ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Небылицин Ю.С., Кондратьева В.И.
Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет

Введение. Варикозная болезнь (ВБ) является самой распространённой сосудистой патологией и встречается у 25 % населения экономически развитых стран. Экономическое значение хронической венозной недостаточности показывает, что в странах Европейского сообщества на ее лечение расходуется от 1,5 до 3% бюджета здравоохранения [1-3]. В последние годы все шире внедряются современные технологии: эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК), радиочастотная аблация (РЧА), эхо-склеротерапия в лечении пациентов с ВБ, в том числе и в амбулаторных условиях [4].

Цель исследования. Провести сравнительный анализ применения эндовенозной лазерной коагуляции и радиочастотной аблации у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей.

Материалы и методы. В исследование включено 84 пациента (мужчин − 59, женщин − 25) с ВБ, которые находились на лечении в УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» в период 2015−2016 гг.Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от выбранной тактики лечения. Группу 1 составили 54 пациентов, которым применялась ЭВЛК. В группу 2 вошли 30 пациентов, которым была выполнена РЧА.

Результаты. Устранение вертикального венозного рефлюкса в поверхностной венозной системе способствовало уменьшению увсех пациентов клинических проявлений ВБ в виде отека, болей, судорог. Пациенты, оперированные с применением современных методов лечения, выписывались в большинстве случае в день операции или в первые двое суток в раннем послеоперационном периоде.

При проведении с применением указанных методов лечения в раннем послеоперационном периоде наблюдались малые осложнения: парестезии, отек, гематома в месте пункции, инфильтрат, гиперемия по ходу вены. Зарегистрированные осложнения не влияли на сроки временной нетрудоспособности, реабилитации и не требовали дополнительных назначений. В отдаленном послеоперационном периоде частота осложнений после ЭВЛК и РЧА была сопоставима, а анализ пока небольшого количество проведения оперативных вмешательств не показал предпочтение какого-нибудь из предложенных методов.

Заключение. Опыт использования эндовенозной лазерной коагуляции и радиочастотной аблации при варикозной болезни нижних конечностей показывает их высокую эффективность, безопасность и переносимость. Данные методы представляются альтернативой традиционному лечению.

Список литературы

1. Калинин Р.Е. Возможности фармакотерапии хронической венозной недостаточности препаратами диосмина с позиции функционального состояния эндотелия / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.С. Пшенников, Н.Д. Мжаванадзе // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2015. – Т.21. – №3. – С. 91-96.

2. Косенков А.Н. Основные принципы лечения больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей с трофическими, нарушениями / А. Н. Косенков, Б. А. Мизаушев, И.А. Царенко, А.Д. Асланов, А.В. Жариков // Хирургия. 2005. – №6. – С. 68-71.

3. Dix F.P. Effect of superficial venous surgery on venous function in chronic venous insufficiency Text. / F.P. Dix, A. Picton, C.N. McCollum // Ann. Vase. Surg. – 2005. – Vol. 19, № 5. – P. 678-685.

4. Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins / L. H. Rasmussen [et al.] // Br J Surg. – 2011 Aug. – Vol. 98, № 8. – P. 1079-87.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Петрова Д.А., Федосеев А.В., Муравьев С.Ю., Зацаринный В.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
dariaandre96@gmail.com

Введение. Эпидемиологические исследования внутристационарной инфекции показывают, что имеется потребность в коррекции и совершенствовании антибиотикотерапии и антибиотикопрпрофилактики, как хирургической инфекции стационарных больных, так и проходящих лечение в амбулаторных условиях.

Цель исследования. Изучить географию микрофлоры и ее резистентность к антибиотикам при различных хирургических заболеваниях.

Материал и методы. Материал исследования – раневое отделяемое и содержимое брюшной полости у 105 пациентов БСМП г.Рязани. Больные с инфекцией мягких тканей составили 59% (62 чел.): абсцесс конечности – 25 (40,3%) чел., флегмона конечности – 19 (30,6) чел., синдром диабетической стопы – 11 (17,7%), остеомиелит 7 (11,4%) чел. Больные с абдоми-

нальной патологией – 41% (43 чел.): при о. аппендиците 15 (34,9%), о. панкреатите – 6 (14%), о. холецистите – 9 (20,9%), при о. энтероколите – 4 (9,3%), кишечная непроходимость – 9 (20,9%). Таким образом, с первичным очагом внекишечной инфекции было 77 (73,3%) человек, а с первичной патологией кишечника было 28 (26,7%) человек.

Результаты. В группе больных с первичной патологией кишечника Гр-пал. высевались в 19 (67,9%) сл., что не превышает их частоту у больных с внекишечной патологией – 32 (41,6%) (t_{ct}=0,473, p>0,05).

При этом у 25% Гр+кок. выявлена резистентность к максифлоксацину, тетрациклину и ципрофлоксацину-42-46%, клиндамицину и эритромицину-50%. В тоже время у 100% Гр+кок. отмечена чувствительность к линезолиду, ванкомицину и ко-тримаксозолу, у 75%-к максифлоксацину, у 54-58%-к ципрофлоксацину и тетрациклину. Гр-палочки оказались резистентны в 14-25% к амикацину и ципрофлоксацину, в 33-44% к котримоксазолу, моксифлоксацину, цефокситину, хлорамфениколу, в 45-50% к тетрациклину и налидиксовой к-те. Но Гр-палочки были чувствительны в 50-56% к налидиксовой к-те, тетрациклину, хлорамфениколу, в 60-67% к моксифлоксацину,цефокситину, ко-тримоксазолу, в 75-86% ципрофлоксацину, амикацину, в 100% к имипенему иванкомицину.

Выводы. Частотавысевания микробов из инфекционного очага, естественной средой обитания которых является кишечник, у пациентов без первичной патологии кишечника составляет 41,6%. При ургентной хирургической патологии частота обнаружения Гр-микрофлоры не зависит от первичного очага поражения. Условно-патогенные микроорганизмы становятся резистентными к антибиотикам первой линии, что требует коррекции тактики лечения больных с хирургической инфекцией.

Список литературы

1. Антибиотикорезистентность возбудителей госпитальных инфекций в отделении реанимации / О.Н. Воробьева [и др.] Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2009 г. – №4. – С. 17-20.

2. Данилова Е.С. Внутрибольничные инфекции медицинских работников лечебно-профилактических организаций / Е.С.Данилова // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2013 г. – №1. -С. 141-148.

3. Микробный пейзаж гнойно- некротических ран на фоне сахарного диабета / М.М. Медведева [и др.] // «Наука молодых – Eruditio Juvenium».- 2013. – №2. – С.59-65.

4. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей. Российские национальные рекомендации / Под ред. Савельева В.С.// ООО «Компания БОРГЕС», 2009г. – С.92

5. Цитомегаловирусная и бактериальная инфекция у доноров и реципиентов при трансплантации почек / Б.С. Пиров [и др.] // Российский

медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2015 г. – №4. – С. 17-20.

БИОХИМИЧЕСКИЙ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОСТИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Пшенников А.С., Абаленихина Ю.В., Камаев А.А.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Pshennikov1610@rambler.ru

Введение. Механизм адаптации тканей к ишемии при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей сложный, многокомпонентный, включающий клеточный (тканный) путь, формирование коллатерального русла (неоангиогенез), во многом зависит от функционального состояния эндотелия сосудов и выраженности эндотелиальной дисфункции, а так же от степени ишемии [1-3]. Своеобразный механизм «клеточной» защиты к ишемии и реперфузии, возможно, можно представить через молекулярные механизмы эндогенных ангиопротекторов стресс-лимитирующей системы NO-стресс-белки HSP70, а систему VEGF – рассмотреть как вариант долгосрочной адаптации к ишемии [4-5]. Сопряженное изучение всех этих процессов раскроет новый взгляд на адаптационные резервы при острой и хронической артериальной недостаточности и постоперационной реперфузии. Феномен "no-reflow" мало изучен в реконструктивной хирургии артерий нижних конечностей, однако клинически достоверно, что он становиться причиной неудач в 30-40% ургентных реперфузий [6, 7].

Цель исследования. Изучить глубину окислительного стресса и морфологию сосудистой стенки во время постишемического синдрома в эксперименте.

Материалы и методы. Исследование выполнено на лабораторных животных (крысах линии Wistar) в соответствии с этическими нормами, изложенными в «Конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей» (Страсбург, 1986) и МЗРФ №267 от 19.06.2003 г. Создание модели реперфузии путем пережатия брюшного отдела аортыс последующим кондиционированием. Определение активности лизосомальных цистеиновых протеиназ изучалась спектрофлуориметрическим методом по Barrett&Kirschke, уровень окислительно-модифицированных белков определение по R.L. Levine в модификации Е.Е. Дубининой, в плазме,гомогенатах стенки сосудов иинтактной стенке, выделенная дистальнее операционного вмешательства.Морфологическое исследование проводили с помощью микроскопа Leica DMI 4000 B с видеозахватом камерой Leica. Трансмиссионная элек-

тронная микроскопия проведена на “Libra 120” с автоматическим сканированием изображений (“CarlZeiss”, Германия).Статистический анализ результатов исследования проведен согласно руководству по медицинской статистике с применением современных методов виртуального математического анализа, а именно, с использованием программы «Statistica 10.0». Для оценки статистической значимости различий независимых выборок использовали критерий Манна-Уитни (U-тест).

Результаты. В модели реперфузии наблюдалось развитие окислительного стресса на 3 и 5 сутки в сосуде, и на 5 в плазме. В сосуде уровень окислительно-модифицированных белков составил 5,13[1,8; 7,8] для контрольной группы, на 3 сутки – 45,63 [21,3; 64,1], на 7 сутки – 43,67 [28,1; 52,7].В плазме данный показатель в модели реперфузии составил 2,23 [1,50; 4,97] для контрольной группы, а на 5 сутки – 3,93 [2,11; 6,37].

Активность лизосомальных цистеиновых протеиназ (катепсины) B, L в группе реперфузии статистически значимо возрастает к 3 и 5 суткам 1,8 [0,45; 1,93] и 2,31 [1,12; 2,79], и 0,87 [0,39; 1,89], 1,47 [0,95; 2,94] соответственно, что подчеркивает степень необратимого окисления. Значение доли вторичных маркеров окислительного стресса в стенке артерии значимо превышал первичные на 3 сутки 68,22,31 [61,4; 72,9], и 31,8 [25,6; 35,7].

При исследовании ультраструктуры сосудистой стенки в группе ишемия-реперфузия обнаружены адаптивные и патологические изменения эндотелиальных клеток. К адаптивно-компенсаторным процессам относились набухание и деструкция отдельных митохондрий, увеличение ядерной поверхности эндотелиоцитов. Патологические изменение эндотелиоцитов проявлялись отеком и гипертрофией эндотелиальных клеток, деструкцией митохондрий, расширением и отеком перикапиллярного пространства, что является морфологическим эквивалентом функциональных (обратимых) изменений окружающих тканей. Нарушения ультраструктуры кровеносных сосудов состоит в повреждении эндотелиальных клеток, отеке перикапиллярного пространства, разрыхлении и нарушении целостности базальной мембраны кровеносных капилляров. Эти изменения сопровождаютсяувеличением количества сладжированных тромбоцитов и эритроцитов с явлениями гемолиза, усилением проницаемости форменных элементов крови в перикапиллярное пространство, формированием микротромбов. Все это свидетельствует о значительном нарушении микрогемодинамики в тканях при реперфузии.

Выводы

1. Окислительный стресс при реперфузии ткани является самостоятельным процессом, а не последствием периода ишемического повреждения.

2. Преобладание вторичных маркеров окислительного стресса приводит к повреждению мембран, а следовательно, резко ухудшается работа клеток.

3. Специфичность одномоментного появления адаптивных и патоло-

гических изменения эндотелиальных клеток в реперфузионном периоде говорит о сложности патологических процессов.

