

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

НАУЧНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
СТУДЕНЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО

Сборник тезисов работ студентов
с научно-практической
и научно-теоретической конференций
2016-2017 гг.

Рязань, 2017

УДК 61(071)
ББК 5
С232

Редакционная коллегия:

Калинин Р.Е., доктор медицинских наук, профессор;

Сучков И.А., доктор медицинских наук, доцент;

Меринов А.В., доктор медицинских наук, доцент

С232 Сборник тезисов работ студентов с научно-практической и научно-теоретической конференций 2016-2017 гг. / редкол.: Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.В. Меринов; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ООП УИГТиОП, 2017. – 125 с.

Сборник научных трудов составлен по материалам лучших докладов студентов с научно-практической и научно-теоретической конференций (16 декабря 2016 г., 3 марта 2017 г.). Сборник продолжает серию ежегодных изданий научных трудов студентов университета и включает итоги экспериментальных исследований, материалы клинических наблюдений, а также тезисы докладов по естественно-научным, гуманитарным и социально-экономическим дисциплинам.

УДК 61(071)
ББК 5

СОДЕРЖАНИЕ

ХИРУРГИЧЕСКИЙ БЛОК

Анвархонов А.Б. Сравнительный анализ различных вариантов антикоагулянтной терапии у пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей.....	7
Гусева А.А. Болезнь Илза.....	8
Гусятникова В.С. Структура осложнений после резекционных вмешательств на поджелудочной железе.....	11
Давыдова А.А. Гестационный сахарный диабет.....	12
Захаров Д.Д. Нерадикальные операции в практике гинеколога (ошибки гинеколога в онкогинекологии).....	13
Капитонова А.А. Способы обработки червеобразного отростка.....	15
Каршибаев А.Ф. Глубокий контактный кератит, миопия средней степени.....	15
Котов П.А. Случай проведения низкопоточной анестезии севораном у больной с полиаллергией в бариатрической хирургии.....	16
Ли Ю.Б., Гранаткин М.А. Малоинвазивное наружное дренирование постнекротических панкреатических кист.....	18
Логачев А.Д. Киста верхней челюсти с распространением в полость носа.....	18
Макаров М.О. Дифференциальная диагностика полипов и новообразований носа.....	19
Назарова Е.Д., Шишканова И.А. Патоморфология органов под влиянием канцерогенных факторов окружающей среды.....	20
Петрова Д.А. Патобиохимия перитонита.....	22
Рогова Т.А. Функциональная ринопластика.....	23
Рустамов В.И., Жаныгулов А.Д. Исследования способов ушивания лапаротомной раны.....	24
Шавловская С.А. Хронический панкреатит как медико-социальная мультидисциплинарная проблема.....	25

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ БЛОК

Андропова И.В. Диагностические шкалы CURB-65 и PSI в диагностике пневмонии.....	27
Гринькова Я.Н., Костина А.О. Концепция одной болезни – эндометриоз легких.....	28
Казаков А.В. Опыт лечения гипертонической болезни у пациента с сахарным диабетом 2 типа, ожирением, возрастным гипогонадизмом и дефицитом витамина Д.....	29
Комина В.И., Борзенков В.Г. Клинический случай разрыва межжелудочковой перегородки.....	31
Молостова М.В., Миняйцева А.А., Бледнова А.О. Q-инфаркт миокарда у пациентов с «чистыми» коронарными артериями.....	33
Остякова В.А. Клинический случай стафилококкового эндокардита.....	34
Полякова В.М. РКТ в диагностике и контроле лечения внутримозговой гематомы.....	35
Попова Е.А. Холангиография в диагностике опухолей Клацкина.....	36

Рудакова М.Н. Новые возможности в лечении острой сердечной недостаточности.....	37
Рябикина В.А., Минкова Т.Е. Нарушения пищевого поведения у больных СД 2 типа.....	39
Тереховская Ю.В. Нарушения ритма сердца при беременности.....	40
Хазов Д.А. Гипертрофическая кардиомиопатия у беременной (клиническое наблюдение)	41
Ширяева Ю.Н. Механизм остановки сердца и эффективность реанимационных мероприятий по данным инфарктного отделения ОККД.....	43

БЛОК ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И ИППП

Аверьянова А.Г. Склероатрофический лишай.....	45
Зиновьева В.В., Попко Н.А. Полиоксидоний – оригинальный отечественный иммуномодулятор.....	46
Иванова А.Н., Костина С.В. Случай первичного сифилиса у женщины.....	50
Кондракова М.А., Гусакова М.С. Трехкомпонентная терапия хронического вирусного гепатита С.....	50
Кондракова М.А., Гусакова М.С. Мониторинг эффективности противовирусной терапии хронического вирусного гепатита С.....	51
Костерина А.В. Особенности тактики фельдшера при оказании медицинской помощи больным ГЛПС	53
Кузнецова О.С., Каченко О.В., Новиков И.Г. Заболеваемость иксодовым клещевым боррелиозом в Рязанской области.....	55
Маркина В.Г. Динамика социального портрета ВИЧ-инфицированного за последние 3 года.....	56
Нестёркина М.В. Лучевая диагностика асептического остеонекроза головки бедренной кости.....	58
Окунев Н.Д. Эпидемиологическая характеристика заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) в зоне южной тайги (на примере Владимирской области).....	58
Гаврилова Н.В., Костюхина А.С. Эффективность живых вакцин, используемых для профилактики туберкулёза.....	59
Папкова К.С. Случай перифолликулита Гоффмана.....	60
Папкова К.С. Роль профилактических медицинских осмотров в выявлении инфекций, передаваемых половым путем.....	61
Сергеев Н.В., Буровский А.К. Клинический случай менингита с атипичной симптоматикой.....	63
Сидорова В.П. Мультидисциплинарный подход в диагностике нейроинфекций.....	64

БЛОК ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

Борзенков В.Г., Комина В.И. Психологические аспекты энуреза.....	67
Бутримова В.Н. Случай врождённой гидроцефалии.....	68
Королева Е.П., Романова Е.П. Постгеморрагическая гидроцефалия у детей грудного возраста: современное состояние проблемы в Рязанской области.....	69

Кузнецова А.Н. Клинический случай энцефалита неуточненной этиологии у ребенка.....	70
Лабазова В.А. Апатический синдром у детей.....	71
Литвинова М.В., Кудряшова О.Ю. Синдром Лайелла у ребенка раннего возраста.....	72
Романова Е.П., Королева Е.П. Постгеморрагическая гидроцефалия.....	73
Халчева М.П., Красоткина И.Г. Острый ларинготрахеит у детей.....	75

МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ БЛОК

Акишин С.В., Титова Е.А. К вопросу современного состояния фактического питания беременных женщин	77
Большакова М.Н., Дегтярь В.В. История развития акушерства.....	80
Конюхова М.О. Мероприятия первой помощи при эпилептиках.....	81
Ласкин А.С. Динамика показателей последствий дорожно-транспортных происшествий с участием детей на фоне законопроекта об обязательном ношении светоотражательных элементов для детей дошкольного и школьного возраста.....	82
Порошина М.О. Гигиеническая оценка электронных устройств, используемых в процессе обучения.....	83

БЛОК ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН

Бикташев А.И., Теплов С.А. Морфологическая характеристика латеральных структур коленного сустава.....	85
Будакинец Е.О. Функциональная и клиническая анатомия связочного аппарата коленного сустава.....	86
Елисеев А.С. Вариантная анатомия сонной борозды в зависимости от антропометрических размеров черепа.....	86
Есенина А.С. Функциональная активность и экспрессия гликопротеина-р при экспериментальной орхэктомии.....	88
Каноник К.Д., Полковникова А.В., Теплов С.А. Оценка безопасности сукралозы по ее влиянию на окислительную модификацию белков у крыс.....	89
Ковалик А.Ю. Ян Эвангелиста Пуркине и его вклад в мировую науку.....	90
Кудинова О.А., Шлыкова В.Д. Влияние длительного введения слабоалкогольных напитков на структуру печени, селезенки, почек, сердца самцов крыс.....	91
Кяримов И.А., Арушанова В.В. К вопросу о врожденных пороках развития прямой кишки.....	92
Минина В.С. Экологические группы водных беспозвоночных.....	93
Небываев Ю.И., Гаврилова Н.В., Кулемина М.В. Методы экспериментального моделирования анемий у крыс.....	94
Хаустова Л.Ю., Егоренко Е.С. Проблема увеличения биологического возраста у трудоспособного населения.....	96
Шодиев Д.Р., Некрасова М.С. Моделирование изменения в состоянии перекисного окисления белков у крыс с моделью алиментарного ожирения под влиянием мелатонина.....	97

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК

Варламов А.В. Роберт Готтсданкер. Человек и исследователь.....	99
Ковригина А.С. Тромболитическая терапия в лечении ишемического инсульта.....	100
Минаев М.О., Рудакова Д.А. Эмпирический поиск взаимосвязи когнитивного функционирования и общеклинической картины у больных шизофренией.....	101
Соломатина А.А. Анализ эффективности ТЛТ при ишемическом инсульте..	103
Стрелкова С.А. Особенности страхов детей дошкольного возраста, страдающих хроническими заболеваниями.....	104
Хребтова Т.В., Мирзабекова Д. Д. Болезнь Крейтцфельда-Якоба.....	105

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ БЛОК

Бнатова А.А. Применение богатой тромбоцитами аутоплазмы в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта.....	107
Елевтерова Е.Е. Обтурация корневых каналов системой «Термафил».....	108
Жарикова С.Ю. Исследование распространенности метеорологического хейлита среди студентов стоматологического факультета РязГМУ.....	109
Олейников А.А., Суров Д.А. Стрессовая реакция организма на оперативное вмешательство.....	111
Потапов А.С., Волкова М.И. Особенности состояния полости рта у лиц, отказавшихся от употребления мяса (вегетарианцы, веганы).....	112
Рахмонов З.У. Факторы, повышающие комплаентность стоматологических пациентов на этапах ортопедического лечения.....	113
Рудаков К.А. Сравнительное определение жевательной эффективности как одного из показателей стоматологического здоровья студентов.....	114
Сухов А.Д. Операция – сложное удаление третьего моляра нижней челюсти.....	116
Чиженкова Н.В. Современное представление и состояние патологии ВНЧС в клинике ортопедической стоматологии.....	117

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ БЛОК

Борисова О.О. Исследование экологической безопасности фармацевтических организаций.....	118
Гаффари Фатма. Ар - Рази – выдающийся алхимик арабского мира.....	119
Захарова С.В. Анализ международных и национальных документов по продвижению лекарственных средств.....	120
Коканов А.А., Жустрин Д.Ю. О некоторых результатах анализа острых отравлений химической этиологии среди населения Рязанской области.....	121
Черентаева Т.И. Производные акриловой кислоты как гелеобразователи и анализ их использования в технологии мазей.....	122
Шуваева Е.С. Биофармацевтические аспекты полиморфизма фармацевтических субстанций в технологии производства лекарственных препаратов.....	124

Хирургический блок

Сравнительный анализ различных вариантов антикоагулянтной терапии у пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей

Анвархонов А.Б. 6 курс, лечебный ф-т.

Кафедра сердечно - сосудистой, рентгенэндоваскулярной, оперативной хирургии и топографической анатомии

Научные руководители – д.м.н., проф. Сучков И.А., к.м.н. Мжаванадзе Н.Д.