Список литературы

1. Динамика некоторых биохимических показателей у больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей в различные сроки после реконструктивных операций / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.А. Никифоров, А.С. Пшенников // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П.Павлова. – 2012. – №1. – с.41-44.

2. Медикаментозная коррекция функционального состояния эндотелия у пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.С. Пшенников, А.А. Никифоров // Казанский медицинский журнал. – 2013. – Том 94. -№2. – С.181-185.

3. Эндотелиальная дисфункция и способы её коррекции при облитерирующем атеросклерозе / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.С. Пшенников, ГЕОТАР-МЕДИА, Москва, 2014, с.151.

4. Mutual exclusion of apoptosis and hsp70 in human vein intimal hyperplasia in vitro / F. Alcocer [et al.] // J Surg Res. – 2001 Mar. – Vol. 96, N 1. – P. 75–80.

5. Калинин Р.Е., Абросимов В.Н., Сучков И.А., Буршинов О.А., Пшенников А.С., Жукова Л.А. и др. Ишемические болезни в практике семейного врача. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. 208 с.

6. Реперфузионное повреждение тканей в хирургии артерий нижних конечностей / Р.Е.Калинин, А.С.Пшенников, И.А.Сучков // Новости хирургии. 2015. Т. 23. № 3. С. 348-352.

7. Regulation of angiogenesis by oxygen and metabolism / P. Fraisl [at al.] // Dev Cell. – 2009 Feb. – Vol. 16, N 2. – P. 167–79.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ МОДЕЛЯХ ИШЕМИЧЕСКОГО И РЕПЕРФУЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ

Пшенников А.С., Абаленихина Ю.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Pshennikov1610@rambler.ru

Введение. Реперфузия ткани, находящейся ранее в состоянии ишемии, хотя и является необходимой для предотвращения необратимых повреждений, вызывает ответную реакцию в микрососудах, которая очень сходна с процессом воспаления, то есть она приводит к повышению продукции активных форм кислорода и медиаторов воспаления, усилению адгезии лейкоцитов и тромбоцитов к эндотелию сосудов и увеличению проницаемости ка-

пилляров [1-4]. Эти ответные реакции сосудов в сочетании с повреждением эндотелиальных клеток приводят к развитию реперфузионного повреждения, которое может вызывать не только функциональную перестройку тканей, но и их гибель, вплоть до развития феномена "no-reflow" [5-6].

Цель исследования. Изучить и сравнить глубину окислительного стресса во времястадий ишемии и реперфузиив эксперименте.

Материалы и методы. Исследование выполнено на лабораторных животных (крысах линии Wistar) в соответствии с этическими нормами, изложенными в «Конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей» (Страсбург, 1986) и МЗРФ №267 от 19.06.2003 г. Создание модели реперфузии путем пережатия брюшного отдела аортыс последующим кондиционированием [7]. Определение активности лизосомальных цистеиновых протеиназ изучалась спектрофлуориметрическим методом по Barrett&Kirschke, уровень окислительно-модифицированных белков определение по R.L. Levine в модификации Е.Е. Дубининой, в плазме,гомогенатах стенки сосудов иинтактной стенке, выделенная дистальнее операционного вмешательства. Статистический анализ результатов исследования проведен согласно руководству по медицинской статистике с применением современных методов виртуального математического анализа, а именно, с использованием программы «Statistica 10.0». Для оценки статистической значимости различий независимых выборок использовали критерий Манна-Уитни (U-тест).

Результаты. Спектр поглощения продуктов окислительной модификации белков артериальной стенки свидетельствует о развитии окислительного стресса на 3 и 5 сутки при ишемии и 3,5 и 7 сутки при ишемии-реперфузии 18,01 [11,94; 26,38], 86,80 [63,11; 95,34] и 8,4 [5,1; 8,3], 45,63 [21,3; 64,1], 43,67 [28,1; 52,7].

Установленная динамика интенсивности окислительного стресса в условиях ишемии может быть последствием гипоксии. Под влиянием гипоксии создаются условия для дополнительной генерации радикальных продуктов, повышается интенсивность окислительной деструкции белков, что в итоге может приводить к нарушению структуры и функции клеточных мембран и клеток в целом. Продукция активных форм кислорода является важным звеном в развитии патологии на фоне окислительного стресса. При ишемии-реперфузии активация свободно-радикальных процессов стимулируется напряжением кислорода.

С целью оценки тяжести окислительного стресса определяли долю первичных и вторичных маркеров. Из приведенных результатов следует, что при ишемии окислительный стресс не переходит в позднюю стадию, а значит удаление продуктов окисления будет активно происходить. При ишемии – реперфузии происходит усугубление окислительного стресса, о чем свидетельствует преобладание вторичных маркеров над первичными в 1 и 7 сутки: 74,5 [70,9; 85,9], 25,5 [21,2; 37,4] и 87,6 [75,8; 90,9], 12,4 [10,3; 15,8] соответственно.

Вывод

1. Окислительный стресс при реперфузии ткани является самостоятельным процессом, а не последствием периода ишемического повреждения, что подтверждает преобладание вторичных маркеров окислительного стресса.
2. При ишемии развитие окислительного стресса к 3 и 5 суткам обусловлено гипоксией, при этом первичные маркеры преобладают над вторичными, что свидетельствует об обратимости окислительного повреждения.

Список литературы

1. Динамика некоторых биохимических показателей у больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей в различные сроки после реконструктивных операций / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.А. Никифоров, А.С. Пшенников // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П.Павлова. – 2012. – №1. – с.41-44.
2. Калинин Р.Е., Абросимов В.Н., Сучков И.А., Буршинов О.А., Пшенников А.С., Жукова Л.А. и др. Ишемические болезни в практике семейного врача. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. 208 с.
3. Медикаментозная коррекция функционального состояния эндотелия у пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.С. Пшенников, А.А. Никифоров // Казанский медицинский журнал. – 2013. – Т. 94, №2. – С.181-185.
4. Эндотелиальная дисфункция и способы её коррекции при облитерирующем атеросклерозе / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.С. Пшенников, ГЕОТАР-МЕДИА, Москва, 2014, с.151.
5. Mutual exclusion of apoptosis and hsp70 in human vein intimal hyperplasia in vitro / F. Alcocer [et al.] // J Surg Res. – 2001 Mar. – Vol. 96, №1. – P. 75-80.
6. Реперфузионное повреждение тканей в хирургии артерий нижних конечностей / Р.Е.Калинин, А.С.Пшенников, И.А.Сучков // Новости хирургии. 2015. Т. 23. № 3. С. 348-352.
7. Профилактика рестеноза в реконструктивной хирургии магистральных артерий / И.А. Сучков, А.С. Пшенников, А.А. Герасимов А.Б. Агапов, А.А. Камаев // Наука молодых (EruditioJuvenium). – 2013. – №2. – С. 12-19.

ВОЗМОЖНОСТИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Пшенников Д.С.[1], Анготоева И.Б.[2]
ГБУ РО «КБ имени Н.А. Семашко» (1),
Российская медицинская академия последипломного образования (2)
pshennikovd@mail.ru

Введение. Проблема лечения пациентов, страдающих острым бактериальным риносинуситом (ОБРС), не теряет актуальности в современной

оториноларингологии. Заболеваемость острым риносинуситом (ОРС)по данным EPOSсоставляет от 6 до 15% во всех группах населения. В России ОБРС является одной из наиболее частых причин назначения системной антибактериальной терапии в амбулаторной практике, что отрицательно сказывается на развитии антибиотикорезистентности. Это обуславливает необходимость разработки новых методов лечения ОРС.

Цель исследования. Улучшить результаты амбулаторной терапии ОБРС, не связанной с применением системных антибактериальных препаратов.

Материалы и методы. Во время исследования амбулаторных больных острым бактериальным риносинуситом разделили на две группы: первая (30 пациентов) контрольная группа пациентов получала стандартную терапию амоксициллином с клавулановой кислотой 875+125 мг соответственно 2 раза в день перорально в течение 7 дней; вторая группа (30 пациентов) получала ингаляционную терапию на аппарате Пари Синус с пульсирующей подачей комбинированного препарата дексаметазон + неомицин + полимиксин + фенилэфрин, 5 ингаляций в течение недели (экспозиция 6 мин, по 3 мин на каждую половину носа, использовалось 3 мл препарата на одну процедуру). В исследование были включены больные острым бактериальным риносинуситом средней степени тяжести, определяемой по 10-бальнойВАШ (4-7 баллов), сопоставимые по гендерному типу, возрасту и полу. Результаты лечения оценивались пациентами по шкале E.Hultcrantz (исследовались основные симптомы риносинусита). Врач объективно исследовал носовые функции при помощи передней активной риномонометрии, мукоцилиарного клиренса в сахариновом тесте, а также эндоскопического исследования полости носа до и после лечения. Все исследования проводились дважды, до и через неделю после лечения.

Результаты. В результате исследования получили сопоставимые данные у двух групп пациентов, значительное улучшение состояния больных по всем основным критериям.

Заключение. Результаты исследования позволяют сделать вывод о хороших перспективах ингаляционной терапии острого риносинусита с пульсирующей подачей комбинированного препарата дексаметазон + неомицин + полимиксин + фенилэфрин, так как на сегодняшний день местное применение препаратов при отсутствии системных побочных эффектов выглядит гораздо предпочтительнее системной антибактериальной терапии.

Список литературы

1. Лопатин А.С. Антибиотикотерапия острых воспалительных заболеваний околоносовых пазух // Consilium medicum. 2003. Т. 05. № 4. С. 1-8.

2. Носуля Е.В. Антибиотики в комплексной терапии бактериального риносинусита: возможности и ограничения // Российская ринология. 2014; 22(3): 36-40.

3. Туровский А.Б., Карюк Ю.А., Кондрашина В.В. Антибактериальная терапия инфекций ЛОР-органов // Клиницист. 2013. № 3-4. С. 98-103.

4. Benninger MS, Ahmad N, Marple BF. The safety of intranasal steroids. Otolaryngol Head Neck Surg. 2003; 129:739-750.

5. Fokkens W.J. [et al.]. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps // Rhinilogy. – 2012. – Vol. 50, Suppl. 23. – P. 1-298.

ВОЗМОЖНОСТИ БЕЗОПАСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГДЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ИНТРАНАЗАЛЬНОЙ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Пшенников Д.С.[1], Анготоева И.Б.[2]
ГБУ РО «КБ имени Н.А. Семашко» (1)
Российская медицинская академия последипломного образования (2)
pshennikovd@mail.ru

Введение. На сегодняшний день во всем мире отмечен существенный рост числа заболеваний носа и околоносовых пазух. В общей структуре ЛОР патологии их поражение прочно заняло ведущие позиции в амбулаториях и стационарах. Это обуславливает актуальность внедрения новых методов малоинвазивного лечения заболеваний носа и околоносовых пазух. Глюкокортикостероиды одни из наиболее эффективных препаратов в лечении ринопатологии. Однако интраназальные кортикостероиды не попадают в околоносовые пазухи, тогда как системные препараты имеют серьезные побочные эффекты.Особый интерес представляют способы лечения ринопатологии с доставкой лекарственного препарата непосредственно в околоносовые пазухи.

Цель исследования. Оценить вероятность системного действия глюкокортикостероидовпри интраназальном ингаляционном применении.

Материалы и методы. На группе здоровых волонтеров (30 человек, 18 женщин, 12 мужчин) исследовалась безопасность ингаляционного применения дексаметазона, доставка которого в полость носа и околоносовые пазухи осуществлялась с помощью компрессорного ингалятора и небулайзера PARI SINUS (производство Германия). Каждому исследуемому ежедневно в течение 5 дней проводилась ингаляция (экспозиция 6 минут, по 3 минуты на каждую половину носа) с дексаметазоном (1мл дексаметазона + 3 мл физиологического раствора) на аппарате PARI SINUS с пульсирующей подачей препарата. На следующий день после последней ингаляции исследовались базальный уровенькортизола и глюкоза крови, по которым оценивалось вероятность системного действие глюкокортикостероидов на организм человека через гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему.

Результаты. Во всех клинических случаях у здоровых волонтеров уровень кортизола и глюкозы крови находились в средних значениях нормы (глюкоза 4,7±0,5 ммоль/л, кортизол 325±110 нмоль/л, при норме 138 – 635 нмоль/л).

Заключение. Результаты исследования позволяют сделать вывод об отсутствии системного действия глюкокортикостероидов на организм человека при ингаляционном применении с пульсирующей подачей с точкой приложения в полости носа и околоносовых пазухах.Это позволяет рассматривать данный метод лечения в качестве перспективной местной терапии при воспалительных заболеваниях полости носа и околоносовых пазух.

Список литературы

1. Лопатин А.С. Антибиотикотерапия острых воспалительных заболеваний околоносовых пазух // Consilium medicum. 2003. Т. 05. № 4. С. 1–8.

2. Рязанцев С.В. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. СПб, 2013. 40 с.

3. Шиленкова В.В., Козлов В.С., Шиленков А.А. Синуситы: современный взгляд на проблему лечения // Справочник поликлинического врача. 2004. № 2. С. 47–50.

4. Fokkens W.J.[et al.]. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps // Rhinilogy. – 2012. – V. 50, Suppl. 23. – P.1 – 298.

5. Lund V.J. [et al.]. Infectious rhinosinusitis in adults: classifications, etiology and management // J. Ears, Nose and Throat. – 1997. – V. 76. – P. 22.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФЕДЕМЫ КОНЕЧНОСТЕЙ

Савкин И.Д.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
Sid_rzn@mail.ru

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения лимфедемы конечностей.

Материалы и методы. Наблюдались 19 пациентов – 15 женщин и 4 мужчин с лимфедемой конечностей. У 7 пациентов была стадия интермиттирующего отека, у 12 пациентов стадия постоянного мягкого отека. Всем пациентам проведено хирургическое лечение: 7 пациентам была выполнена субфасциальная аутодермоплатика деэпителизированными лоскутами на ножке. По медиальной поверхности на границе нижней трети и средней трети голени выкраивается лоскут кожи длинной 10 см. деэпителизированный предварительно до появления “капель росы” с сохранением сосудистой ножки. Далее в зоне основания лоскута выполнено перфорационное окно в фасции голени диаметром адаптационно попе-

речнику лоскута. Лоскут имплантирован под фасцию и закреплен адаптационными швами на коже. На контралатеральной стороне на границе средней и верхней трети голени аналогичным образом формируется кожный лоскут с выполнением последовательных этапов, как и в первом случае. 4 пациентам, которым по показаниям производилось наложение лимфовенозного анастомоза с одномоментным перемещением подкожно-жирового лоскута на ножке в субфасциальное пространство конечности. 6 пациентам накладывался лимфовенозный анастомоз и 2 пациентам с целью формирования лимфатических коллатералей между поверхностной и глубокой сетью лимфатических коллекторов конечностей производилось селективное введение углеродных филаментов в промежуток между подкожной клетчаткой и субфасциальным пространством. Метод осуществлялся с использованием иглы направителя оснащенной стилетом толкателем. В просвет канюли устанавливался фрагмент углеродного филамента длиной 3-4см. Далее под местной анестезией и контролем УЗИ производилась пункция кожи, подкожной клетчатки, фасциальной пластины с миграцией в субфасциальное пространство. Толкателем проводился филамент в адипозосубфасциальное пространство. Игла направитель удалялась. Эффективность лечения оценивали с помощью измерения окружности конечностей, проведения пробы Мак-Клюра Олдрича и ультразвуковом исследовании мягких тканей при котором учитывали: их эхогенность, структурность, дифференцировку слоев, измерялась толщина тканей между кожей и мышцей в 4 точках на стопе и голени. Оценка проводилась до оперативного лечения и через 6 месяцев после операции.

Результаты. В результате проведенного лечения 17 пациентов отмечали клиническое улучшение состояния, у 11 из них окружность конечностей уменьшилась не более чем на 0,5 см, у 6 пациентов окружность конечностей уменьшилась от 0,5 до 1,5 см, у 2 пациента окружность конечностей не изменилась. Результаты пробы Мак-Клюра Олдрича у 17 пациентов первой группы были положительны, длительность рассасывания волдыря значительно увеличилась по сравнению с исходным. У 2 пациентов время рассасывания не изменилось. Изменение ультразвуковой картины после оперативного лечения по сравнению с исходным у 17 пациентов было представлено: уменьшением толщины слоя тканей между кожей и мышцей, улучшением дифференцировки между мышцами, фасциями, подкожно-жировой клетчаткой и кожей.

Вывод. Представленные методики хирургического лечения лимфедемы конечностей показали положительные результаты и могут применяться при лечении данного заболевания.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРУЕМЫМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЭЛЕКТРОННЫМИ УСТРОЙСТВАМИ

Сучков И.А., Мжаванадзе Н.Д., Поваров В.О.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
nina_mzhavanadze@mail.ru

Современная наука рассматривает эндотелий не только как барьер между кровью и тканями, а как важнейшую метаболически активную часть сердечно-сосудистой системы, выполняющую ряд специализированных функций [1, 6, 10, 12]. В его задачи входит участие в регуляции сосудистого тонуса, коагуляции и фибринолиза, иммунитета и пролиферации гладкомышечных клеток. Ключевым из продуцируемых эндотелием веществ является оксид азота (NO), который образуется в результате окисления атома азота, входящего в состав аминокислоты L-аргинина под действием изоферментов – NO-синтетаз. Существуют три NO-синтетазы – нейрональная (nNOS), эндотелиальная (eNOS), которые регулируются ионами кальция, и индуцибельная (iNOS), регулируемая такими провоспалительными цитокинами, как фактор некроза опухоли альфа, интерлейкин-6 и интерлейкин-1β. Синтезированный NO диффундирует в подлежащие гладкомышеченые клетки, стимулирует гуанилатциклазу, в клетке повышается уровень циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ), активируется цГМФ-зависимая протеинкиназа, что ведет к снижению концентрации кальция, расслаблению гладкой мускулатуры и вазодилатации. Часть молекул NO реагирует с гемпротеинами, образуя нитриты (NO_2^-), а затем более стабильные нитраты (NO_3^-), часть реагирует с супероксид-анионом (O_2^-) с дальнейшим образованием пероксинитрита ($OONO^-$), который сам способен активировать свободнорадикальные процессы. Нарушение метаболизма NO является неотъемлемой частью дисфункции эндотелия. В отечественной и зарубежной литературе неоднократно придавалось значение дисфункции эндотелия как одному из звеньев патогенеза ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности (ХСН), артериальной гипертензии, сахарного диабета, артериосклероза и других заболеваниях [1-8].

В настоящее время обсуждается влияние постоянной электрокардиостимуляции (ПЭКС) на развитие и прогрессирование дисфункции эндотелия [9]. При проведении ПЭКС в зависимости от показаний электроды обычно располагают в ушке правого предсердия, верхушке правого желудочка и латеральной вене левого желудочка, причем наиболее часто стимуляции подвергается верхушка правого желудочка [9-10]. Несмотря на благотворный эффект имплантации сердечно-сосудистых электронных устройств при лечении жизнеугрожающих аритмий, стимуляция верхушки

правого желудочка приводит к имитации синдрома полной блокады левой ножки пучка Гиса. В результате происходит десинхронизация работы желудочков, задержка сокращения левого желудочка, замедление продолжительности систолического выброса из него и уменьшение времени диастолического расслабления и наполнения левого желудочка, что ведет к уменьшению фракции выброса и ремоделированию левого желудочка, возникновению, либо прогрессированию ХСН [10-12]. Доказано, что при ХСН происходит цитокин-индуцированная продукция iNOS. Активность iNOS может сохраняться на протяжении длительного времени, а количество синтезированного таким образом NO значительно превосходит количество NO, выработанного с участием eNOS. Избыточное образование NO в начале имеет компенсаторное значение, но затем способствует усилению дисфункции эндотелия путем активации апоптоза, подавлении экпрессии и инактивации eNOS и угнетении сократительной функции миокарда [12]. Усугубляют эндотелиальную дисфункцию увеличение концентрации свободных радикалов, инактивирующих эндотелиальные факторы релаксации, повышение уровня эндотелина-1, обладающего вазоконстрикторным и пролиферативным действием, хроническое снижение кровотока и извращение реакции сосудов на «напряжение сдвига» [12].

В работе Костогрыза В.Б. и др. [6] обследовалось 110 пациентов с ИБС, осложненной полной атрио-вентрикулярной (АВ) блокадой. Средний возраст пациентов – 69,5±0,4 лет. Всем пациентам были имплантированы электрокардиостимуляторы (ЭКС) в режиме изолированной ПЭКС верхушки правого желудочка. Давность ИБС составила 10,2±2,3 лет, давность ПЭКС – 4,8±2,6 года. У всех пациентов по данным эхокардиографии диагностированы нарушения диастолического расслабления и наполнения желудочков. Был проведен анализ NO-продуцирующей функции эндотелия путем определения спектрофотометрическим методом в крови и моче NO_2^-. Собранные данные сравнивались с данными контрольной группы 20 клинически здоровых лиц со средним возрастом 28,1±1,1 лет. В результате было установлено, что у контрольной группы уровень NO_2^- в сыворотке крови составил 5,08±0,05 мкмоль/л, в моче – 5,17±0,06 мкмоль/л. У пациентов с ПЭКС уровень NO_2^- составил 4,28±0,07 мкмоль/л и 4,43±0,05 мкмоль/л соответственно. Была также установлена прямая корреляционная связь между уровнем NO_2^- в крови и моче (r=+0,415; p=0,021), обратная корреляционная связь уровня $NO2^-$ в крови и моче с длительностью ХСН (соответственно r=-0,366; p=0,022; r=-0,257; p=0,018) и обратная корреляционная связь уровня NO_2^- в крови с давностью ПЭКС (r=-0,243; p<0,001) [6].

ChoyAM и др. [12] исследовали 22 пациента с имплантированными по поводу синдрома слабости синусового узла двухкамерными ЭКС. Средний возраст составил – 67.7±8.9 лет, давность имплантации – 5.2±4.5 лет. Пациенты были рандомизированы на 2 группы, а ЭКС были перепро-

граммированы на минимальную АВ задержку, с выключением работы собственного АВ соединения и максимальной стимуляцией желудочков (группа 1) и максимальную АВ задержку для поддержания работы собственного АВ соединения (группа 2). Оценка эндотелиальной функции производилась путем расчета RH-PAT-индекса (reactivehyperaemiaperipheralarterialtonometryindex), представляющего собой отношение амплитуды пульсовой волны, измеренной методом артериальной тонометрии, после 5-минутной окклюзии манжетой плечевой артерии к амплитуде пульсовой волны до окклюзии [12]. Проявлением эндотелиальной дисфункции считалось значение данного индекса менее 1,67. Среднее значение RH-PAT-индекса до исследования составило 1.93 ± 0.43. Далее в 1 группе значение RH-PAT-индекса составило 1.73 ± 0.33, во 2 группе – 1.96 ± 0.37, что показало ухудшение функции эндотелия у пациентов с максимальной стимуляцией желудочков [12].