Актуальность исследования. Венозные тромбоэмболические осложнения (ВТЭО), к которым относят тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА), остаются важнейшей проблемой клинической медицины. Тромботическое поражение венозного русла нижних конечностей, прежде всего глубоких вен, представляет собой острое состояние, развивающееся в результате комплексного действия факторов. В отдалённом периоде после ТГВ формируется посттромботическая болезнь нижних конечностей (ПТБ), которая сопровождается глубокой дезорганизацией работы венозной системы нижних конечностей с высокой вероятностью развития трофических язв.

Научная новизна. Доказана необходимость адекватной антикоагулянтной терапии (АКТ) как основы лечения больных с ТГВ (в том числе бессимптомного). АКТ показана всем больным с ТГВ при отсутствии противопоказаний. Внедрение в практику прямых пероральных антикоагулянтов позволило изменить тактику АКТ. Однако подбор варианта АКТ у конкретного больного с ТГВ зависит от ряда условий. Проблема. Сравнивались результаты различных вариантов АКТ в трех группах: ривароксабаном, нмг + варфарином и нмг + ривароксабан у больных с ТГВ. Стоит отметить, что в исследовании принимали участие лишь те больные, кто получал консервативное лечение ТГВ. В исследование не включались больные с клиническими подозрениями на ТЭЛА, подлежащие хирургическому лечению и др. В ходе работы оценивались такие показатели как параметры ультразвуковой динамики тромба, биохимические показатели крови, коагулограмма, сроки госпитализации, частота рецидива заболевания, а также геморрагические осложнения и показатели качества жизни. Пациенты, употреблявшие ривароксабан находились на стационарном лечении меньше, чем 2 другие группы, а также видно, что пациенты, употреблявшие нмг + варфарин находились на стационарном лечении дольше всех. За 6 месяцев в 1 группе наблюдалось 2,1% случаев ретромбозов, во 2 группе - 4,1% случаев. В 3 группе рецидивов заболевания не наблюдалось. При сравнении стандартных лабораторных показателей установлено, что они не имеют высокой значимости для

оценки антикоагуляции у пациентов принимавших НМГ и ривароксабан, и только уровень МНО является специфическим для пациентов, принимающих варфарин. Индекс Rosendaal за 6 месяцев у пациентов 2 группы составил 54%, что указывает на недостаточную безопасность и эффективность варфаринотерапии. При оценке лабораторных показателей коагулограммы и биохимии крови в амбулаторном периоде достоверных отличий от исходных результатов не получено.

Выводы. Использование ривароксабана дало более высокие показатели динамики фиксации и лизиса флотирующего тромба, а также меньшую частоту значимых и отсутствие больших геморрагических осложнений в сравнении с варфарином; уровень качества жизни повышался при любом виде АКТ, однако лучшие результаты отмечены при применении ривароксабана.

Болезнь Илза

Гусева А.А. 5 курс, лечебный ф-т.

Кафедра глазных и ЛОР - болезней

Научный руководитель - к.м.н., доц. Колесников А.В.

Введение. Болезнь Илза носит и другое официальное название - ювенильная ангиопатия, а также васкулит ретинальный, перифлебит сетчатки, ретинит пролиферирующий. Данная патология относится к гетерогенным заболеваниям, которая относится как к воспалительным нозологиям (ювенильная ангиопатия может сопровождаться развитием васкулитов, перифлебитов и периваскулитов), так и к сосудистым. Отличительной чертой болезни Илза является кровоизлияние в стекловидное тело глаза с частыми рецидивами и неососудообразование периферийной сетчатки, не сопровождающаяся какими-то патогномичными клиническими симптомами. Процесс неососудообразования (неоваскуляризация - патологическое разрастание сосудов там, где в норме их быть не должно), как правило, протекает на границе зон сетчатки с недостаточным кровообращением (ишемические зоны) и нормальными зонами, что является компенсаторной реакцией на ишемию. Ювенильной ангиопатией по статистике чаще болеет мужской пол в возрастной группе от 15 до 45 лет.

Актуальность: состоит в том, что: 1. Заболевания молодого возраста; 2. Частые рецидивы; 3. Частичная или полная потеря зрения; 4. Неизвестный патогенез заболевания; 5. Симптоматическое лечение. Этиология окончательно не выяснена, однако установлено большое значение в возникновении его туберку-

лезной инфекции. У больных страдающих перифлебритом в большинстве случаев кожные туберкулиновые тесты положительные. Вместе с тем играют роль и токсоплазмоз, сифилис, неспецифические очаговые инфекции, заболевания крови, эндокринные нарушения, рассеянный склероз, вирусные инфекции и др. Также предполагают аллергический характер поражения сосудов. Что тоже связывают с повышенной чувствительностью стенок вен периферии сетчатки к антигену туберкулезной палочки и другим возбудителям. Патогенез БИ по настоящее время остается не до конца изученным. Согласно современным представлениям, первой стадией патологического процесса является развитие перифлебрита периферических сосудов сетчатки (воспалительная стадия). В настоящее время активно исследуются лежащие в его основе иммунные механизмы. Так, выявлено влияние на патологический процесс уровня VEGF Vascular endothelial growth factor (белки сосудистого эндотелиального фактора роста) и PIGF Phosphatidylinositolglycan biosynthesis class F protein (планцентарный фактор роста), и доказана связь с повышением таких цитокинов, как интерлейкины (IL-6 и IL-10) и фактор некроза опухоли (TNF - α). Все это приводит к нарушению микроциркуляции, инфильтрации эндотелия сосудов лейкоцитами и усилению оксидативного стресса, что непременно влечет за собой окклюзию сосудов с образованием зон неперфузии (ишемическая стадия). В ответ развивается неоваскуляризация, с последующими кровоизлияниями в стекловидное тело и развитием отслойки сетчатки (пролиферативная стадия).

Цель исследования. Проанализировать случай из клинической практики у больной с болезнью Илза и понять возможные методы лечения данной патологии.

Материалы и методы исследования. Пациентка 19 лет. Клинический случай. Больная 19 лет впервые обратилась в ГБУ РО КБ им. Семашко 30.12.2015 с жалобами на резкое снижения зрения правого глаза и плавающую «муть» перед глазами. Из анамнеза заболевания со слов пациентки: 28.12.2015 г. вечером вышла на холодный балкон и почувствовала резкое появление пелены перед правым глазом, после чего в течение 2 - х дней зрение ухудшалось и появились плавающие помутнения перед глазами. При опросе хронические инфекционные, соматические, аллергические заболевания отрицает. Данные объективного обследования при поступлении: снижение остроты зрения правого глаза 0,8 н/к, при биомикроскопии заднего отрезка правого глаза: в центре, перед ДЗН и в нижних отделах сгустки и плавающие помутнения с тенденцией к фиксации в нижних отделах и к ДЗН. Проведено лечение п/б этамзилат 12,5% + дексазон 0,25-1 мг ОД, эмоксипин 1%, кальция глюконат 1%, Аутогемотерапия. 12.01.2016 г. выписана с улучшением и направлена в НИИ Гб им. Гельмгольца

г. Москвы. При поступлении острота зрения правого глаза была 0,7 н/к, диффузный отек, гемморрагии в переднем отделе стекловидного тела, новообразованные сосуды. 19.04.2016 Была проведена первая транспупиллярная лазерная коагуляция сетчатки OD №2 и в июне была вторая лазерокоагуляция. После лазерокоагуляции больная не отмечала улучшений. Данные объективного обследования на данный момент: отек макулярной зоны, новообразованные сосуды на диске, снижение рефлексивности (за счет изменений в стекловидном теле), «зубчатая» структура сетчатки, отек нейроэпителлия.

Лечение. Во-первых, это проведение дополнительных исследований на выявление различных инфекционных факторов в крови. Во-вторых, так как патогенез заболевания до конца не выяснен, поэтому нашей тактикой будет именно симптоматическое лечение, направленной на борьбу с неоваскуляризацией. Как мы видим, после проведения лазерокоагуляции больная улучшений не заметила, что так же подтверждается результатами обследования. Дальнейшим в тактике будет введение ингибиторов ангиогнеза: луцентис, ранибизумаб, эйлеа. Механизм действия препаратов. Молекулы препарата действуют как «ловушка», срачиваясь с молекулами не только эндотелиального фактора роста сосудов (VEGF), а также плацентарного фактора роста (PIGF). ЭЙЛЕА характеризуется более продолжительным внутриглазным действием, что позволяет проводить инъекции реже. Кроме того, этот препарат может применяться не только при «влажной» форме возрастной макулярной дегенерации, но и в случаях ухудшения зрения, вызванного диабетическим макулярным отеком и макулярным отеком вследствие окклюзии вен сетчатки. Сосудистый эндотелиальный фактор роста А (VEGF-A) и плацентарный фактор роста (PIGF) являются членами семейства VEGF ангиогенных факторов, которые обладают мощным митогенным, хемотактическим действием в отношении клеток эндотелия и повышают проницаемость сосудов. VEGF действует через два тирозинкиназных рецепторов, VEGFR-1 и VEGFR-2, представленных на поверхности эндотелиальных клеток. PIGF связывается только с VEGFR-1, которые также присутствуют на поверхности лейкоцитов. Избыточная активация VEGF-A этих рецепторов может приводить к патологической неоваскуляризации и избыточной проницаемости сосудов. В этих процессах PIGF может проявлять синергизм с VEGF-A, а также стимулирует инфильтрацию лейкоцитов и сосудистое воспаление. Афлибирецепт действует как растворимый рецептор-ловушка, связывающий VEGF-A и PIGF с более высокой степенью сродства по сравнению с их естественными рецепторами и способный, таким образом, ингибировать связывание с этими естественными рецепторами VEGF и их активацию.

Структура осложнений после резекционных вмешательств на поджелудочной железе

Гусятникова В.С. 5 курс, лечебный ф-т.
Кафедра госпитальной хирургии
Научные руководители - к.м.н., доц. Соколова С.Н.,
асс. Рахмаев Т.С., асс. Баконина И.В.

Актуальность. Частота осложнений после резекционных вмешательств, крайне высока, может сопровождаться специфическими осложнениями различных вариантов резекций поджелудочной железы.

Цель исследования. Проанализировать структуру послеоперационных осложнений пострезекционных вмешательств на поджелудочной железе.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 84 пациентов хирургических отделений МУЗ ГК БСМП поступивших в 2013 - 2016 гг. с диагнозом «рак головки поджелудочной железы». Диагностика заболевания и контроль за его течением осуществлялись на основе клинико-лабораторных данных, картины ультразвукового исследования и результатов контрастного рентгенологического исследования.

Результаты и обсуждение. У 23 (26%) пациентов проводилась расширенная ПДР, операция Фрея выполнялась 7 (8%) пациентов, операция Бегера 5 (6%), субтотальная резекция ГПД 3 (3%) и стандартная ПДР выполнялась 10 (12%) пациентам. Частота часто встречаемых осложнений после выполнения стандартной и расширенной ПДР представлены: послеоперационный панкреатит встречается у 15 (43%) пациентов, несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза 1 (3%); несостоятельность билиодигетивного анастомоза у 3 (8%) пациентов, свищи ПЖ наблюдалось 10 (29%) при этом летальность составила 3 (9%).

Вывод. Частота послеоперационных осложнений при резекционных вмешательствах на поджелудочной железе остается высокой, что требует дальнейшего совершенствования хирургической техники и тактики ведения больных в послеоперационном периоде.

Гестационный сахарный диабет

Давыдова А.А. 5 курс, лечебный ф-т.
Кафедра акушерства и гинекологии
Научный руководитель – асс. Разумная В.Е.