В исследовании Rubaj A и др. [13] изучалось влияние биветрикулярной стимуляции и стимуляции правого желудочка на функцию эндотелия. Были отобраны 28 пациентов со средним возрастом 69,8 лет и средней давностью имплантации бивентрикулярного постоянного водителя ритма 5 недель. В начале исследования все ЭКС были перепрограммированы на изолированную стимуляцию правого желудочка на 7 дней, затем возвращены на бивентрикулярную стимуляцию. Для оценки функции эндотелия производилось измерение нитратов и нитритов (NOx) в крови пациентов после 7 дней стимуляции правого желудочка и через 48 часов после возвращения к бивентрикулярной стимуляции. Среднее значение NOx при изолированной стимуляции составило 26.3±12.2 мкмоль/л, при бивентрикулярной – 38.4±27.9 мкмоль/л, что говорит об улучшении функции эндотелия после синхронизации работы желудочков [13].

Таким образом, несмотря на проведенные исследования, проблема эндотелиальной дисфункции у пациентов с имплантированными сердечно-сосудистыми электронными устройствами далека до своего разрешения. До конца не ясны механизмы возникновения и прогрессирования эндотелиальной дисфункции и способы ее профилактики у данной группы пациентов. Решение данной проблемы требует мультидисциплинарного подхода и позволит улучшить качество жизни пациентов и снизить дальнейшие экономические затраты на лечение.

Список литературы

1. Калинин Р.Е., Абросимов В.Н., Сучков И.А., Буршинов О.А., Пшенников А.С., Жукова Л.А. и др. Ишемические болезни в практике семейного врача. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. 208 с

2. Калинин Р.Е., Сучков И.А., Пшенников А.С. Эндотелиальная дисфункция и способы еѐ коррекции при облитерирующем атеросклерозе. М.: ГЕОТАР-МЕДИА, 2014. 151 с.

3. Динамика некоторых биохимических показателей у больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей в различные сроки после реконструктивных операций / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.А. Никифоров, А.С. Пшенников // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П.Павлова. – 2012. – №1. – с.41-44.

4. Медикаментозная коррекция функционального состояния эндотелия у пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.С. Пшенников, А.А. Никифоров // Казанский медицинский журнал. – 2013. – Том 94. – №2. – С.181-185.

5. Эффективность L-аргинина в лечении атеросклероза артерий нижних конечностей и профилактике рестеноза зоны реконструкции / Р.Е.Калинин, И.А. Сучков, А.С. Пшенников, А.А. Слепнев // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2013.- Том 18, №2. – с.18-21.

6. Костогрыз В.Б., Туровская Т.В. Особенности метаболизма оксида азота у пациентов с хронической сердечной недостаточностью ишемической этиологии с имплантированным электрокардиостимулятором: возможности медикаментозной коррекции блокаторами бета-адренорецепторов // Укр. мед. Часопис 2010; 5 (79):81-84.

7. Трешкур Т.В., Камшилова Е.А., Гордеев О.Л.. Электрокардиостимуляция в клинической практике. – С.-Пб.: ИНКАРТ, 2002, 160 с.

8. Pachón Mateos JC, Pachón Mateos EI, Pachón Mateos JC. Right ventricular apical pacing: the unwanted model of cardiac stimulation? // Expert Rev Cardiovasc Ther. 2009;7(7):789-99.

9. Бокерия Л. А., Ревишвили А. Ш., Неминущий Н. М. Лечение сердечной недостаточности методом ресинхронизации сердца. // Тихоокеанский медицинский журнал, 2008; Т. 31, №1. С. 5-11.

10. Агеев Ф.Т., Овчинников А.Г., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Эндотелиальная дисфункция и сердечная недостаточность: патогенетическая связь и возможности терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента. // ConsiliumMedicum 2001; Т.3, №2. С. 61-65.

11. Bonetti PO, Pumper GM, Higano ST et al. Noninvasive identification of patients with early coronary atherosclerosis by assessment of digital reactive hyperemia. // J Am Coll Cardiol. 2004;44(11):2137-41.

12. Choy AM1, Su HH, Elder DH et al. Right ventricular pacing impairs endothelial function in man. // Europace 2011;13(6):853-8.

13. Rubaj A, Ruci Å, Ski P et al. Biventricular versus right ventricular pacing decreases immune activation and augments nitric oxide production in patients with chronic heart failure. // Eur J Heart Fail. 2006; 8:615-20.

ОСОБЕННОСТИ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Сучков Д.И.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
argoncs@mail.ru

Введение. Поиск новых материалов для замещения костной ткани является актуальной проблемой современной травматологии и ортопедии.

Цель исследования. Поиск более дешевых и удобных в исполнении аналогов уже имеющихся композитных материалов для замещения крупных дефектов костной ткани.

Материалы и методы. Работа выполнялась на 20 лабораторных крысах – самцы сток Wistar. Животные были разделены на две группы: контрольная и опытная. Под общим наркозом всем животным тупым и острым способом обнажали среднюю треть бедренной кости. Циркулярной фрезой выполнялся дефект кости, с полным обнажением костномозгового канала, длиной 5-7 мм. В опытной группе в дефект укладывалась паста, состоящая из смеси порошка коралла и коллагена, в пропорции 1:1. В контрольной группе дефект не заполнялся. Костные раны укрывались полипропиленовой пластинкой, мягкие ткани ушивались послойно наглухо. Животные выводились из опыта на 10, 20 и 60 сутки.

Результаты и обсуждение. При изучение морфологического материала было выявлено, что на 10-е сутки у опытной группы животных обнаружено заполнение области дефекта сгустками крови. У краев фрагментов кости обнаруживается плотное скопление форменных элементов крови, разрежающееся по направлению к интактной зоне [1]. Площадь раны к этому сроку практически не изменилась. На краях костной раны регистрируется молодая грануляционная соединительная ткань с участками пролиферации остеогенных клеток в остеобласты. На 20-е сутки у животных опытной группы выявлено уменьшение площади дефекта на 21%. Во многих полях зрения наблюдается трансформация остеогенных клеток в остеобласты, что сопровождается синтезом органического матрикса, формированием остеоидной ткани. К концу эксперимента (60-е сутки) у животных опытной группы дефект был полностью замещен собственной зрелой костной тканью. Границы с материнской костью не выявлялось. Гранулы трансплантата еще определяются в виде единичных пустот, окруженных грануляционной и костномозговой таканью после декальцинации. В контрольной группе наблюдалось спаивание кортикальной пластинки на 23% от площади дефекта. При этом костная ткань имела незрелый характер.

Заключение. Исследование показало, что применение пасты на основе коралла в замещении крупных дефектов костной ткани эффективно с позиций остеоиндукции.

Список литературы

1. Павлов А.В., Хубутия Б.И., Папков В.Г. Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на процессы репаративного остеогенеза при ксенокраниопластике костей свода черепа / А.В.Павлов, Б.И.Хубутия, В.Г.Папков // Российский мед.-биол. Вестник им. акад. И.П.Павлова. Рязань-Москва, 2002.-№1-2.- С.114-118.

2. Берченко Г.Н., Кесян Г.А., Уразгильдеев Р.З. и др. Сравнительное экспериментально-морфологическое исследование влияния некоторых используемых в травматолого-ортопедической практике кальций-фосфатных материалов на активизацию репаративного остеогенеза // Журнал «Бюллетень Восточно-сибирского научного центра Сибирского отделения РАМН», №4, Иркутск, 2006. – С.327-332.

3. Берченко Г. Н., Кесян Г. А. Активизация репаративного остеогенеза при запол- нении сегментарного дефекта длинной трубчатой кости композиционным пре- паратом Коллапан.//«Травма». 2008. Том 9. № 3. Стр. 282-286.

4. Виноградова Т.П., Лаврищева Г. И. Регенерация и пересадка костей. М: Медицина. 1974; 246 с.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФЛОТИРУЮЩИМ ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сушков С.А., Небылицин Ю.С.
Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет

Введение. Одним из дискутабельных вопросов во флебологии остается выбор тактики лечения пациентов с тромбозом глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей [1, 2]. При этом подход зависит от распространенности тромботических поражений и их значимости в возникновении тромбоэмболических осложнений. Существуют сторонники как оперативных, так и консервативных методов лечения, но выработка оптимальной тактики ведения пациентов с флотирующими ТГВ остается актуальным вопросом [3].

Цель исследования. Выработка оптимальной тактики лечения пациентов с флотирующими тромбозами в системе нижней полой вены.

Материалы и методы. В исследование включен 51 пациент (мужчин − 38, женщин − 13) с ТГВ, которые находились на лечении в УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» в период 2001−2016 гг. Илиофеморальный тромбоз выявлен у 11 пациентов, тромбоз бедренной вены – у 35, подколенной вены – у 5. Все пациенты были разделены на три группы в зависимости от выбранной тактики лечения. Группу 1 составили 15 пациентов, которым применялось консервативное

лечение. В группу 2 вошли 10 пациентов, которым была выполнена перевязка магистральной вены. Группа 3 составила 26 пациентов, которым была выполнена паллиативная тромбэктомия из магистральных вен.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде у пациентов в группах 2 и 3 прогрессирование тромбоза выше лигатуры не наблюдалось ни в одном случае. У пациентов после проведения тромбэктомии симптомы венозного стаза регрессировали с небольшими остаточными явлениями (пастозность нижних конечностей) в течение 10-14 суток. В группах 1 и 2 наблюдались стойкий отек нижней конечности, усиливающийся после физической нагрузки, а также боли ноющего характера в икроножных мышцах. У пациентов группы 3 стойкого отека нижней конечности и как следствие болевого синдрома не отмечалось ни в одном случае, а беспокоили лишь боли в области послеоперационной раны.

Заключение. Открытая тромбэктомия является операцией выбора при эмбологенном флотирующем тромбозе в системе нижней полой вены, которая позволяет оптимизировать тактику ведения пациентов с данной патологией, предупредить распространение патологического процесса в проксимальном направлении, устранить опасность развития ТЭЛА и уменьшить клинические проявления в раннем и отдаленном послеоперационных периодах.

Список литературы

1. Калинин Р.Е. Диспансеризация больных с венозными тромбоэмболическими осложнениями / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, М.В. Нарижный // Российский медико-биологический Вестник им. академика И.П. Павлова. – 2011. – №3. – С.104-109.

2. Агапов А.Б. Пероральные антикоагулянты в лечении пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей / А.Б. Агапов, И.А. Сучков, А.Н. Рябков // Наука молодых. – 2016. – № 2. – С. 147-157.

3. Сушков С.А. Дифференцированный подход к лечению пациентов с флотирующими тромбозами глубоких вен нижних конечностей / С.А. Сушков, Ю.С. Небылицин, И.П. Климчук, С.С. Калинин // Харьковская хирургическая школа. – 2016. – № 1. – С. 7-14.

КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сушков С.А., Небылицин Ю.С.
Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университетусь

Введение. Лечение пациентов с острым тромбозом глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей продолжает оставаться одной из актуальней-

ших проблем сосудистой хирургии [1-3]. Это оправдывает усилия, направленные на поиск новых эффективных препаратов, использующихся в комплексной терапии при данной патологии [4].

Цель исследования. Оценка эффективности использования в комплексном лечении ТГВ препаратов, корригирующих функциональное состояние эндотелия.

Материалы и методы. В исследование включены 95 пациентов с ТГВ нижних конечностей, которые находились на лечении в УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр». Контрольную группу (группа 1) составили 35 пациентов, которым применялась стандартная схема лечения. В группу 2 вошли 32 пациента, в комплексную схему лечения были включены препараты: ангиопротектор – пентоксифиллин, флебопротектор и флеботоник – раствор L-лизина эсцинат и антиоксидантный препарат – антиоксидантный комплекс. В группу 3 вошли 28 пациентов, в комплексную схему лечения были включены препараты: пентоксифиллин, L-лизина эсцинат и комбинированный антиоксидантный цитопротектор − ликоред.

Статистический анализ цифрового материала проводили с использованием стандартных пакетов прикладных программ Statistica – 10.0.