Актуальность: Гестационный сахарный диабет - нарушение толерантности к глюкозе, возникающее или впервые выявленное во время беременности, причем не исключается возможность того, что нарушение углеводного обмена могло предшествовать беременности, но оно не было установлено. Распространенность болезни составляет от 1% до 20% на общее количество родов, причем число больных диабетом беременных ежегодно увеличивается. Несмотря на достижения акушерской диабетологии, общая частота осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при ГСД не опускается ниже 80%.

Клиническое наблюдение: Беременная Н., 37 лет поступила в роддом ГКБ №2 в 8 ч 00 мин. Анамнез: рост - 162 см, вес - 104 кг. Общие заболевания: ОРВИ, аппендэктомия 1995 г. Менструация: с 14 лет, по 4 дня через 28 дней, регулярные, безболезненные, начало половой жизни с 22 лет. Гинекологические заболевания: отрицает. 1 беременность – 1998 г. роды срочные, нормальные - мальчик, вес – 4200 г, 2 беременность – 2003 г. роды срочные, нормальные роды - девочка, вес – 4800 г, 3 беременность - настоящая. За время беременности не наблюдалась, посещала врача ЖК 2 раза. УЗИ на руках не имеет. За время беременности женщине проводилось стационарное лечение гестационного диабета. При выписке давались рекомендации по соблюдению диеты и контроль глюкозы крови, которые она не соблюдала. Объективно: Состояние удовлетворительное. АД -130/80,130/80 мм.рт.ст. Таз 25 - 29 - 33 - 21, ромб 12/12 см, окружность живота - 127 см, высота дна матки - 39 см. Предполагаемый вес плода 4200 - 4400г. Положение плода продольное, 1 позиция, передний вид, предлежит головка, над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное до 140 мин. Влагалищное исследование: шейка матки центрирована, укорочена до 1,5 см, мягкая, цервикальный канал пропускает 2 п/п. Анализ крови на глюкозу: глюкоза крови 7,0 ммоль/л натощак.

Диагноз: Ложные схватки при III беременности III предстоящих родах в сроке 39 - 40 недель. Крупный плод. Гестационный сахарный диабет.

План: клинико-лабораторное обследование, КТГ, УЗИ + доплерометрия. При развитии регулярной родовой деятельности роды вести через естественные родовые пути с клинической оценкой таза в родах, профилактикой кровотечения в III и раннем послеродовом периоде. В 11 ч 00 мин. у женщины излились светлые око-

лоплодные воды в умеренном количестве. В 12 ч. 00 мин. жалобы на схваткообразные боли внизу живота умеренно болезненные, средней силы через 7 - 8 минут по 20 секунд. Учитывая несоответствие между размерами таза матери и головкой плода, показано кесарево сечение в экстренном порядке. При операции кесарева сечения извлечен живой доношенный мальчик, массой 5800 г, рост - 60см, оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Послеоперационный период протекал гладко. Выписаны на 7 сутки в удовлетворительном состоянии.

Выводы: 1. Женщина относится к высокой группе риска по развитию гестационного сахарного диабета (ожирение, наличие в анамнезе родов с крупным весом плодов, наличие крупного плода в данную беременность).

2. В связи с отсутствием наблюдения в ЖК во время беременности, нерегулярным ее посещением женщиной, гестационный СД был диагностирован в достаточно позднем сроке (28 недель).

3. Учитывая не соблюдение женщиной рекомендации по диете и контроль уровня глюкозы крови, гестационный диабет продолжал прогрессировать до момента родов.

4. При поступлении в акушерский стационар выявлены ошибки при установке предполагаемого веса плода, в связи с этим вначале 1 была избрана неверная тактика ведения родов - через естественный родовой путь, что впоследствии было исправлено при оценке акушерской ситуации. Возможно, что избыточный вес женщины повлиял на неправильное определение ПВП.

5. После рождения у ребенка наблюдались фенотипические признаки диабетической фетопатии: макросомия, диспластическое ожирение, лунообразное лицо, короткая шея, заплывшие глаза, пастозность, отеки на ногах.

6. Таким образом, несмотря на гестационный диабет остается достаточно распространенным заболеванием во время беременности, требующим своевременного выявления и лечения.

Нерадикальные операции в практике гинеколога (ошибки гинеколога в онкогинекологии)

Захаров Д.Д. 5 курс, лечебный ф-т.

Кафедра акушерства и гинекологии

Научные руководители – к.м.н., доц. Репина Н.Б., асс. Уткин Д.О.

Актуальность. С каждым годом пациентки со злокачественными опухолями репродуктивной системы «молодеют» и количество их не уменьшается. Чтобы уве-

личить безрецидивный период после оперативного лечения, улучшить качество жизни пациентов, необходим полный комплекс диагностических мероприятий на догоспитальном этапе, а также адекватный объем хирургической операции.

Цель: определить значение различных вариантов нерадикальных резекций и предложить пути повышения радикализма операций. В основу работы положен анализ результатов обследования и лечения 59 больных злокачественными новообразованиями с гистологически подтвержденным процессом и повторно выполненной операцией этим пациенткам. Заболевания, по поводу которых проводились операции: рак яичника (61%), рак эндометрия (11%), саркома матки (19%), рак шейки матки (6%), саркома вульвы (3%). Такой высокий процент пациенток с раком яичника связан с тем, что эти неоплазии могут маскироваться под таким диагнозом как миома матки. Также нередко опухоли яичников являются метастатическими: из желудочно-кишечного тракта или из молочной железы (важно обследовать все отделы толстой кишки). Причинами повторных оперативных вмешательств являются: недостаточный комплекс диагностических мероприятий на догоспитальном этапе: пациентка не обследовалась у гинеколога, отсутствовало УЗИ или неточная его трактовка; недообследован эндометрий перед операцией, шейка матки, ЖКТ; не взят онкомаркер - в 59% случаев; невыполнение стандартов медицинской помощи в интраоперационном периоде: неточно исследован макропрепарат, в больнице нет экстренного морфологического исследования, неадекватный объем оперативных вмешательств; не взяты биопсия и мазки с брюшины - в 38% случаев. Клинические случаи, когда нерадикальная операция была оправданной - это операции по экстренным показаниям, когда нет возможности выполнить весь комплекс исследований - в 3% случаев.

Выводы. Оперативное удаление опухоли является основным лечебным методом в онкологии. Залог успеха хирургического лечения пациентов заключается в правильном планировании оперативного вмешательства и в высокой онкологической настороженности. Очень сложно правильно спланировать операцию по удалению опухоли без предварительной морфологической диагностики удаляемого новообразования (особенно актуально в случае патологии тела и шейки матки). Необходимо четко понимать, какой объем удаляемых тканей необходимо иссечь при операции, и какие хирургические границы резекции будут оптимальными. Ведь уменьшение границы резекции опухоли вызывает возникновение рецидивов и стимуляцию метастазирования. Визуально невозможно точно определить, с какой именно опухолью имеет дело хирург. Поэтому необходим обязательный осмотр удаленного органа или опухоли патоморфологом, при необходимости выполнение экстренного морфологического и/или цитологического исследования. Только при соблюдении данных аксиом многих ошибок диагностического и тактического характера можно избежать.

Способы обработки червеобразного отростка

Капитонова А.А. 5 курс, лечебный ф-т.
Кафедра госпитальной хирургии
Научный руководитель – д.м.н., доц. Натальский А.А.

Актуальность. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый аппендицит составляет 89,1%. С внедрением в хирургию эндовидеотехнологий, все чаще стали выполнять лапараскопические аппендэктомии. Эта операция требует особых навыков, поэтому так необходимы занятия в симуляционном центре. Работа в симуляционном центре для будущих хирургов является неотъемлемой частью в процессе обучения в медицинском университете.

Цель исследования. 1. Доказать необходимость тренировок студентов, интернов, ординаторов, докторов на симуляторах. 2. Анализ результатов обработки червеобразного отростка разными способами.

Материалы и методы. 1 способ - лигирование отростка при помощи петли Линча и пушера (эндоскопический толкатель для экстракорпорального затягивания узлов). 2 способ - с помощью узла Редера и двух зажимов «граспера». 3 способ - методом формирования интракорпоральных узлов.

Результаты. Отработка основных элементов операции на симуляторе позволяет обучаемым приобрести навык и существенно сократить время хирургического вмешательства. В результате работы в центре на начальном этапе освоения техники аппендэктомии время работы занимало 12 минут, а через 8 занятий в центре сократилось вдвое.

Выводы. Для формирования профессиональных навыков специалистов хирургического профиля необходима подготовка не только «у постели больного» но и в специализированных симуляционных центрах. При наличии специальных тренажеров повышается эффективность освоения простых видеолапароскопических манипуляций и сокращается количество технических ошибок во время непосредственного проведения операций.

Глубокий контактный кератит, миопия средней степени

Каршибаев А.Ф. 6 курс, лечебный ф-т.
Кафедра глазных и ЛОР - болезней
Научный руководитель – асс. Севостьянов А.Е.

Актуальность исследования. Одним из серьезных осложнений при контактной коррекции является микробный кератит, особенно бактериальный, который

является наиболее стремительным и тяжелым последствием. Он может возникнуть первично, а может присоединиться к другим заболеваниям и состояниям роговицы. Кератиты при контактной коррекции встречаются нередко, поскольку формально любая инфильтрация роговицы клетками воспаления - это кератит по определению. Кератиты разделяют на 6 категорий: микробный кератит, периферическая язва из-за контактной линзы, острый красный глаз из-за контактной линзы, инфильтративный кератит, бессимптомный инфильтративный кератит, бессимптомные инфильтраты. По статистике встречаемость микробного кератита в разных регионах варьирует в пределах 2 - 5 случаев на 10'000 носящих линзы в год неизменно в течение последних 20 лет. Это свидетельствует о том, что осложнения ношения контактных линз в течение продолжительного времени, остается актуальной проблемой. Новизна исследования. В исследовании кератита выявлена связь с перенесенными общими заболеваниями, вирусными и бактериальными инфекциями, воспалением других структур глаза, микротравмами глаза и др. Ведущим методом объективной диагностики кератита служит биомикроскопия глаза. С целью оценки глубины поражения роговицы при кератите проводится эндотелиальная и конфокальная микроскопия роговицы. Изучение кривизны роговичной поверхности осуществляется путем проведения компьютерной кератометрии; исследование рефракции с помощью кератотопографии. Для определения корнеального рефлекса прибегают к проведению теста на чувствительность роговицы или эстезиометрии.

Проблема. Несмотря на усовершенствование контактных линз, частота контактных кератитов остается прежней. Проанализировав случай из клинической практики у больного с глубоким контактным кератитом, удалось понять возможные исходы протекания болезни, найти оптимальные методы инструментального и лабораторного обследования, разобрать виды и методы лечения.

Выводы. Контактные кератиты отличаются тяжестью и длительностью течения. Независимо от этиологии, необходимо раннее начало лечения. Важно соблюдать требования гигиены при надевании, снятии и хранении контактных линз.

Случай проведения низкопоточной анестезии севораном у больной с полиаллергией в бариатрической хирургии

Котов П.А. 6 курс лечебный ф-т.

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Научный руководитель – к.м.н., доц. Ершов Н.Г.