Результаты. В группах 2 и 3 пациентов отмечалось статистически достоверное снижение показателей функционального состояния эндотелия (циркулирующих эндотелиальных клеток, нитратов/нитритов, диеновых конъюгатов и малонового диальдегида) ($p<0,05$). Оценка клинической эффективности комплексного действия препаратов:антиоксидантный комплекс/ликоред, пентоксифиллин, L-лизина эсцинат показала более выраженное снижение субъективных симптомов (боль, ощущение отечности, тяжести, дискомфорта и специфических симптомов) в группах больных получавших данное лечение.

Заключение. Проведенная оценка эффективности лечения пациентов с ТГВ показала, что комплексы препаратов, включающие антиоксидантный комплекс/ликоред, пентоксифиллин, L-лизина эсцинат оказывают корригирующее действие на одно из важных звеньев патогенеза заболевания – функциональное состояние венозного эндотелия, окислительный и нитрозилирующий стресс, и повышают эффективность лечения.

Список литературы

1. Калинин Р.Е. Оценка эффективности и безопасности различных вариантов антикоагулянтной терапии при венозных тромбозах / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.С. Пшенников, А.Б. Агапов // Новости хирургии. – 2015. – Том 23. – № 4. – С. 416-423.

2. Тромбоэмболия легочных артерий. Как лечить и предотвратить / Под ред. А.И. Кириенко, А.М. Чернявского, В.В. Андрияшкина. – М.: ООО Изд-во «Мед. информ. агентство», 2015. – 280 с.

3. Основы клинической флебологии / Под ред. Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко. 2-е изд., испр. и доп. – М.: ЗАО «Шико», 2013. – 336 с.

4. Калинин Р.Е. Уровень оксида азота при посттромботическом синдроме / Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.С. Пшенников, И.Н. Рудакова, С.А. Исаков // Российский медико- биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2016. – №2. – С.79-85.

РОЛЬ ЭНТЕРАЛЬНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ

Таха Х.Д., Зацаринный В.В., Федосеев А.В., Муравьев С.Ю., Леонченко С.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
vl_zats@mail.ru

Введение. По нашим данным острый панкреатит (ОП) составил 11,6% от общей ургентной абдоминальной патологии, в 66% случаев это люди трудоспособного возраста. В течение 5-летнего периода летальность держится на уровне 3,2%, причем инфекционные осложнения составляют 79,6% от всех поздних осложнений деструктивного панкреатита.

Цель исследования. Определить частоту энтерального дистресс-синдрома (ЭДС) и роль энтеральной коррекции в лечении ОП.

Материалы и методы. Работа основана на про- и ретроспективном анализе результатов лечения 949 больных с ОП.

Результаты. Хирургическая активность у больных ОП за 5-летний период в среднем равна 12,4%, а послеоперационная летальность – 9,7%. При этом в 40,7% случаев имеется расширение показаний к оперативному вмешательству. Тяжелая форма ОП встречается в 64% случаев при этом тяжесть ОП корреляционно взаимосвязана с выраженностью эндогенной интоксикации ($r=0,481$; $p<0,05$) и развитием стрессового иммунодефицита ($r=1,565$; $p<0,05$), которые усугубляются как при лапаротомии, так и УЗ-санации.

У больных с ОП ЭДС выявлен в 65,6% (622 чел.) случаев, II-III степень которого отмечаются в 23,1% (219 чел.) случаев. При этом выраженность ЭДС коррелирует с тяжестью ОП ($r=1,283$; $p<0,05$). При этом в группе острого деструктивного панкреатита преобладали формы «декомпенсированного» и «распространенного» дисбактериоза, соответственно 44,4% и 11,1%, против острого отечного панкреатита, где преобладали формы «латентного» и «субкомпенсированного» дисбактериоза, равного 22,2% и 61,1%.

Вместе с этим ЭДС сам корреляционно усугубляет эндогенную интоксикацию ($r=1,218$; $p<0,05$) и дефицит иммунного ответа ($r=0,684$; $p<0,05$), приводя к развитию инфекционных осложнений в 24,1% наблюдений.

Энтеральная коррекция у больных ОП к 14-му дню проводимого лечения купировала ЭДС у 36,3% больных, в отличие от 12,3% больных кон-

трольной группы (tCт=0,814; p<0,05). Это сопровождалось 10,1% случаев инфекционных осложнений и летальностью в 1,2% , что меньше, чем 16,6% случаев осложнений ($t_{Ст}$=0,845; p<0,05) и 2,8% летальности контрольной группы.

Выводы. Тяжесть дисбактериоза кишечника коррелирует с тяжестью острого панкреатита. У больных с острым панкреатитом необходимо придерживаться «выжидательной» хирургической тактики. Во избежание контаминации асептического воспаления зоны деструкции показаниями к оперативному вмешательству у больных с острым панкреатитом должны являться только случаи подтвержденного инфицирования.

Список литературы

1. И.А. Колотушкин, С.И. Балныков, М.Ю. Троханов, С.Я. Политов. Оценка влияния октреотида на динамику летальности у больных панкреонекрозом «Наука молодых – ERUDITIO JUVENIUM»2014 №4 С.88-95

2. С.Я. Политов, С.И. Балныков, И.А. Колотушкин, М.Ю. Троханов. Прогноз объема некроза поджелу- дочной железы в ранние сроки раз- вития деструктивного панкреатита «Наука молодых – ERUDITIO JUVENIUM»2014 №4 С.114-121

3. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ С.В. Тарасенко1 , И.В. Карюхин1 , Т.С. Рахмаев1 , И.А. Луньков2 , Д.А. Никитин2 , С.П. Донюкова 2 , Н.Ю. Панина2 Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова, №3, 2013 г. С 124-129

4. ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА Х.Д. Таха, А.В. Федосеев, С.Ю. Муравьѐв, В.Н. Бударев, А.С.Инютин Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова, №1, 2016 С 98-102.

5. Федосеев А.В., Абуварда Ф.Х., Буда- рев В.Н., Муравьев С.Ю., Михайлов И.А. Фактор иммунологического кон- троля в тактике ведения пациентов с острой хирургической патологией // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павло- ва – 2012. – №2. – С. 145-148.

6. ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И ДИНАМИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ С.А. Чернядьев, Н.Г. Шестков Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова, №4, 2008 г. С 64-67.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Натальский А.А.

В настоящее время во всех странах мира, в том числе и в Российской Федерации, наблюдается рост распространенности синдрома механической желтухи.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с механической желтухой на основе совершенствования методов хирургической коррекции и уточнения факторов, достоверно влияющих на течение и исходы заболевания.

Материал и методы. В основу работы положены результаты наблюдения, обследования и лечения 2612 больных с подпеченочным холестазом, находившихся в клинике с 1999 по 2013 гг. Механическая желтуха опухолевого генеза выявлена у 700 больных, неопухолевого – у 1912. Произведено 3242 оперативных вмешательств.

Результаты. За последний 15-летний период наблюдается тенденция роста распространенности синдрома механической желтухи. Из года в год растет доля лиц трудоспособного возраста. Произошли выраженные изменения в структуре причин механической желтухи. Полученные в ходе исследования клинико-лабораторные показатели и данные биопсии печени позволили нам разработать собственную классификацию стадий печеночной недостаточности.

Вероятно, синдром механической желтухи, развивающийся вследствие заболеваний желчевыводящих путей, имеет генетически детерминированные предпосылки, частично установить которые помогло проведенное исследование.

Разработанный лечебно-диагностический алгоритм при синдроме механической желтухи позволил сформировать четкое представление относительно последовательности и характера диагностических и лечебных вмешательств у каждого конкретного пациента с блоком желчевыводящих путей.

Предложеныусовершенствованные способы чрескожной чреспеченочной холангиостомии и формирования тетрагепатикоеюно-анастомоза в лечении высоких стриктур, опухолей или ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков.

Выводы:безусловно, все вопросы диагностики и лечения синдрома механической желтухи не будут решены в ближайшее время. Внедрение в лечебный процесс новейшей и улучшенной медицинской аппаратуры будет менять как хирургические техники, так и тактичекие подходы в лечении обтурационного холестаза.

ЗНАЧЕНИЕ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Камаев А.А., Пшенников А.С., Архипкина Н.В., Киселева Е.В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова
kamaev.rgmu@gmail.com

Введение. Варикозное расширение вен нижних конечностей является широко распространенным заболеванием и представляет собой одну из самых важных и обсуждаемых проблем в современной хирургии. По данным различных источников, развивающаяся хроническая венозная недостаточность имеется как минимум у 20% взрослого населения и может достигать 50% [1-3]. В настоящее время нет единого мнения по поводу патологических изменений в венах нижних конечностей. При различных гистологических и ультраструктурных исследованиях у больных с хронической венозной недостаточностью обнаруживают нарушение синтеза коллагена, которое снижает эластичность стенки вены и создает условия для ее варикозной трансформации [2]. Ремоделирование, деградация и протеолиз коллагеновых волокон в организме производится посредством матриксных металлопротеиназ (ММП). ММП – это семейство Zn^{2+} и Ca^{2+} – зависимых эндопептидаз, которые секретируются клетками разных типов: фибробластами, макрофагами, гладкомышечными клетками эндотелия сосудов.

Цель исследования. Определить изменение концентрации матриксных металлопротеиназ (ММП-9, ММП-1) и тканевого ингибитора металлопротеиназ-1 (ТИМП-1), у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей.

Материалы и методы. В исследование включено 110 человек. В основную группу вошли 90 пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей, которые были разделены на три подгруппы. Из них 30 пациентов (I группа) – с варикозной болезнью С2-С3 клинических классов, 30 пациентов (II группа) – с варикозной болезнью С4 клинического класса и 30 пациентов (III группа) имеющих трофические язвы (варикозная болезнь С5-С6 клинических классов). Контрольная группа – 20 здоровых добровольцев. Исследовались образцы периферической крови. Содержание в сыворотке крови ММП-9, ММП-1 и ТИМП-1 определяли с помощью лабораторных наборов Bender MedSystems методом количественного твердофазного иммуноферментного анализа. Основные и контрольная группы сопоставимы по полу и возрасту.

Результаты. У пациентов с варикозной болезнью наблюдается повышение концентрации ММП-1 по сравнению с группой контроля. В I-й группе концентрация ММП-1 составила 6,8±1,12 нг/мл, во II-ой группе 6,2±0,63 нг/мл и в III-й группе – 7,2±1,83 нг/мл. В контрольной группе

данный показатель составил 4,8±1,23 нг/мл. Установлено, что у пациентов основной группы средний уровень ММП-9 в среднем в 2,5 раза выше по сравнению с контролем. Наибольший уровень ММП-9 наблюдается у пациентов с варикозной болезнью класса С5-С6 (14,5±1,7 нг/мл). В контрольной группе концентрация ММП-9 составила 4,5±1,23 нг/мл.У больных с варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей концентрация ТИМП-1 составила: в I-й группе 201,8±10,1 нг/мл, во II-ой группе 190,2±7,8 нг/мл и в III-й – 217±12,9 нг/мл и имела явную тенденцию к повышению по сравнению с группой контроля (154,2±14,4 нг/мл).

Заключение. Для нормального протекания процессов реорганизации внеклеточного матрикса необходимо сохранение равновесия между активностью металлопротеиназ и их ингибиторов[4-5]. При варикозной болезни вен нижних конечностей наблюдается дисбаланс между ММП и ТИМП в сочетании с прерыванием коллагеновых волокон, потерей эластина, а также пролиферацией, реорганизацией и миграцией гладкомышечных клеток в интиму. В стенках варикозно расширенных вен гладкомышечные клетки теряют дифференцировку и способность к взаимодействию. Все эти факторы вносят вклад в дилатацию вен, релаксацию стенки и потерю венозного статуса [6-7]. Таким образом, определение уровня матриксных металлопротеиназ, позволяет осуществлять прогноз развития хронической венозной недостаточности нижних конечностей и оценивать степень её тяжести.