Актуальность. Стремительное увеличение людей с избыточной массой тела в мире и России сохраняет проблему ожирения чрезвычайно актуальной. По дан-

ным всемирной организации здравоохранения к 2017 году на планете будут страдать от ожирения более 700 миллионов людей. Возрастает количество морбидных форм ожирения, сопровождающихся тяжелыми патологическими изменениями в организме. Хирургическое лечение порой является единственной надеждой для данной группы пациентов и требует тщательной оценки анестезиологического и хирургического риска. Следует отметить, что у всех препаратов, используемых во время проведения анестезии, есть потенциал, чтобы вызвать аллергические реакции. Это является важным моментом при выборе анестетика и способа анестезии у пациентов, имеющих в анамнезе поливалентную лекарственную аллергию. У данной категории лиц необходимо свести к минимуму использование внутривенных анестетиков.

Клинический случай. Пациентка Н., 56 лет, поступила с жалобами на избыточную массу тела. Известно, что у больной отягощенный аллергологический анамнез - аллергическая реакция по типу анафилактического шока на кетамин, пропофол, тиопентал натрия, новокаин.

Основной диагноз: ожирение III степени (морбидное) Сопутствующие заболевания: ГБ II ст., 2 ст., риск 3, ХОБЛ, поливалентная лекарственная аллергия. Планируемое оперативное вмешательство - лапароскопическая продольная резекция желудка. Осмотр анестезиолога: Общее состояние удовлетворительное, класс по Mallampati II, риск по ASA 3/III. АД 140/90 мм.рт.ст., пульс 83 уд. в минуту. Планируется проведение низкпоточной ингаляционной анестезии севораном.

Протокол анестезии: Индукция севофлураном в дозе 6-8% об. Миоплегия для интубации трахеи - эсмерон 0,5 мг/кг. Поддержание анестезии - севофлуран 1,5 - 3,0 % об + аналгезия фентанилом 2 - 4 мг/кг/ч дробно Искусственную вентиляцию легких проводили по объему аппаратом Prima Penlon кислородно-воздушной смесью в соотношении 1:1 с РЕЕР - 4-5 см.вод.ст. и потоком газовой смеси не более 1,5-2 л/мин. Миорелаксацию поддерживали введением эсмерона в дозе 0,1 мг/кг/ч. Послеоперационный период без особенностей.

Вывод: на примере данного клинического случая продемонстрирован наиболее рациональный и безопасный метод проведения общей анестезии у пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом: 1) Общий принцип - свести к минимуму использование внутривенных анестетиков 2) Индукция ингаляцией севорана. 3) Поддержание анестезии – севоран + фентанил.

Малоинвазивное наружное дренирование постнекротических панкреатических кист

Ли Ю.Б., Гранаткин М.А. 5 курс, лечебный ф-т.

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Научный руководитель – к.м.н., асс. Романов А.Н.

Введение. Постнекротическая киста является ложной, то есть это - полостное образование, которое развивается вследствие перенесенного заболевания и не имеет эпителиальной выстилки. Псевдокисты - скопления жидкости, содержащие тканевой детрит, агрессивные ферменты поджелудочной железы, кровь. Актуальность данной проблемы обусловлена неуклонным ростом частоты возникновения острого панкреатита, при этом в структуре летальности острый панкреатит, также занимает одно из ведущих мест. Особую тревогу вызывает рост его тяжелых деструктивных форм, которые по данным разным авторов встречаются в 6 - 9 до 30 - 50 процентах случаев. Существуют различные способы лечения постнекротических панкреатических кист. Малоинвазивное наружное дренирование ложных кист - альтернатива двум методам открытых операций (марсупиализация, наложение цистоэнтероанастомоза), позволяющая адекватно дренировать полость кисты и добиться её полной облитерации.

Более подробно о технике проведения наружного дренирования: 1. Выбор безопасной траектории пункции под контролем УЗИ 2. Обезболивание кожи и подкожной клетчатки местным анестетиком (новокаин) 3. Введение иглы, извлечение стилета. 4. Введение проводника, удаление пункционной иглы. В пункционный ход вводится дренажный катетер. 5. Фиксация катетера.

Вывод. В клинике кафедры факультетской хирургии РязГМУ имени академика И.П. Павлова за последние 2 года выполнено 10 дренирований кист под контролем УЗИ. Осложнение отмечено в 1 случае в виде перфорации кисты в брюшную полость с развитием перитонита. В этом случае была проведена операция марсупиализации.

Киста верхней челюсти с распространением в полость носа

Логачев А.Д. 5 курс, лечебный ф-т.

Кафедра глазных и ЛОР - болезней
Научный руководитель – д.м.н., проф. Панин В.И.

Актуальность исследования. Киста верхней челюсти с распространением в полость носа является весьма распространенной патологией. В настоящее вре-

мя хирургическое лечение данной патологии является наиболее эффективным, что не маловажно, т.к. все кисты верхней челюсти являются очагами хронической инфекции, оказывающей неблагоприятное воздействие на организм.

Материалы и методы: больная С., 1939 года рождения, поступила в Оториноларингологическое отделение больницы им. Н.А. Семашко города Рязани 7.11.2016 г. с жалобами на заложенность носа слева, деформацию крыла носа и периодические гнойные выделения из этой половины носа, дискомфорт в околоносовой области слева. Из анамнеза выявлено, что считает себя больной длительное время. Дважды отмечались гнойные выделения из носа, после чего выбухание крыла носа и заложенность носа проходили. Осмотр ЛОР органов: Передняя риноскопия - носовое дыхание умеренно затруднено слева, в преддверии носа слева пальпируется округлое образование. Отделяемое отсутствует. Носовая перегородка в срединном положении, Слизистая оболочка носа розовая, Носовые раковины не изменены. Задняя риноскопия - носоглотка: хоаны свободны. На КТ придаточных пазух носа определяется гладкое полостное образование в области дна носа, которое закрывало преддверие носа и смещало крыло носа. Основание образования находилось в области альвеолярного отростка верхней челюсти на уровне II - III зуба. Окончательный D.S.: киста верхней челюсти (альвеолярного отростка).

Результаты. Была произведена ринохирургическая операция с доступом через преддверие полости рта, с удалением кистозного образования размером 2 см. Больная в удовлетворительном состоянии дегоспитализирована.

Заключение. Кисты верхней челюсти требуют дифференциальной диагностики с новообразованием, при распространении в полость носа или верхнечелюстных пазух необходимо хирургическое вмешательство.

Дифференциальная диагностика полипов и новообразований носа

Макаров М.О. 5 курс, лечебный ф-т.

Кафедра глазных и ЛОР - болезней

Научный руководитель – д.м.н., проф. Панин В.И.

Актуальность. Полипы носа – это разрастания слизистой оболочки в результате хронического иммунного воспаления слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух. Эпидемиологические исследования, проведенные в России, выявили полипозный риносинусит (ПРС) у 1-1,3% обследованных больных. В части случаев, после гистологического исследования выявляются доброкачественные и злокачественные новообразования, что делает актуальной дифференци-

альную диагностику. За последние пять лет в оториноларингологическом отделении ГБУ РО «КБ им. Н.А. Семашко» наблюдалось семеро больных с распространенными полипами полости носа и околоносовых пазух. При риноскопии и эндоскопии полости носа выявлялись множественные полипозные образования или одиночные гладкие образования, которые obturировали полость носа, распространялись в решетчатые и верхнечелюстные пазухи, полость орбиты, носоглотку. При КТ и МРТ околоносовых пазух выявлялись разрастания полипозной ткани больших размеров в полости носа, решетчатых и верхнечелюстных пазух с распространением в орбиту, что не позволяло определить первичную локализацию процесса. Предоперационная биопсия полипозных тканей выявляла деструктирующую аденому, ангиофибром, инвертированную папиллomu и неспецифические полипы. Клинический диагноз выставлялся в соответствии с патоморфологическим заключением биопсийного материала. Всем больным проводилось хирургическое лечение. У трех больных - радикальная операция (операция Денкера), у четверых - ринотомия по Муру, с удалением новообразования и вскрытием решетчатых, клиновидных, лобных и верхнечелюстных пазух, ревизией орбиты и основания передней черепной ямки.

Выводы. 1) Для раннего выявления новообразований носа и околоносовых пазух необходимо комплексное обследование с эндоскопией носа, биопсией образований, КТ и МРТ околоносовых пазух, что позволяет определить дальнейшую тактику лечения. 2) У шестерых больных патоморфологический диагноз предоперационный и послеоперационный совпадали: полипозный процесс, аденома, ангиофиброма. У одного больного патоморфологическое исследование операционного материала выявило аденокарциному полости носа и околоносовых пазух. 3) Для дифференциальной диагностики полипов носа, доброкачественных и злокачественных новообразований полости носа и околоносовых пазух необходима повторная биопсия материала в условиях стационара с использованием эндоскопической техники. 4) При доброкачественных и злокачественных новообразованиях операцией выбора является ринотомия по Муру.

Патоморфология органов под влиянием канцерогенных факторов окружающей среды

Назарова Е.Д., Шишканова И.А. 3 курс, лечебный ф-т.
Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины
Научный руководитель – к.м.н., доц. Анисимова С.А.

Актуальность исследования. По данным американских учёных более 40% смертей происходит из - за загрязнения атмосферы, почвы и воды планеты.

Среди всех источников загрязнения на первый план уверенно выходят химические вещества. Наибольшую опасность для человека представляют такие канцерогены как бензол, бензантрацен и тиомочевина.

Цель исследования: изучить влияние биорезонансных препаратов бензола, бензантрацена и тиомочевины на различные ткани и органы.

Материалы и методы. Создание биорезонансных канцерогенов осуществлялось на медикаментозном селекторе по методике прямого энергоинформационного переноса свойств препаратов на сахарную крупку. Объектом исследования послужили 10 белых беспородных самок крыс в возрасте около 4 месяцев. Животных разделили на две группы, по 5 особей в каждой. Первая группа: интактные животные, которые получали стандартную сахарную крупку. Вторая группа: животные, которые получали обработанную определёнными электромагнитными частотами крупку. В течение двух месяцев крысам ежедневно перорально вводили биорезонансные препараты. По окончании эксперимента извлекали следующие органы: печень, легкие, сердце, селезенку и щитовидную железу. Образцы фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, заливали парафином, а срезы окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты. Полученные гистологические препараты были подробно изучены и описаны. При сопоставлении выявленных нами морфологических изменений в разных органах с литературными данными, мы не обнаружили идентичной картины. Однако сравнительный анализ свидетельствует об однонаправленности действия химических и биорезонансных канцерогенов. Под влиянием биорезонансных препаратов мы увидели микроскопию, характерную не для процессов канцерогенеза, а скорее для процессов, которые им предшествуют: - во всех органах достаточно хорошо выраженные воспалительные изменения продуктивного характера; - различные деструктивные нарушения в печени, легких, миокарде; - компенсаторно - приспособительные процессы наиболее заметны в щитовидной железе и селезенке, проявляющиеся преимущественно гиперплазией и пролиферацией.

Вывод. Биорезонансные препараты бензола, бензантрацена и тиомочевины способствуют возникновению различных патологических процессов в органах и тканях, что указывает на их токсичность.

Патобиохимия перитонита

Петрова Д.А. 4 курс, лечебный ф-т

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель - к.м.н., асс. Зацаринный В.В.

Актуальность. Существует версия, что эндотелиальная дисфункция в настоящее время является причиной развития полиорганной недостаточности и летальных исходов в остром периоде распространённого перитонита.

Цель исследования. Определить биохимические маркеры перитонита и абдоминального сепсиса.

Задачи: 1. Изучить по литературным источникам патогенез перитонита. 2. Определить в лабораторных условиях метаболиты, играющие роль в формировании эндотелиальной дисфункции. 3. В перспективе - изучить патоморфологию перитонита. 4. Полученные результаты использовать для экспериментальных моделях на животных.

Обсуждение: эндотелий, с одной стороны, участвует практически во всех процессах, определяемых как гомеостаз, гемостаз и воспаление, с другой - это первый орган - мишень, наиболее рано реализующий многие звенья патогенеза разных заболеваний, в том числе и большинства сердечно - сосудистых. Диагностика эндотелиальной дисфункции: При перитоните происходит высвобождение медиаторов: - цитокины (ФНО, ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10 и др.) - компонента (С3а, С5а), - факторов свертывания крови (фактор Хагемана), - кининов (брадикинина), - липидных метаболитов (ПГ, лейкотриенов), - протеаз (эластазы, коллагеназы), - токсических кислородных продуктов (супероксидов, перекиси водорода, ОН) - оксида азота, - протеинов адгезии (селектинов, CD11/18). Наиболее информативным по нашему мнению является определение оксида азота II. Лабораторно его можно определить следующим образом: метод основан на способности нитритных ионов давать интенсивно окрашенные диазосоединения с первичными ароматическими аминами. При определении используется реакция с сульфаниловой кислотой и альфанафтиламином (реактив Грисса) с образованием розовой окраски, интенсивность которой пропорциональна содержанию нитритов в воде. Цель: на готовую клеточную культуру мезотелия и эндотелия воздействовать этиологическим фактором для моделирования перитонита в лабораторных условиях, а затем изучить влияние лечебных факторов (фармакологических, механических, физических и тд.) для выбора наиболее эффективного из них.

Выводы: оксид азота II является критерием интоксикации при распространенном перитоните. При лабораторном определении уровня NO можно объективно судить о развитии осложнений при перитоните, в том числе и о летальном исходе. Таким образом, определив количественный уровень NO, мы можем прогнозировать развитие ДВС - синдрома, абдоминального сепсиса, сердечно - сосудистой недостаточности. Наконец, дать объективную оценку эффективно/неэффективно ли проводимое лечение.

Функциональная ринопластика

Рогова Т.А. 6 курс, лечебный ф-т.
Кафедра глазных и ЛОР - болезней
Научный руководитель – д.м.н., проф. Панин В.И.

Актуальность проблемы связана с высокой востребованностью хирургического восстановления носового дыхания и эстетической функции носа. До настоящего времени подобные операции часто выполняются отдельно как пластическими хирургами, так и оториноларингологами.

Материалы и методы. Последние 10 лет в ЛОР - отделении ГБУ РО «КБ им. Н.А. Семашко» выполняется функциональная ринопластика, при которой одновременно устраняются функциональные и эстетические нарушения. За 2016 год ринопластика была выполнена 37 больным закрытым и открытым доступом. Предоперационное обследование больных включало эндоскопические, функциональные и лучевые методы. С целью улучшения носового дыхания выполняли септопластику или подслизистую резекцию перегородки носа, пластику носовых раковин или частичную резекцию носовых раковин. Среди оперированных больных было 43% мужчин и 57% женщин с такими деформациями наружного носа как риносколиоз, ринолордоз, ринокифоз или их комбинации. В возрасте 20 - 35 лет было 67,6%, 31 - 50 лет - 24,3% и выше 50 лет - 8,1% больных.

Результаты исследований. 3 операции одновременно выполнены 2,7%, 4 операции - 54,1% , 5 операций - 21,6%, 6 операций - 10,8%, 7 операций - 5,4%, 8 операций - 2,7% и 9 операций - 2,7% больным. После операции в течение 7 - 10 дней применяли фиксирующие гипсовые лангеты, антибиотики, кортикостероиды или нестероидные противовоспалительные препараты. В ближайшем и отдаленном периодах у всех больных были получены удовлетворительные эстетические и функциональные результаты. Уменьшение объема наружного носа и сужение носовых ходов всегда компенсировали одновременными корригирующими внутриносowymi операциями.

Выводы. Функциональная ринопластика – это сложное оперативное вмешательство, которое позволяет одновременно выполнить эстетические пожелания пациента и устранить назальную обструкцию.

Исследования способов ушивания лапаротомной раны

Рустамов В.И., Жаныгулов А.Д. 4 курс, лечебный ф-т.
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель - к.м.н., асс. Инютин А.С.

Актуальность. В современной хирургии проблема послеоперационных вентральных грыж является актуальной, 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, непрерывного шва и его модификации.

Материалы и методы. Исследование проведено на 12 трупах обоих полов в возрасте от 53 до 92 лет. Причиной смерти всех больных явилась патология сердечно - сосудистой системы. Швы накладывались на рассечённый апоневроз в пределах его эпигастральной части. Длина каждого шва составила 5 см. С учётом способа ушивания выделены 3 равных группы. В первой группе апоневроз ушивался отдельными узловыми швами, во второй группе непрерывный шов, в третьей белая линия ушивалась непрерывным швом с расположением стежков в шахматном порядке. В качестве шовного материала использована нить Prolen 0. В дальнейшем каждый ушитый фрагмент подвергали тензиометрическому исследованию на динамометре электронном АЦД/1Р-0,1/1И-2.

Результаты и их обсуждение. Тензиометрическое исследование швов, наложенных на апоневроз человека показало, что прочность отдельного шва была от 137,2 Н до 205,8 Н (в ср. 178,8 + 30,5 Н), прочность непрерывного шва от 186,2 Н до 240,1 Н (в ср. 215,6 + 24,3 Н), непрерывного шва с расположением стежков на разных уровнях от 215,6 Н до 264,6 Н (в ср. 241,7 + 24,6 Н). Прочность интактного апоневроза составила от 274,4 Н до 313,6 Н (в ср. 306,25 + 29,2 Н). Таким образом, цельный апоневроз прочнее сшитого независимо от техники шва. При анализе прочности применяемых швов, наибольшую прочность имел непрерывный шов с расположением стежков на разных уровнях, составляя 78,7% от прочности интактного апоневроза, у классического непрерывного этот показатель составил 70,2%, а у отдельного 58,1%.

Вывод. Непрерывный шов с расположением стежков на разных уровнях, прочнее на 8,5% классического непрерывного шва и на 20,6% отдельного узлового шва.

Хронический панкреатит как медико - социальная мультидисциплинарная проблема

Шавловская С.А. 5 курс, лечебный ф-т.
Кафедра госпитальной хирургии
Научные руководители - д.м.н., проф. Тарасенко С.В.,
д.м.н., доц. Натальский А.А.

Актуальность проблемы. Хронический панкреатит является распространенным хирургическим заболеванием, преимущественно среди лиц трудоспособного возраста, приводящий к инвалидизации в 15% случаев. За последние 30 лет произошел двукратный прирост заболеваемости. Это связано не только с улучшением способов диагностики хронического панкреатита, но и с увеличением употребления алкоголя и курения.

Целью исследования является изучение отдалённых результатов хирургического лечения больных, страдающих хроническим панкреатитом.

Задачи исследования: Рассмотреть психологические особенности больных хроническим панкреатитом. Изучить социальную характеристику пациентов страдающих хроническим панкреатитом. Провести анализ психического статуса пациентов до и после оперативного вмешательства. Оценить качество жизни в отдалённом периоде.

Материалы и методы. Изучены социально - психологические особенности и отдаленные результаты хирургического лечения 38 пациентов с хроническим панкреатитом в сроки от 6 месяцев до 3 лет. Произведено 38 операций на поджелудочной железе. По возрастной категории было выявлено, что наиболее часто хронический панкреатит встречается у мужчин в возрасте 40 - 49 лет, что составило 31,5%, У женщин частота заболеваемости хроническим панкреатитом одинакова в последних трёх возрастных категориях, что составило по 5%. Среди исследуемых, ежедневно алкоголь употребляли 22 мужчины, что составляет 57,9%. Курильщиками были 28 (73,7%) пациентов, при этом выкуривали более 1 пачки сигарет в день. По опроснику Тейлора был оценен уровень тревоги. Нами выявлено, что до оперативного лечения очень высокий уровень тревоги испытывали 23,6% больных, а через 6 и 12 месяцев после лечения данный показатель снизился до 10,5%. По методике Жмурова был оценен уровень депрессии. Глубокая депрессия наблюдалась у 7 пациентов до оперативного ле-

чения, что составило 18,4%. Через 6 месяцев после операции уровень снизился до 7,8%. Всем исследуемым пациентам проводилось оперативное вмешательство (Операция Фрея, Бегера, Бернский вариант операции Бегера, дистальная резекция поджелудочной железы), а в послеоперационном периоде рекомендовали отказ от курения, прекращение приема алкоголя, восстановление социальной и физической активностей, диету №5, прием капсул панкреатина 25000 ЕД при каждом приеме пищи, наблюдение у гастроэнтеролога, психолога. Качество жизни оценивали при помощи опросника SF-36. Полученные показатели свидетельствует о том, что через 6 месяцев с момента операции: больные возвращались к привычным ранее физическим нагрузкам, боль не мешала им заниматься повседневной деятельностью, оценивали свое здоровье как хорошее, чувствовали себя полными сил, имели положительный эмоциональный фон. Позднее, у 28,9% пациентов возник рецидив в связи с увеличением употребления алкоголя, продолжением курения, несоблюдением врачебных рекомендаций, ведением асоциального образа жизни.

Вывод: улучшения качества жизни больных можно добиться путем оперативных вмешательств на поджелудочной железе, увеличением приверженности больных к лечению, стимулированием отказа от вредных привычек; проведением лечения совместно с психологом или психотерапевтом; расширением охвата пациентов диспансерным наблюдением; налаживанием преемственности в лечении между стационаром и поликлиникой.

Терапевтический блок

Диагностические шкалы CURB-65 и PSI в диагностике пневмонии

Андропова И.В. 4 курс, лечебный ф-т.

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии,
клинической фармакологии, профессиональных болезней
Научный руководитель - асс. Шаханов А.В.

Введение. Внебольничная пневмония занимает лидирующее место среди болезней органов дыхания в связи с высоким уровнем заболеваемости и смертности. Оценка степени тяжести внебольничной пневмонии необходима для определения места лечения пациента: в амбулаторных условиях, в терапевтическом стационаре или в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). От того, правильный ли сделан выбор, в значительной степени зависит исход заболевания. В настоящее время разработано и предложено несколько шкал, которые на основании риска неблагоприятного исхода внебольничной пневмонии позволяют выбрать место лечения больного и его дальнейший прогноз. Наиболее популярными являются шкалы индекса тяжести пневмонии PSI и CURB- 65.

Цель. Оценить возможности шкал CURB-65 и PSI в оценке прогноза эффективности стартовой антибактериальной терапии и в оценке ожидаемых сроков госпитализации.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ историй болезни пациентов, госпитализированных по поводу пневмонии с апреля по июнь 2016 года. Исследуемая выборка включала 30 историй болезни. Статистическая обработка результатов выполнена с использованием программы DoctorStat с расчётом точного критерия Фишера и критерия хи-квадрат. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При поступлении в стационар по шкале PSI I степень риска определяется у 23% больных, II – у 23% больных, III -у 34% больных, IV- у 17% больных, V - 3% больных. По шкале CURB-65 при госпитализации I степень риска выявлена у 86% больных, II- у 13% больных, III - у 0 % больных. Степень риска неблагоприятного исхода одинаково снижается через 7 дней после начала антибактериальной терапии как при использовании шкалы PSI, так и при использовании шкалы CURB-65. Среди больных, имеющих 1 и более балл по шкале CURB-65, наблюдается больший процент тех, у которых стартовая антибактериальная терапия была неэффективна, по сравнению с больными, имеющими 0 баллов (57% против 25%). Од-

нако, полученное различие не достигает статистически значимого уровня ($p=0,135$). Аналогичная, но статистически значимая ($p=0,024$) связь выявлена для шкалы PSI. Так среди больных, имеющих более 70 баллов по шкале PSI, стартовая терапия была неэффективна в 64% случаев, а при баллах менее 70 лишь у 19% больных.