Выводы

1. У пациентов с варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей значения ММП-9 и ТИМП-1 достоверно выше, чем у людей, не имеющих данной патологии.
2. Наибольшие показатели матриксных металлопротеиназ отмечаются у пациентов варикозной болезнью С4-С6 клинических классов.

Список литературы

1. К вопросу о лечении тромбозов глубоких вен нижних конечностей / И.А. Сучков, П.Г. Швальб // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2006г. – №3, С.19-23.
2. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен. Флебология. 2013; 7 (2): 4-11.
3. Калинин Р.Е., Сучков И.А., Жеребятьева С.Р., Пшенников А.С. Операции на сосудах. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015: 5-32.
4. Visse R., Nagase H. Matrix metalloproteinases and tissue inhibitors of metalloproteinases: structure, function, and biochemistry. Circulation Res 2003; 2: 827-839.
5. Sean E. Gill and William C. Parks Metalloproteinases and Their Inhibitors:Regulators of Wound Healing. Int J Biochem Cell Biol 2008; 40: 6-7: 1334-1347.
6. Эмболоопасность острого восходящего тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей / Р.Е. Калинин, М.В. Нарижный, И.А.

Сучков // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2011. № 2. С. 19.

7. Калинин Р.Е. Сучков И.А., Новиков А.Н. и др. Эндотелиотропные эффекты микронизированной очищенной фракции флавоноидов при различных экспериментальных моделях венозной эндотелиальной дисфункции. Флебология. 2014; 8 (4): 29-36.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Абаленихина Ю.В.	274, 276	Вацет А.К.	109
Абросимов В.Н.	185, 227	Ветшев А.А.	27
Авдеева А.Д.	59	Виноградов А.А.	31, 249
Агапов А.Б.	11, 244	Волобуева И.А.	220
Агарев А.Е.	61	Вульф В.В.	258, 262
Аймалетдинова З.Т.	137	Галкина Л.А.	140
Аксентьев С.Б.	151	Галлямова А.В.	234, 236
Аллахвердян А.С.	14	Галлямова А.Р.	238, 240
Алексашина Д.С.	246	Гафаров О.Г.	91, 93
Алексеева Д.Ю.	48	Гафаров Х.О.	18, 91, 93
Алибалазаде Я.З.	166	Гацанога М.В.	217
Алиджанов А.М.	91	Гималетдинова А.М.	95
Амаханов А.К.	247	Гладких Ф.В.	224
Андреева А.М.	52	Глотов С.И.	185, 227
Андреева И.В.	31, 249	Голенков А.В.	40
Анипченко Н.Н.	14	Голофаст И.Г.	255
Анготоева И.Б.	278, 280	Горохова Т.А.	154
Аристархова А.А.	250	Гришин В.Ю.	49
Аристархов Р.В.	252	Гришин М.	115, 120, 126
Артёменко А.В.	52	Грозовская М.П.	8
Артюхин С.О.	252	Гтаришин М.	117
Архипкина Н.В.	294	Гужва Е.И.	82
Атаян А.В.	114, 135	Гусак Н.Ю.	34
Атаян Д.В.	83	Гуськов А.В.	100, 146, 147
Байкова М.А.	3	Джулай Т.Е.	156
Байриков И.М.	18	Джураев А.А.	54
Баландина М.А.	4	Диверинский А.М.	40
Барамзина С.В.	5	Дикова А.А.	96
Баранов А.Е.	5	Дубинина И.И.	153
Баранова И.А.	149	Дуева К.В.	203
Бельских Э.С.	151	Дьяконов Ю.М.	88
Берстнева С.В.	153	Егорова О.А.	111
Бетехтина С.Н.	198	Еремин Н.В.	236
Боев И.А.	85	Ершов Е.Е.	213
Бойко И.Б.	62	Ершова Е.П.	157
Бугров С.Ю.	185	Жаныгулов А.Д.	257
Бударев В.Н.	247, 254	Жаркова С.Ю.	42
Букарева М.М.	171, 177	Желтова А.И.	63
Булатецкий С.В.	80	Жильцова Е.Е.	36
Булгаков А.А.	160	Жихарева Н.С.	164
Бутова Т.С.	220	Жукова Ю.А.	174
Бушкова Е.Ю.	7, 46	Журавлева Л.В.	220
Бяловский Ю.Ю.	80, 162, 222	Загаров С.С.	258, 262
Валуева А.В.	223	Загребин В.Л.	236
Васильева Т.А.	89	Заикина Е.В.	20, 22, 158
Васильев Ю.Л.	86, 88	Заикина М.В.	20, 154

Захаренкова Е.А.	230	Максимов А.Ю.	105
Захаркина Т.В.	260	Максимова И.А.	109
Захарова И.В.	27	Манакина Е.С.	75
Захарова Н.В.	69	Марукова Т.А.	190
Зацаринный В.В.	272, 291	Матчин А.А.	111, 129
Зиманков Д.А.	100	Мац Е.Г.	111
Зотова Л.А.	160, 171, 177, 182	Мжаванадзе Н.Д.	16, 267, 283
		Медведева О.В.	75
Зубарева А.А.	195	Меденцева Т.А.	174
Иванов А.В.	162	Межевикина Г.С.	113
Иванова А.Д.	102	Мидибер К.Ю.	234, 236, 238
Инютин А.С.	257, 263, 269	Митина А.И.	190
Исламов Р.Р.	95	Митина Л.М.	34
Казаева О.В.	58	Митин Н.Е.	23, 89, 105, 115, 117, 120, 122, 124, 126,
Камаев А.А.	274, 294		
Касьянов Е.Д.	163		
Кардашенко Я.Р.	104	Мирзоев М.Ш.	93
Киселева Е.В.	294	Миров А.И.	255
Клевцов Г.В.	129	Михайлова Е.Г.	128
Клищенко М.Ю.	215	Мишин Д.Н.	122, 124
Кодякова О.В.	42	Мнихович М.В.	234, 236, 238, 240, 242
Кокоев Л.А.	204		
Кокуркина Р.Г.	55	Мосейчук К.А.	175
Коледаев А.К.	206	Мохамед Амир Бен Аммар	238
Колесников Ю.Ю.	258, 262	Муравьев С.Ю.	247, 254, 263, 269, 272, 291
Колосова Т.Ю.	71		
Кондрашова Д.С.	33	Мыльников П.Ю.	207
Кондратьева В.И.	271	Насырова Е.В.	18
Корнеева О.И.	62, 72, 74	Насырова Р.Ф.	213
Костомарова Е.А.	164	Натальский А.А.	293
Котова А.Б.	23, 105	Небылицин Ю.С.	271, 288, 289
Котов К.С.	23, 105	Никифорова А.В.	55
Котова Л.А.	164	Никифоров А.А.	153
Крылов А.А.	16	Никольская И.А.	128
Кубасова Л.В.	71	Никуленкова Н.Е.	171, 177
Кузнецов А.В.	83, 138	Новикова Е.П.	187
Кулаева А.С.	166	Носов Е.В.	129
Куликов Е.П.	260	Овезов А.М.	14
Лазарев Р.А.	258, 262	Окладников Ю.А.	137
Ларьков Р.Н.	258, 262	Опарин К.С.	209
Лебедев С.Н.	263	Остапенко О.В.	226
Левохин Р.Р.	265	Павлов А.А.	86, 131
Леонченко С.В.	291	Павлова С.И.	40
Лесик О.О.	167	Папкова К.С.	25, 36
Лукашук А.В.	169	Пастернак Е.Ю.	210
Майорова Е.А.	171, 177	Переверзева К.Г.	180
Максимова Н.В.	107	Перегудова Н.Н.	185, 227
Мамаджанов Ш.И.	91	Перминова Е.А.	132, 134

Перминов Е.С.	132, 146, 147	Степанов Г.В.	142
Пестряков К.Е.	114, 135	Степанов М.С.	7, 46
Петров А.А.	143	Степанюк Н.Г.	224
Петров В.С.	182, 187	Столяренко П.Ю.	18, 91, 93
Петрова Д.А.	272	Субботин С.В.	196
Петров Ю.В.	185, 227	Судакова И.Ю.	230
Петухова А.М.	52	Сурова Е.В.	187
Печникова В.В.	234, 236, 240	Сучков Д.И.	287
Поваров В.О.	267, 283	Сучков И.А.	242, 283
Поршнева Ю.С.	37	Сушков С.А.	288, 289
Прокошев П.В.	14	Таха Х.Д.	291
Постникова Г.А.	206	Тепляшина В.В.	213
Постников Д.И.	188	Тимофеев В.Е.	230
Пшенников А.С.	274, 276, 294	Ткаченко К.Д.	232
Пшенников Д.С.	27, 278, 280	Трунина Т.П.	202
Пучкова Г.А.	244	Угаров И.В.	69
Разуванов А.И.	77	Ульянова Л.Г.	142
Разумова С.Н.	137	Ульянченко Д.Н.	131
Райская Н.А.	190	Урясьев О.М.	151, 153
Романов С.А.	138	Утюж А.С.	144
Рудакова И.Н.	190	Федосеев А.В.	247, 254, 263, 269, 272, 291
Рустамов В.О.	257		
Савенко Л.Д.	232	Федотов И.А.	51
Савкин И.Д.	281	Филимонова А.А.	202
Садомская А.И.	28, 29	Филимонова Л.Б.	138, 265
Сайкина Е.А.	37	Филимонова О.Г.	198
Салеева Г.Т.	95	Филиппов Е.В.	200
Салеев Р.А.	95	Филючкова И.М.	202
Сальникова Е.О.	4	Фоменко Н.П.	42
Сангинов А.М.	91	Ханов И.А.	111
Самусенков В.О.	144	Харкевич О.Н.	255
Сафронова Г.С.	131	Харченко Г.А.	215
Селиверстова Д.В.	192	Царегородцев А.А.	11, 244
Семенова С.В.	212	Царькова Т.В.	115, 117, 120, 126
Сенникова Ю.А.	56, 78	Черемухина Д.С.	144
Слатина Е.А.	157	Черных И.В.	217, 218
Соколов Н.В.	39	Чичерина Е.Н.	195
Солёнова Е.А.	40	Чубарова А.И.	164
Соловьева А.В.	42, 151	Чурилин О.А.	232
Соломатин А.С.	229	Шакиров М.Н.	93
Солтанов А.Д.	18	Шанаев И.Н.	244
Сомкина О.Ю.	44	Шилов А.В.	242
Сопилова Е.Ю.	48	Шилов Р.В.	258, 262
Сосин Д.Н.	213	Щулькин А.В.	202, 217, 218
Сосина К.А.	213	Юдин А.В.	132, 146, 147
Сотников П.Г.	258, 262	Юмашев А.В.	144
Сперанский А.В.	8	Яковлев Р.Ю.	219
Стадников А.А.	129	Якушева Е.Н.	217, 218
Сташко Т.В.	140	Яремчук А.Г.	31

СОДЕРЖАНИЕ

Байкова М.А. АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ НАЛИЧИЯ ВЕРЫ В БОГА НА СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ ВУЗа.....3

Баландина М.А., Сальникова Е.О. ДИФИЛЛОБОТРИОЗ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ....4

Баранов А.Е., Барамзина С.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГОВ И «НАИВНОГО НАСЕЛЕНИЯ» ПО ВОПРОСАМ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ.....5

Бушкова Е.Ю., Степанов М.С. МИКРОФЛОРА ВАГИНАЛЬНОГО БИОТОПА СУБФЕРТИЛЬНЫХ ЖЕНЩИН.....7

Грозовская М.П., Сперанский А.В. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....8

Царегородцев А.А., Агапов А.Б. АМБУЛАТОРНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ.....11