Ни шкала PSI, ни шкала CURB-65 не способны спрогнозировать возможное превышение срока госпитализации более 14 суток ($p=0,264$ и $p=0,135$) соответственно.

Выводы.

1. На фоне проведенной стартовой антибактериальной терапии, наблюдается снижение степени риска. Однако у части пациентов стартовая терапия была неэффективна.
2. Шкала PSI позволяет оценить прогноз эффективности стартовой антибактериальной терапии в отличие от CRB-65.
3. Обе шкалы не позволяют предугадать возможное превышение сроков госпитализации.

Концепция одной болезни - эндометриоз легких

Гринькова Я.Н., Костина А.О. 5 курс, лечебный ф-т.

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии, клинической фармакологии, профессиональных болезней

Научный руководитель - к.м.н., доц. Коршунова Л.В.

Актуальность исследования: эндометриоз – болезнь женщин среднего возраста. Данная патология встречается в популяции у 10% женщин репродуктивного возраста. Средний возраст женщин с эндометриозом составляет $27,2 \pm 6,8$ лет. Экстрагенитальный эндометриоз выявляется у 6-8% пациенток, генитальный – у 92 - 94%. По данным ряда авторов клинические проявления у 110 больных торакальным эндометриозом: пневмоторакс – у 79 (72%), кровохарканье – у 16 (14%), гемоторакс – у 13 (12%), узелковые и инфильтративные поражения паренхимы легких – у 2 (2%).

Клинический случай: 1. Больная Х., 1946г.р., наблюдалась с диагнозом ХОБЛ около 5 лет (беспокоили жалобы на сухой кашель, одышку при нагрузке). Последние 3 года одышка усилилась, появилось кровохарканье, боли в грудной клетке справа.

Из анамнеза: 10 лет назад оперирована с диагнозом: острый живот. В ходе операции была проведена резекция кишечника. При гистологическом обследовании выявили эндометриоз. Через 6 месяцев развился эндометриоз послеоперационного рубца и пупка.

Последняя госпитализация была связана с усилением кашля и одышки. По данным обследования: перкуторно – справа притупление, аускультативно – ослабление дыхания справа. Спирометрия: смешанные нарушения (ЖЕЛ – 76%, ОФВ₁ – 74%). На рентгенограмме легких: справа плеврит (до этого справа выявлялись очаговые тени, которые были расценены как очаги пневмосклероза). В анализе крови: анемия Нв – 101 г/л, повышение СОЭ до 32 мм/час. В стационаре была выполнена плевральная пункция, получен геморрагический экссудат. После чего была проведена диагностическая торакотомия с биопсией и подтвержден диагноз эндометриоз легких.

2. Больная К., 1952 г.р., поступила в пульмонологическое отделение ОКБ с диагнозом ТЭЛА? Кровохарканье. При поступлении жалобы на сухой кашель, боли в грудной клетке справа, кровохарканье. При детальном опросе пациентка отметила, что кровохарканье чаще всего наблюдалось в дни менструаций. При опросе по органам без существенных изменений. Анализы в норме. Из анамнеза: наблюдается у гинеколога с диагнозом: эндометриоз. При рентгенографии легких – изменений не было выявлено. У пациентки был предположен диагноз: эндометриоз легких и назначена терапия "Ех juvantibus" препаратом визанна. На фоне приема препарата состояние улучшилось, кровохарканье прошло. Что было расценено в пользу предполагаемого диагноза.

Выводы: при появлении новых клинических проявлений у пациента с хронической патологией, первое, что мы исключаем прогрессирование данного заболевания. А в дальнейшем, если не происходит прогрессирование болезни, необходимо проводить дополнительное обследование для уточнения диагноза. Надо всегда помнить о теории одной болезни и не искать коморбидность там, где её нет.

Опыт лечения гипертонической болезни у пациента с сахарным диабетом 2 типа, ожирением, возрастным гипогонадизмом и дефицитом витамина Д

Кзаков А.В. 6 курс, лечебный ф-т.

Кафедра внутренних болезней и поликлинической терапии

Научный руководитель - к.м.н., асс. Филатова Т.Е.

Введение: изучение влияния дефицита витамина Д на организм человека привлекает всё большее внимание ученых. По данным многочисленных исследований, недостаточность витамина Д зарегистрирована у половины населения мира, среди пожилых людей этот показатель достигает 80–90%. При этом наиболее часто дефицит витамина Д у мужчин выявляется при ожирении, андрогенном дефиците, бесплодии и заболеваниях предстательной железы.

Цель: оценить влияние коррекции недостаточности витамина Д на динамику артериального давления у пациента мужского пола с гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, ожирением и дефицитом витамина Д.

Материалы и методы: пациент П., 52 лет, обратился с жалобами на головную боль, периодическую сухость во рту и учащенное мочеиспускание, слабость, утомляемость, повышение АД до 160/100 мм.рт.ст.

Из анамнеза болезни – сахарный диабет (СД) 2 типа и гипертоническая болезнь (ГБ) в течение 5 лет, возрастной гипогонадизм (ВГ) и дефицит витамина Д установлены в течение последних 6 месяцев.

При осмотре пациент повышенного питания, рост 184 см, вес 139 кг, ИМТ 41 кг/м², ОТ-130 см. Щитовидная железа не пальпируется. В сердце: тоны приглушены, ритм правильный, АД 160/100 мм.рт.ст., ЧСС 85 уд/мин. Периферическая пульсация на артериях стоп сохранена.

Помимо общеклинического обследования, пациенту проводилось измерение систолического и диастолического артериального давления (САД) и (ДАД), соответственно, определялся индекс массы тела (ИМТ) по формуле Кетле, измерялся объем талии (ОТ). Углеводный обмен оценивался по гликотриаде – гликемии натощак и через 2 часа после еды, а так же по уровню гликированного гемоглобина А1с. Анализ жирового обмена проводился с помощью липидного спектра – ОХС, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, КА. Гормональное обследование включало определение фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов (ФСГ) и (ЛГ), соответственно, общего тестостерона (Т), пролактина, тиреотропного гормона (ТТГ). Проводилось определение уровня витамина Д.

Для лечения СД пациенту назначены метформин лонг 1500 мг и вилдаглиптин 100 мг в сутки; для лечения ГБ - валсакор 80 мг и невиболол 5 мг в сутки; для терапии ВГ - низкодозированный тестостерон 1% 50 мг в сутки и для коррекции недостаточности витамина Д - холекальцеферол 10 капель в сутки.

Результаты: через 6 месяцев терапии, помимо субъективного улучшения состояния, исчезновения жажды и сухости во рту, прекращения головных болей, улучшения работоспособности и общего тонуса у пациента значительно улучшились и клинико-метаболические показатели.

Вес больного снизился на 21% до 110 кг, ИМТ уменьшился на 20% до 33.3 кг /м², ОТ стал меньше на 16.9% и составил 108 см.

Целевых значений достигли показатели АД - САД и ДАД снизились на 18.9 и 10 %, соответственно, и составили 130 и 85 мм.рт.ст.

Значительно улучшились показатели углеводного обмена – гликемия натощак уменьшилась на 40 % до 6.0 ммоль/л, до целевых значений снизились на 38 и 29 % гликемия через 2 ч после еды и HbA1c и составили 6.7 ммоль/л и 6.2 %, соответственно.

На фоне терапии практически достигли целевых значений и показатели жирового обмена: ОХС снизился на 27.6% до 4.7 ммоль/л, ЛПНП снизились на 30.1% до 3.6 ммоль/л, ЛПВП выросли на 10% до 1 ммоль/л, ТГ снизились на 25.9% до 2 ммоль/л.

Анализ гормонального статуса установил значительный рост (в 5.6 раза) до целевого уровня общего тестостерона – с 3 до 17 нмоль/л. Пролактин, ФСГ, ЛГ, ТТГ продолжали оставаться в пределах нормативных показателей.

Наконец, с 12 до 48 нг/мл вырос (в 4 раза) и достиг целевого уровня витамин Д.

Выводы: назначение холекальцеферола способствует не только ликвидации витаминной недостаточности, но и более эффективной коррекции гликемии, артериального давления и веса у мужчин с гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, ожирением и возрастным гипогонадизмом.

Клинический случай разрыва межжелудочковой перегородки

Комина В.И., Борзенков В.Г. 3 курс, педиатрический ф-т.
Кафедра внутренних болезней и поликлинической терапии
Научный руководитель – доц. Борздин А.В., асс. Гиривенко А.И.

Цель: изучить особенности течения разрыва межжелудочковой перегородки.

Методы исследования: осмотр пациента, работа с медицинской документацией, наблюдение, анализ научной литературы.

Разрыв миокарда - осложнение острого инфаркта миокарда с крайне высокой летальностью. Разрывы межжелудочковой перегородки возникают в 1-2% случаев инфаркта миокарда и составляют 12% от всех видов разрыва миокарда. Лечение исключительно хирургическое. Летальность без такого лечения около 100%, примерно 50% больных умирает в течение первой недели. В этой связи своевременное распознавание и диагностика данного осложнения позволяет сохранить жизнь пациента.

Приводим наше клиническое наблюдение.

Больной М. 59 лет, поступил в отделение неотложной кардиологии по экстренным показаниям с жалобами на давящие боли за грудиной, слабость.

В анамнезе многие годы гипертоническая болезнь, по поводу которой долгое время не наблюдался, не лечился. В 2013 году перенес ишемический инсульт, после чего регулярно принимает предписанные лекарства. Ухудшение остро, развился приступ рецидивирующих затяжных болей за грудиной. Терпел, не обращался за медицинской помощью. На следующий день самочувствие не улучшилось, вызвал СМП и был доставлен на стационарное лечение.

При поступлении состояние больного тяжелое, кожные покровы обычной окраски, отеков нет, температура – 36,7°C. В легких – дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца расширены влево на 1 см, тоны ослаблены, ритм сердца правильный, ЧСС – 78 в мин, АД 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены.

На ЭКГ - синусовый ритм, динамика Q позитивного инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка (подъем сегмента ST во II, III, aVF отведениях с реципрокной депрессией ST в V1-V3). В общем анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево. При биохимическом исследовании крови повышение креатинфосфокиназы, фракции MB креатинфосфокиназы более чем в 2 раза от верхней границы нормы. Тропонины положительны. При эхокардиографии дилатация левого предсердия. Гипокинезия задней стенки, передне - перегородочных сегментов левого желудочка. ФВ 50%. НДФЛЖ I типа. Умеренная недостаточность митрального, трикуспидального клапанов. Умеренная легочная гипертензия. Атеросклероз аорты.

Выставлен следующий клинический диагноз: ИБС: острый Q-позитивный инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка от 07.10.16. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск 4. Хроническая сердечная недостаточность IIa стадии, 2 функционального класса. ЦВБ: хроническая ишемия мозга II степени. Последствия ишемического инсульта в 2013 году в виде правостороннего гемипареза.

Проводилось лечение: режим постельный, диета стол 10, изокардин внутривенно капельно, гепарин внутривенно через инфузомат, лизиноприл, небилонг, аторис, кардиаск, клопидогрель внутрь в общепринятых дозировках.

На фоне лечения на состояние больного стабилизировалось, был переведен из палаты интенсивной терапии в палату общего типа. На 5 сутки заболевания повторился приступ давящих загрудинных болей. При осмотре выявлен систолический шум с эпицентром по левому краю грудины. На УЗИ сердца подтвер-

жден разрыв межжелудочковой перегородки. Был вновь переведен в палату интенсивной терапии для дальнейшего наблюдения и продолжения лечения. К предшествующему лечению были добавлены нитраты парентерально и кислородотерапия. Состояние пациента было стабилизировано, боли не рецидивировали, одышка не нарастала. На 2 неделе заболевания в рамках подготовки к оперативному лечению была проведена коронароангиография. На 6 неделе заболевания больной переведен в научный центр сердечно - сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева для дальнейшего хирургического лечения.

Выводы. В представленном клиническом случае мы наблюдаем относительно благоприятное течение обычно смертельного осложнения инфаркта миокарда. Успешность консервативных мероприятий, позволившая, в итоге, осуществить отсроченное по техническим причинам оперативное вмешательство, иллюстрирует абсолютную необходимость борьбы за жизнь больного «до последнего».

Q-инфаркт миокарда у пациентов с "чистыми" коронарными артериями

Молостова М.В., Миняйцева А.А., Бледнова А.О. 6 курс, лечебный ф-т.

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – к.м.н., асс. Добрынина Н.В.

Актуальность исследования: в последние годы в связи с развитием высокотехнологической помощи в клинической практике стали встречаться случаи Q - инфаркта миокарда при «чистых» ангиографически коронарных артериях. В литературе имеются убедительные данные о том, что не - Q - инфаркт миокарда встречается довольно часто при «чистых» коронарных артериях (по данным ряда авторов от 18 до 40% случаев). А вот о том, что при не измененных коронарных артериях встречается Q - инфаркт миокарда, в доступной нам литературе мы не нашли никаких данных.

Цель: изучение актуальности проблемы доказанного Q - инфаркта миокарда у пациентов с отсутствием изменений в коронарных артериях по данным проведенной коронароангиографии.

Материалы и методы: нами проанализировано 3342 истории болезни пациентов инфарктного отделения Рязанского областного кардиодиспансера за 2015г. Из них 672 случая Q - инфаркта миокарда, при которых более чем у 50% пациентов проводилась коронароангиография (КАГ). Из тех, кому была проведена КАГ, выявлено 2 пациента с «чистыми» коронарными артериями. Оба пациента – это мужчины среднего возраста (53 и 59 лет), которые в течение относительно короткого времени (от 1 до 3-х лет) страдали артериальной гипертензией,

имеют отягощенную наследственность по сердечно – сосудистой патологии, длительный стаж курения и избыточную массу тела. У обоих пациентов интенсивный приступ ангинозной боли развился впервые. Оба были госпитализированы в сосудистые центры с острым коронарным синдромом с подъемом ST в первые часы заболевания. На ЭКГ у обоих пациентов типичная картина крупноочагового нижнего с переходом на боковую стенку ЛЖ инфаркта миокарда при диагностически значимом повышении маркеров некроза в их типичной временной динамике. Инфаркт миокарда подтвержден и при ЭХО – КГ. У обоих выявлена выраженная атерогенная дислипидемия. Пациентам было назначено стандартное лечение инфаркта миокарда в соответствии с клиническими рекомендациями. То есть наличие инфаркта миокарда не подвергалось сомнению. Но результаты КАГ в обоих случаях оказались совершенно неожиданными: правый тип коронарного кровоснабжения сердца, все эпикардальные артерии с ровными четкими контурами, без признаков поражения, данных за атеросклеротическое поражение коронарного русла нет.

Результаты: выявленное несоответствие можно объяснить разными причинами: спонтанным тромбозом, наличием миокардиальных мостиков, извитости коронарных артерий или их спазмом. Но каждый из этих вариантов может быть подвергнут опровержению в двух представленных клинических случаях.

Выводы: пациенты с Q-инфарктом миокарда при «чистым» коронарным руслом встречаются довольно часто в клинической практике даже в «небольших» областных клиниках. Можно предположить, что при неизбежной интенсификации проведения КАГ, число таких пациентов увеличится. Поэтому данная проблема требует дальнейшего изучения.

Клинический случай стафилококкового эндокардита

Остякова В.А. 5 курс, лечебный ф-т.

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – к.м.н., асс. Буданова И.В.

Актуальность исследования. Инфекционный эндокардит (ИЭ) стафилококковой этиологии отличается тяжелым течением с высокой активностью, полиорганной недостаточностью за счет абсцедирования, неблагоприятным прогнозом. За последние 20 лет заболеваемость ИЭ увеличилась в 3 раза, составляет 3-10 случаев на 100000 человек в год.

Клинический случай. Пациент М., 25 лет, поступил в ГБУ РООККД 7.12.2015 г. с жалобами на слабость, быструю утомляемость.

Из анамнеза: заболел остро 23.10.2015 г. с появлением лихорадки до 40°C, выраженной головной боли. Предшествовала рана I пальца правой стопы. На третий день присоединились боли в суставах, в области сердца, сыпь на теле, значительное снижение зрения. Госпитализирован в инфекционное отделение.

Объективно: состояние тяжелое, обильная геморрагическая сыпь на конечностях, на кистях рук - крупные подкожные кровоизлияния, очаг некроза в подногтевом ложе 2 пальца левой кисти. Систолический шум на верхушке сердца. Печень, селезенка увеличены. В ОАК: лейкоцитоз со сдвигом влево, тромбоцитоз, повышение СОЭ. При бактериологическом исследовании крови выделен *St.aureus*, чувствительный к ванкомицину, линезолиду. Переведен в кардиологический стационар. При дообследовании: на КТ головного мозга - множественные абсцессы левой затылочной и правой теменной доли. Осмотр офтальмолога: метастатический хориоидит. ЧП ЭХО - КГ: недостаточность МК с рег. 4 ст., на АК вегетации до 1 мм, рег. 2 ст. В лечении ванкомицин с переходом на кубизин и метронидазол в связи со второй волной лихорадки. В динамике: снижение температуры, уменьшение абсцессов в головном мозге.

Основной диагноз. Острый ИЭ стафилококковой этиологии с поражением митрального (рег. 4 ст.) и аортального клапана (рег. 2 ст.). Тяжелое течение. Осложнения: Абсцессы левой затылочной и правой теменной доли головного мозга. Метастатический хориоидит. Метастатическая офтальмия. Нарушение микроциркуляции ногтевой фаланги 2 пальца левой кисти с формированием некрозов. ХСН I ст., ФК 1. Направлен в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава РФ г. Пенза для оперативного лечения. После проведенной пластики МК на опорном кольце через год состояние пациента удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Восстановлена трудоспособность.

Выводы. Представленный случай характеризуется тяжелым течением, развернутой клинической картиной и благоприятным исходом.

РКТ в диагностике и контроле лечения внутримозговой гематомы

Полякова В.М. 4 курс, лечебный ф-т.

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики

Научный руководитель – асс. Торопцева Ю.А.

Актуальность исследования. Геморрагический инсульт – клиническая форма ОНМК, обусловленная разрывом внутримозгового сосуда и проникновением крови в паренхиму. ОНМК в нашей стране являются одной из ведущих причин летальности населения. Геморрагический инсульт является полиэтиологичным

заболеванием. Его возникновению способствуют множество причин: вредные привычки человека, различные заболевания. Среди них чаще всего можно выделить артериальную гипертензию и различные коагулопатии.

Цель исследования. Оценить диагностические возможности РКТ при диагностике геморрагического инсульта.

Материалы и методы. Работа основана на анализе клинического случая пациентки N, 32 лет, которая была доставлена в экстренном порядке в ОКБ г. Рязани с тяжелой общемозговой неврологической симптоматикой: сознание отсутствовало, кома II, легкий менингеальный синдром, фотореакция отсутствует, выраженная дисфория, нет движений конечностями. Выполнена РКТ и КТ - церебральная ангиография с введением контрастного вещества «Ультравист».

Результаты исследования. На полученных томограммах головного мозга справа в лобно-височной области определялась внутримозговая гематома размерами 8,9x5,3x3,6 см (объем около 85 мл), кровь в заднем роге бокового правого желудочка. Желудочки щелевидные, субарахноидальное пространство сужено, борозды и извилины сглажены. КТ - признаки диффузного отека мозга. В результате ангиографии контрастировались сосуды ГМ: передние мозговые, средние мозговые, внутренние сонные, задние мозговые, базилярная, позвоночные артерии. Аневризматических изменений и мальформаций не выявлено.

Выводы. Лучевые методы диагностики (в частности, РКТ) играют очень важную роль в своевременной постановке правильного клинического диагноза и позволяют проводить контроль лечения на всех его этапах. Возможности РКТ как метода ранней лучевой диагностики острых нарушений мозгового кровообращения позволяет как можно раньше провести дифференциальную диагностику и начать лечение, что снижает риск летальности и повышает вероятность успешного прогноза и течения заболевания.

Холангиография в диагностике опухолей Клацкина

Попова Е.А. 4 курс, стоматологический ф-т.

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики

Научный руководитель – к.м.н., доц. Казакова С.С.

Актуальность исследования: в современной практике врачей-хирургов особое место заняли опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны. К таковым относится холангиоцеллюлярный рак, известный также в медицинской литературе как опухоль Клацкина. Это злокачественная опухоль, исходящая из мутировавших

клеток эпителия желчных протоков, относится к группе наиболее агрессивных новообразований гепатобилиарной системы. Клиническая картина внутривнутрипеченочной холангиокарциномы неспецифична, и этих данных часто недостаточно для проведения диагностического поиска.

Цель данного исследования: установление преимуществ рентгеновской холангиографии и изучение применения её в узкой медицинской практике.

Материалы и методы. Холангиография является методом искусственного контрастирования органов, позволяющая визуализировать желчные пути человека, с целью выявления тех или иных изменений. В литературе по рентгеногепатологии существуют классификации способов холангиографии. Одна из них разработана Л.Д. Линденбратеном, где им выделена транспариетальная холангиография. Как один из её видов к ней относят чрескожную чреспеченочную холангиографию – исследуемый нами способ контрастирования желчных путей.

В ходе исследования были изучены рентгенографии печени и желчевыводящих путей в передних проекциях пациентов мужского и женского пола в возрасте от 46 до 64 лет.

Во всех клинических случаях отмечались все признаки роста злокачественного опухолеобразования: дефекты наполнения, стриктуры, ампутация, патологическая извитость мелкокалиберных протоков.

Выводы. Удалось выделить главные преимущества ЧЧХГ в исследовании патологий билиарного дерева. Данный метод диагностики позволяет выявить внутрипеченочные изменения, увидеть и оценить состояние протоков. Эти особенности холангиографии вместе с возможностью получения биоптата являются наиболее важной ступенью диагностического поиска в онкологической практике.

Новые возможности в лечении острой сердечной недостаточности

Рудакова М.Н. 6 курс, лечебный ф-т.

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии,
клинической фармакологии, профессиональных болезней

Научный руководитель - к.м.н., доц. Панфилов Ю.А.