Анипченко Н.Н., Овезов А.М., Аллахвердян А.С., Прокошев П.В. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ (ТИМОМ)ТИМЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ МИАСТЕНИЕЙ.....14

Крылов А.А., Мжаванадзе Н.Д. СРАВНЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДЛЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АНГИОГЕНЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА.....16

Столяренко П.Ю., Байриков И.М., Насырова Е.В., Гафаров Х.О., Солтанов А.Д. НАЗОТРАХЕАЛЬНАЯ ИНТУБАЦИЯ ТРАХЕИ ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ ПРИ СОХРАНЁННОМ СОЗНАНИИ БОЛЬНОГО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПТИЧЕСКИХ УСТРОЙСТВ.....18

Заикина М.В., Заикина Е.В. НАСЛЕДСТВЕННАЯ ТРОМБОФИЛИЯ.....20

Заикина Е.В. БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ, ОСЛОЖНЁННАЯ АТИПИЧНЫМ МИКОБАКТЕРИОЗОМ.....22

Котов К.С., Митин Н.Е., Котова Л.А., Котова А.Б. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЛОССИТА ВСЛЕДСТВИЕ АНЕМИИ, ВЫЗВАННОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ.....23

Папкова К.С. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ.....25

Пшенников Д.С., Захарова И.В., Ветшев А.А. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА В СОВМЕСТНОЙ ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА.....27

Садомская А.И. СЛУЧАЙ ОТРАВЛЕНИЯ ПАРАЦЕТАМОЛОМ.....28

Садомская А.И. УКУСЫ ЗМЕЙ У ДЕТЕЙ.....29

Андреева И.В., Виноградов А.А., Яремчук А.Г. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОРФОМЕТРИИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ..31

Кондрашова Д.С. СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА ТОНКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ....33

Митина Л.М., Гусак Н.Ю. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ АКУШЕРСКИХ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ МАРФАНА....34

Папкова К.С., Жильцова Е.Е. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКИХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ....36

Сайкина Е.А., Поршнева Ю.С. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИРОФИЛЯРИОЗА В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ....37

Соколов Н.В. ВЫРАЖЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА....39

Солёнова Е.А., Диверинский А.М., Голенков А.В., Павлова С.И. ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ЕЕ КЛИНИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫМ СИНДРОМОМ....40

Соловьева А.В., Кодякова О.В., Жаркова С.Ю., Фоменко Н.П. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ....42

Сомкина О.Ю. АУТОАГРЕССИВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ....44

Степанов М.С., Бушкова Е.Ю. МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ЭЯКУЛЯТА МУЖЧИН С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИОСПЕРМИЕЙ....46

Сопилова Е.Ю., Алексеева Д.Ю. РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИЕЙ....48

Гришин В.Ю. ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ГРИППА H1N1....49

Федотов И.А. КЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА (одномоментное эмпирическое исследование)....51

Артёменко А.В., Андреева А.М., Петухова А.М. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ Г.КИРОВА О ВЛИЯНИИ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ЕЁ РОЛИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ....52

Джураев А.А. ДЕЙСТВИЕ ЛИЗОЦИМА НА БИОПЛЕНКИ, СФОРМИРОВАННЫЕ STAPHYLOCOCCUSAUREUS....54

Никифорова А.В., Кокуркина Р.Г. ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ ТВОРЧЕСКОЙ И ОБЩЕСТВЕННОЙ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬЮ И ФОРМИРОВАНИЕМ СЭВ (СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ) У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА....55

Сенникова Ю.А. ВЛИЯНИЕ ЭТАНОЛА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА....56

Казаева О.В. ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕТНЕЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ КАМПАНИИ КАК ОДНО ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ПО РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ....58

Авдеева А.Д. ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ.....59

Агарев А.Е. ВНУТРИГОДОВАЯ ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РОДИЛЬНИЦ ИНФЕКЦИЯМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....61

Бойко И.Б., Корнеева О.И. О СИТУАЦИИ С «ПЛАТНОЙ» И «БЕСПЛАТНОЙ» МЕДИЦИНОЙ В НАШЕЙ СТРАНЕ.....62

Желтова А.И. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....63

Захарова Н.В., Угаров И.В. ПЕРСПЕКТИВЫ ПЕРСОНИФИКАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....69

Колосова Т.Ю., Кубасова Л.В. РОЛЬ ПРЕПОДАВАНИЯ ОРГАНИЧЕСКОЙ ХИМИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОБЩЕСТВЕННОЙ АККРЕДИТАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОБУЧЕНИЯ ПРОВИЗОРОВ.....71

Корнеева О.И. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ.....72

Корнеева О.И. ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ УЧЕТ ИВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (на основе ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ).....74

Манакина Е.С., Медведева О.В. НОВАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТА АКУШЕРСКОГО ДЕЛА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В УСЛОВИЯХ МЕЖРАЙОНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....75

Разуванов А.И. РАЗРАБОТКА НАБОРА МКФ-КОДОВ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ СУСТАВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....77

Сенникова Ю.А. О РАСПРОСТРАНЕНИИ ИСПАНСКОГО ГРИППА В ВЯТСКОЙ ГУБЕРНИИ 1918 г. 78

Булатецкий С.В., Бяловский Ю.Ю. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СПОРТСМЕНОВ В УСЛОВИЯХ РЕЗИСТИВНЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ НАГРУЗОК.....80

Гужва Е.И. ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У СПОРТСМЕНОВ ИГРОВЫХ ВИДОВ СПОРТА.....82

Атаян Д.В., Кузнецов А.В. МЕТОДИКА РАСЩЕПЛЕНИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ.....83

Боев И.А. КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИНГИВИТА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.....85

Васильев Ю.Л., Павлов А.А. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ ПО ПРОВОДНИКОВОМУ МЕСТНОМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ.....86

Васильев Ю.Л., Дьяконов Ю.М. ВЛИЯНИЕ ВОДОРОДНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ.....88

Васильева Т.А., Митин Н.Е. ОПЫТ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПОД КОНТРОЛЕМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ С ПОМОЩЬЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ ЭВМ.....89

Гафаров Х.О., Столяренко П.Ю., Мамаджанов Ш.И., Алиджанов А.М., Гафаров О.Г., Сангинов А.М. ГИДАТИДОЗНЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.....91

Гафаров Х.О., Столяренко П.Ю., Шакиров М.Н., Гафаров О.Г., Мирзоев М.Ш. РЕГИОНАРНАЯ ПРОТИВОБОЛЕВАЯ ТЕРАПИЯ МЕСТНЫМИ АНЕСТЕТИКАМИ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕОПЕРАБЕЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....93

Гималетдинова А.М., Салеева Г.Т., Исламов Р.Р., Салеев Р.А. ИЗУЧЕНИЕ ЦИТОТОКСИЧНОСТИ НАНОЧАСТИЦ НАПОЛНИТЕЛЯ КОМПОЗИТНОГО ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА *in vitro*.....95

Дикова А.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИ-ИМПЛАНТАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ.....96

Гуськов А.В., Зиманков Д.А. ИНОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ.....100

Иванова А.Д. РОЛЬ БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ.....102

Кардашенко Я.Р. ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И СКОРОСТИ СЛЮНООТДЕЛЕНИЯ В ГРУППЕ БОЛЬНЫХ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....104

Котов К.С., Митин Н.Е., Максимов А.Ю., Котова А.Б. ТОПИЧЕСКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЗНЕННЫХ УЧАСТКОВ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЖЖЕНИЯ РТА.....105

Максимова Н.В. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ.....107

Максимова И.А., Вацет А.К. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ МЛАДШИХ КУРСОВ....109

Мац Е.Г., Матчин А.А., Ханов И.А., Егорова О.А. ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ.....111

Межевикина Г.С. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ФИТОПРЕПАРАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА.....113

Пестряков К.Е., Атаян А.В. СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ЭТИОПАТОГЕНЕЗА МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА.....114

Митин Н.Е., Царькова Т.В., Гришин М. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОВОДИМЫЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ У БОЛЬНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....115

Митин Н.Е., Царькова Т.В., Гтаришин М. ВЛИЯНИЕ СТРУКТУРЫ И СОСТАВА СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ...117

Митин Н.Е., Царькова Т.В., Гришин М. ОСНОВНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ ПРИМЕНЯЕМЫЕ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....120

Митин Н.Е., Мишин Д.Н. РЕЧЕВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО РАНЕЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ГОЛОВНОГО МОЗГА (клинический случай).....122

Митин Н.Е., Мишин Д.Н. РЕЧЕВАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПОЛОВИНЫ ЯЗЫКА В ХОДЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ.....124

Митин Н.Е., Царькова Т.В., Гришин М. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОЕКТИВНОЙ МЕТОДИКИ «НЕСУЩЕСТВУЮЩЕЕ ЖИВОТНОЕ» НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....126

Михайлова Е.Г., Никольская И.А. СИСТЕМА ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИИ И КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ, С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ОКАЗАВШИХСЯ В СЛОЖНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ.....128

Носов Е.В., Матчин А.А., Стадников А.А., Клевцов Г.В. РЕПАРАТИВНЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛАСТИНАМИ, ИЗГОТОВЛЕННЫМИ ИЗ НАНОСТРУКТУРИРОВАННОГО ТИТАНА.....129

Павлов А.А., Сафронова Г.С., Ульянченко Д.Н. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БОРОВ ДЛЯ РАЗРЕЗАНИЯ КОРОНОК С ПОКРЫТИЕМ ИЗ КАРБОНИТРИДАТИТАНА.....131

Перминов Е.С., Перминова Е.А., Юдин А.В. НОВЫЙ ПОДХОД К ПЛАНИРОВАНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....132

Перминова Е.А. ПЕРВИЧНАЯ АККРЕДИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ»: ВЗГЛЯД ВЫПУСКНИКА.....134

Пестряков К.Е., Атаян А.В. СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ЭТИОПАТОГЕНЕЗА МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА.....135

Разумова С.Н., Аймалетдинова З.Т., Окладников Ю.А. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АНАЛИЗ СТЕПЕНИ ДЕФОРМАЦИИ КАРПУЛЬНЫХ ИГЛ ДЛЯ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ.....137

Романов С.А., Филимонова Л.Б., Кузнецов А.В. СПОСОБ ПЛАСТИКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕГО АТРОФИИ.....138

Сташко Т.В., Галкина Л.А. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СТОМАТИТЕ У ДЕТЕЙ.....140

Степанов Г.В., Ульянова Л.Г. МЕТОДИКА ВАКУУМНОГО ФОРМОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДВУХ МОДЕЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ УСТРОЙСТВ.....142

Петров А.А. ЗУБОЧЕЛЮСТНЫЕ АНОМАЛИИ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....143

Черемухина Д.С., Утюж А.С., Юмашев А.В., Самусенков В.О. ИССЛЕДОВАНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ.....144

Юдин А.В., Гуськов А.В., Перминов Е.С. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТРЕВОЖНОСТИ.....146

Юдин А.В., Гуськов А.В., Перминов Е.С. ОПТИМИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ЛИЧНОСТНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ.....147

Баранова И.А. ПЕРВИЧНЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА У НЕ-НАРКОМАНА.....149

Бельских Э.С., Соловьева А.В., Урясьев О.М., Аксентьев С.Б. УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ.....151

Дубинина И.И., Урясьев О.М., Берстнева С.В., Никифоров А.А. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ – САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА И ПЕРВИЧНЫЙ ГИПОТИРЕОЗ.....153

Горохова Т.А., Заикина М.В. БЕЗОПАСНОСТЬ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....154

Джулай Т.Е. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИСПЛАСТОЗАВИСИМЫХ ПРИЗНАКОВ И РИСКИ ФОРМИРОВАНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ РЕФЛЮКСА.....156

Ершова Е.П., Слатина Е.А. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....157

Заикина Е.В. ДОСТИЖЕНИЕ КОНТРОЛЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....158

Зотова Л.А., Булгаков А.А. РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК.....160

Иванов А.В., Бяловский Ю.Ю. ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОЧАСТОТНОГО БЕГУЩЕГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА.....162

Касьянов Е.Д. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТАРДИВНОЙ ДИСКИНЕЗИИ В ПРОЦЕССЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.....163

Чубарова А.И., Костомарова Е.А., Жихарева Н.С. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ДОМАШНЕГО ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ В Г.МОСКВЕ.....164

Кулаева А.С., Алибалазаде Я.З. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ДЕТЕЙ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....166

Лесик О.О. ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОМАТОСЕНСОРНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН.....167

Лукашук А.В. РОЛЬ СЕМЬИ В ГЕНЕЗЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ.....169

Майорова Е.А., Никуленкова Н.Е., Букарева М.М., Зотова Л.А. СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА В СОЧЕТАНИИ С СЕПСИСОМ.....171

Меденцева Т.А., Жукова Ю.А. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ.....174

Мосейчук К.А. ДИСЛИПИДЕМИЯ И СТРАТИФИКАЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА.....175

Никуленкова Н.Е., Майорова Е.А., Букарева М.М., Зотова Л.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....177

Переверзева К.Г. ДИНАМИКА НАЗНАЧЕНИЯ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПАЦИЕНТАМ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕКВАЗА.....180

Петров В.С., Зотова Л.А. РЕСТРИКТИВНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ.....182

Петров Ю.В., Глотов С.И., Перегудова Н.Н., Абросимов В.Н., Бугров С.Ю. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАПУЛЬМОНАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОННОЙ АУСКУЛЬТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....185

Петров В.С., Сурова Е.В., Новикова Е.П. ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....187

Постников Д.И. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....188

Рудакова И.Н., Марукова Т.А., Митина А.И., Райская Н.А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА (II) ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....190

Селиверстова Д.В. ИНФАРКТ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ.....192

Зубарева А.А., Чичерина Е.Н. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....195

Субботин С.В. ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТОДА ОБЪЕМНОЙ КАПНОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....196

Филимонова О.Г., Бетехтина С.Н. ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ.....198

Филиппов Е.В. ИБС, ИНСУЛЬТ И ИНФАРКТ МИОКАРДА В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ«МЕРИДИАН-РО»).....200

Филимонова А.А., Трунина Т.П., Филючкова И.М., Щулькин А.В. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗРЫВА СЕРДЦА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА.....202

Дуева К.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ИНТЕРФЕРОНА БЕТА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....203

Кокоев Л.А. ВЛИЯНИЕ ПОЛИСАХАРИДОВ АИРА БОЛОТНОГО НА БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ В ДИНАМИКЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО КАНЦЕРОГЕНЕЗА.....204

Коледаев А.К., Постникова Г.А. СЫВОРОТОЧНЫЙ ЦИСТАТИН С КАК МАРКЕРФУНКЦИИ ПОЧЕК И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.....206

Мыльников П.Ю. РАЗРАБОТКА ПРОЕКТА ФАРМАКОПЕЙНОЙ СТАТЬИ «БРУСНИКИ ЭКСТРАКТ ЖИДКИЙ».....207

Опарин К.С. ТЕЛЕФАРМАЦИЯ – МАРКЕТИНГОВАЯ ИННОВАЦИЯ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ.....209

Пастернак Е.Ю. ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОЗАМЕНЯЕМОСТИ ИММУНОДЕПРЕССАНТОВ.....210

Семенова С.В. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АПТЕЧНОЙ СЕТИ.....212

Сосин Д.Н., Сосина К.А., Тепляшина В.В., Ершов Е.Е., Насырова Р.Ф. ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ.....213

Харченко Г.А., Клищенко М.Ю. МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАРАМЕТРОВ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ.....215

Черных И.В., Якушева Е.Н., Щулькин А.В., Гацанога М.В. ЭКСПРЕССИЯ ГЛИКОПРОТЕИНА-РВ КОРЕ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙГОЛОВНОГО МОЗГА НА ФОНЕ ЕЕ ИШЕМИИ.....217

Щулькин А.В., Черных И.В., Якушева Е.Н. РОЛЬ ТЕСТОСТЕРОНА В РЕГУЛЯЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ГЛИКОПРОТЕИНА-Р.....218

Яковлев Р.Ю. РАЗРАБОТКА ИННОВАЦИОННЫХ СИСТЕМ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ НА ОСНОВЕ ДЕТОНАЦИОННОГО НАНОАЛМАЗА КАК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ.....219

Журавлева Л.В., Бутова Т.С., Волобуева И.А. ОСОБЕННОСТИ АССОЦИАЦИИ PVULL-ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА *ESR1*ИПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИРОВОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН САРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ПЕРИОД ПОСТМЕНОПАУЗЫ.....220

Бяловский Ю.Ю. СТИМУЛЯЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ЛЕГКИХ С ПОМОЩЬЮРЕЗИСТИВНЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ НАГРУЗОК.....222

Валуева А.В. ГИДРОЛИЗ $CA_2P_2O_7 \cdot 2H_2O$ ПИРОФОСФАТАЗОЙ, КОВАЛЕНТНО-СВЯЗАННОЙ С ДЕТОНАЦИОННЫМ НАНОАЛМАЗОМ.....223

Гладких Ф.В., Степанюк Н.Г. ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВИНБОРОНА ДЛЯ УСИЛЕНИЯ БОЛЕУТОЛЯЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ИБУПРОФЕНА НА МОДЕЛИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА.....224

Остапенко О.В. УЛЬТРАСТРУКТУРА ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ГИПОТИРЕОЗА.....226

Петров Ю.В., Глотов С.И., Перегудова Н.Н., Абросимов В.Н. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ УСТРОЙСТВА ДЛЯ МОНИТОРИНГА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ШУМОВ...227

Соломатин А.С. АДСОРБЦИОННАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПИРАЗИНАМИДА НА ФУНКЦИОНАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТОНАЦИОННЫХ НАНОАЛМАЗАХ.....229

Судакова И.Ю., Захаренкова Е.А., Тимофеев В.Е. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕТВЕЙ ПЕРЕДНИХ МОЗГОВЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА.....230

Савенко Л.Д., Чурилин О.А., Ткаченко К.Д. ОСНОВНЫЕ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА ВЗРОСЛЫХ КОШЕК.....232

Галлямова А.В., Мнихович М.В., Печникова В.В., Мидибер К.Ю. МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ЭНДОМЕТРИОЗЕ.....234

Галлямова А.В., Еремин Н.В., Мнихович М.В., Загребин В.Л., Печникова В.В., Мидибер К.Ю. МОРФОГЕНЕЗ КОЖНОЙ РАНЫ ПОСЛЕ ОБЛУЧЕНИЯ ГЕЛИЙ-НЕОНОВЫМ ЛАЗЕРОМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....236

Мидибер К.Ю., Мнихович М.В., Мохамед Амир Бен Аммар, Галлямова А.Р. МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ СТРОМЫ И ЭПИТЕЛИЯ ПРИ ПРОТОКОВОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....238

Печникова В.В., Мнихович М.В., Галлямова А.Р. ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (клинико-морфологический анализ).....240

Шилов А.В., Сучков И.А., Мнихович М.В. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОТЕЛИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА АРТЕРИЯХ (экспериментально-морфологическое и биохимическое исследование).....242

Агапов А.Б., Царегородцев А.А., Пучкова Г.А., Шанаев И.Н. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРЯМЫХ И НЕПРЯМЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....244

Алексашина Д.С. К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА.....246

Амаханов А.К., Федосеев А.В., Муравьев С.Ю., Бударев В.Н. ЭНТЕРАЛЬНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.....247

Андреева И.В., Виноградов А.А. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ И УЗЛОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....249

Аристархова А.А. К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА ПОЧКИ В ОРГАНЫ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ.....250

Артюхин С.О., Аристархов Р.В. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОСЛЕЧЕРНОБЫЛЬСКИЙ ПЕРИОД.....252

Бударев В.Н., Федосеев А.В., Муравьев С.Ю. ОСТРАЯ ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.....254

Голофаст И.Г., Миров А.И., Харкевич О.Н. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ АНОМАЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОГО КОНТРАЦЕПТИВА У ПАЦИЕНТКИ С РУБЦОМ НА МАТКЕ.....255

Инютин А.С., Жанығулов А.Д., Рустамов В.О. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ШВОВ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА.....257

Загаров С.С., Ларьков Р.Н., Сотников П.Г., Колесников Ю.Ю., Лазарев Р.А., Шилов Р.В., Вульф В.В. ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ.....258

Захаркина Т.В., Куликов Е.П. РОЛЬ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНО-МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФОУЗЛОВ ШЕИ.....260

Ларьков Р.Н., Сотников П.Г., Лазарев Р.А., Загаров С.С., Колесников Ю.Ю., Шилов Р.В., Вульф В.В. МИНИИНВАЗИВНАЯ КОРОНАРНАЯ ХИРУРГИЯ У БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ.....262

Лебедев С.Н., Федосеев А.В., Инютин А.С., Муравьев С.Ю. К ВОПРОСУ О РАЗРАБОТКЕ ПОКАЗАНИЙ К ПРЕВЕНТИВНОЙ АЛЛОПЛАСТИКЕ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.....263

Левохин Р.Р., Филимонова Л.Б. АРТРОСКОПИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.....265

Мжаванадзе Н.Д., Поваров В.О. ДОЛЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В СИСТЕМЕ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ИМПЛАНТИРУЕМЫМИ ЭЛЕКТРОННЫМИ УСТРОЙСТВАМИ.....267

Муравьев С.Ю., Федосеев А.В., Инютин А.С. ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ЖИВОТА.....269

Небылицин Ю.С., Кондратьева В.И. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ И ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....271

Петрова Д.А., Федосеев А.В., Муравьев С.Ю., Зацаринный В.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....272

Пшенников А.С., Абаленихина Ю.В., Камаев А.А. БИОХИМИЧЕСКИЙ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОСТИШЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....274

Пшенников А.С., Абаленихина Ю.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ МОДЕЛЯХ ИШЕМИЧЕСКОГО И РЕПЕРФУЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ.....276

Пшенников Д.С., Анготоева И.Б. ВОЗМОЖНОСТИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ..278

Пшенников Д.С., Анготоева И.Б. ВОЗМОЖНОСТИ БЕЗОПАСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГДЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ИНТРАНАЗАЛЬНОЙ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ.....280

Савкин И.Д. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФЕДЕМЫ КОНЕЧНОСТЕЙ.....281

Сучков И.А., Мжаванадзе Н.Д., Поваров В.О. СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРУЕМЫМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЭЛЕКТРОННЫМИ УСТРОЙСТВАМИ.....283

Сучков Д.И. ОСОБЕННОСТИ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....287

Сушков С.А., Небылицин Ю.С. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФЛОТИРУЮЩИМ ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ....288

Сушков С.А., Небылицин Ю.С. КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....289

Таха Х.Д., Зацаринный В.В., Федосеев А.В., Муравьев С.Ю., Леонченко С.В. РОЛЬ ЭНТЕРАЛЬНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ.....291

Натальский А.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ.....293

Камаев А.А., Пшенников А.С., Архипкина Н.В., Киселева Е.В. ЗНАЧЕНИЕ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....294

Научное издание

**Актуальные вопросы
современной медицины:
взгляд молодого специалиста**

Материалы
II Всероссийской научной конференции
студентов и молодых специалистов

Сдано в печать 13.09.2016.
Бумага писчая. Гарнитура Times. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 19,5. Тираж 41 экз. Заказ № 734.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9

Отпечатано в редакционно-издательском отделе
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
390026, г. Рязань, ул. Т. Шевченко, 34