Актуальность исследования. Ни один из препаратов, применяемых в настоящее время при острой сердечной недостаточности, не оказывает влияния на продолжительность жизни больных. Количество препаратов, выведенных на рынок за последние 35 лет, очень мало.

Новизна. По данным клинического исследования RELAX-AHF, у больных из группы серелаксина наблюдалась более низкая смертность, чем в группе плацебо. Результаты исследования препарата серелаксин отмечены как наиболее обещающие в свете лечения декомпенсации ХСН при одновременном улучшении функции почек. Представлен клинический случай использования препарата серелаксина у пациента с острой левожелудочковой недостаточностью, подтверждающий высокую эффективность препарата.

Результаты исследования. Больной К., 69 лет, поступил в отделение неотложной кардиологии ГБУ РО ОКБ с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое при перемене положения тела. При поступлении: в легких дыхание везикулярное, сухие хрипы в средне-нижних отделах с обеих сторон. На рентгенограмме органов грудной клетки: застойные явления в легких. Диагноз: Основное заболевание: ИБС: Перманентная форма фибрилляции предсердий, тахисистолия. ПИКС (30.10.15). Одиночная желудочковая экстрасистолия. Осложнения основного заболевания: ХСН IIБ, ФК 4. Острая левожелудочковая недостаточность – сердечная астма. Проводилось в/в введение серелаксина со скоростью 10 мл/ч через инфузомат в течение 2 суток. Через 30 минут от начала введения систолическое АД снизилось со 132 до 110. За первые 2 суток масса пациента снизилась с 79,2 кг до 72,9 без диуретиков. АД на фоне введения препарата было стабильным, без выраженной гипотонии. Пациент выписан через 13 дней в удовлетворительном состоянии без нарастания признаков сердечной недостаточности.

Выводы. 1. Серелаксин - представитель относительно новой группы препаратов для лечения острой сердечной недостаточности с высокой эффективностью и безопасностью.

2. Применение серелаксина у данного пациента без дополнительного использования диуретиков позволило быстро и эффективно купировать острую сердечную недостаточность.

3. Эффективность серелаксина ассоциирована со значительным увеличением диуреза, при этом выраженной артериальной гипотензии не наблюдается.

Нарушения пищевого поведения у больных СД 2 типа

Рябкина В.А., Минкова Т.Е. 5 курс, лечебный ф-т.
Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии,
клинической фармакологии, профессиональных болезней
Научный руководитель - к.м.н., доц. Твердова Л.В.

Актуальность. В терапии СД важная роль отводится поддержанию целевого уровня глюкозы как фактору, влияющему на риск и степень осложнений. Именно принимаемая пища имеет основное влияние на данный фактор. Поэтому очень важно, чтобы больной СД соблюдал назначенную ему диету. Однако, так или иначе, практически все пациенты отклоняются от данного правила, а вариант отклонения представляет собой определенный тип (или типы) нарушения пищевого поведения, в зависимости от которых существует дифференцированный подход к решению данной проблемы.

Цель: определить тип нарушения пищевого поведения у больных СД 2 типа.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 26 больных, страдающих СД 2 типа, в возрасте от 38 до 66 лет, из них 17 женщин, 9 мужчин. Длительность СД составила от 4 до 12 лет. ИМТ у всех обследуемых превышал норму (18,5 - 24,9 кг/м²). Целевой уровень гликемии не был достигнут у 89% обследованных. Все пациенты получали диетотерапию в комплексе с пероральной сахароснижающей терапией. Для исследования типов пищевого поведения использовали голландский опросник пищевого поведения (DEBQ). DEBQ состоит из 33 утверждений, каждое из которых респондент должен оценить в отношении себя как «Никогда» (1 балл), «Редко» (2 балла), «Иногда» (3 балла), «Часто» (4 балла) и «Очень часто» (5 баллов). 31-ый вопрос анализируется в противоположных значениях.

Количественное значение по шкале равно среднему арифметическому значению баллов по этой шкале. Другими словами, необходимо сложить баллы по каждой шкале, и разделить на количество вопросов в шкале.

Номера вопросов 1-10 соответствуют ограничительному типу, норма – 2,4; 11-23 – эмоциогенному, норма – 1,8; 24-33 – экстернальному, норма – 2,7.

Результаты: у респондентов преобладает ограничительный тип пищевого поведения – 55%, среди них 18% - женщины, 37% - мужчины. На втором месте - эмоциогенный тип – 28%, из них 21% - женщины, 7% - мужчины. Наименее часто встречается экстернальный тип – 17%, женщины составили 11%, мужчины – 6%.

У анкетированных часто встречались смешанные типы. Экстернальный тип нарушения пищевого поведения встречался как самостоятельный (17%), так и в виде компонента при других типах нарушений у подавляющего большинства анкетированных (61%).

Выводы: выявленные нарушения пищевого поведения у больных СД 2 типа необходимо использовать для коррекции образа жизни пациента, рационализации питания. В случае эмоциогенного переедания следует сконцентрироваться на чувственной сфере, с целью разрешения внутреннего конфликта. В случае экстернального пищевого поведения речь идёт о неверной привычке, для которой потребуются когнитивно - бихевиоральная терапия. При ограничительном пищевом поведении необходимо диетологическое вмешательство. Коррекция пищевого поведения проводится совместно врачом эндокринологом, диетологом и психологом.

Нарушения ритма сердца при беременности

Тереховская Ю.В. 6 курс, лечебный ф-т.

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель - д.м.н., доц. Смирнова Е.А.

Введение: частота аритмий при беременности 20-40%. Наиболее часто они представлены наджелудочковой (НЖЭ) и желудочковой экстрасистолией (ЖЭ).

Описание случая: пациентка Е., 25 лет, поступила с жалобами на слабость, приступы тревоги и сердцебиения с пресинкопальными состояниями. В возрасте 16 лет зафиксирована экстрасистолия, не обследовалась. Первая беременность протекала без особенностей. В 2015 отмечала эпизод тахикардии, осмотрена терапевтом, принимала успокоительные. В мае 2016 повторный приступ, вводился кордарон. В течение лета отмечала эпизоды сердцебиения, ухудшение с августа, дважды теряла сознание. Обращалась к эндокринологу, патологии щитовидной железы не выявлено. Состояние удовлетворительное, гемодинамика стабильная. Лабораторные данные в рамках нормы. ЭКГ: синусовый ритм; горизонтальная ЭОС; единичные ЖЭ. ЭхоКГ: аномально расположенная хорда в ЛЖ. ХМ - ЭКГ: одиночные ЖЭ - 4956, эпизоды би- и тригеминии; парные ЖЭ - 2795; групповые ЖЭ - 1737; НЖЭ - 2; пароксизм желудочковой тахикардии (ЖТ). На УЗИ: беременность акушерским сроком 27 недель 3 дня, плод соответствует сроку. Диагноз: Пароксизмальная ЖТ. Частая ЖЭ (одиночная с эпизодами би- и тригеминии, парная, групповая), редкая одиночная НЖЭ. Синкопальные состояния (30.08.16, 5.09.16). Беременность сроком 26 недель.

Лечение: метопролол 25мг/сут. Направлена в СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова. Попытка перевода на соталол не удалась. Под наблюдением аритмологов центра беременность пролонгирована до 38 недель, роды естественным путем под эпидуральной анестезией, протекали без осложнений. Аритмия сохраняется, планируется ИКД.

Обсуждение: учитывая сведения об ААП из классификации FDA, ЖТ со стабильной гемодинамикой купируют лидокаином или новокаиномидом. Только при их неэффективности вводят амиодарон по жизненным показаниям. Для первичной профилактики ВСС назначают β -АБ.

Выводы: наличие потенциально злокачественной аритмии не потребовало прерывания беременности. Выбранное минимальное терапевтическое вмешательство оказалось эффективным. Необходимо повысить информированность врачей о тактике ведения таких пациенток и неблагоприятном влиянии амиодарона на плод.

Гипертрофическая кардиомиопатия у беременной (клиническое наблюдение)

Хазов Д.А. 4 курс, лечебный ф-т.

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель - д.м.н., доц. Смирнова Е.А.

Введение: гипертрофическая кардиомиопатия серьезное наследственное заболевание, которое характеризуется изменением гемодинамики и высоким риском ВСС. Распространенность ГКМП сейчас достигает 1:500 (0,2%) в популяции, при этом данное заболевание встречается с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин. Это связано с тем, что данная патология наследуется аутосомно -доминантно. Всем известен тот факт, что при беременности так же встает вопрос о том, как же правильно вести беременных пациенток, так, чтобы сохранить плод и предотвратить фатальные последствия для матерей.

Описание случая. Анамнез: с 13 - 14 лет - частые обмороки (3р/мес), одышка при незначительной физической нагрузке. Не обследовалась. Данная беременность - первая. За врачебной помощью обратилась в связи с беременностью. Госпитализирована для определения тактики ведения. С момента возникновения беременности приступов потери сознания не было. После того как больной стало известно о серьезности заболевания - от прерывания беременности отказалась. Объективно: состояние удовлетворительное, гемодинамика стабильная. Лабораторные данные укладываются в рамки нормы для беременных. На ЭКГ: Синусовый ритм. Единичные желудочковые экстрасистолы. Вертикальное по-

ложение ЭОС. Смещения сегмента ST во всех отведениях. Инверсия z. T во II, III и AvF. Смещения сегмента ST во всех отведениях. Инверсия z. T во II, III, AvF. УЗИ сердца : АО 2,5 см, ЛП увеличено, полость ЛЖ не расширена, ФВ 75%, МК рег. 3 ст, ТК рег. 2 степени. Систолический градиент давления на ТК 27мм рт.ст. В области задней стенки ЛЖ эхосвободное пространство 0,2 см. Переднесистолическое движение МК. Систолический подаортальный градиент давления 85 мм.рт.ст. На УЗИ: беременность акушерским сроком 20 недель 22 дня, плод соответствует акушерскому сроку беременности.

Диагноз: гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выходного тракта левого желудочка. Недостаточность МК (рег. 3ст.). Одиочная политопная желудочковая, наджелудочковая экстрасистолия. ХСН ПА ст. 3 ФК. Отек легких от 16.10.2016г. Умеренная легочная гипертензия. Беременность сроком 27 недель.

Лечение: метопролола сукцинат 25 мг/сутки, курс: дексаметазон 8мг в/м №3 через каждые 8ч, магнелис - В6 1т. 2р., однократно лазикс 20мг в/в струйно.

Обсуждение: учитывая все изменения, происходящие с больной в течение беременности, а также показания и противопоказания основных препаратов - препараты выбора это В - блокаторы (метопролола сукцинат). Также возможно хирургическое лечение заболевания, но после родоразрешения. Необходимо правильное ведение беременности для того, чтобы сохранить плод и жизнь матери.

Выводы: мы смогли пронаблюдать пациентку с 20 недели беременности, вплоть до родов. Во время ведения беременности у больной наблюдался приступ отека легких, но в целом состояние было удовлетворительным. В момент беременности оперативное лечение ГКМП невозможно, но к нему можно прибегнуть после родоразрешения. Существует ряд проблем связанных с ГКМП при родоразрешении, но при достаточном наблюдении за пациенткой возможно нормальное протекание беременности и рождение здоровых детей. ГКМП в совокупности с физиологическими изменениями, наблюдаемыми при беременности, увеличивают шанс ВСС. Родоразрешение возможно естественным путем. Все рожденные дети от родителей с ГКМП должны регулярно наблюдаться у кардиолога, так как данная кардиомиопатия передается аутосомно - доминантно. На сегодняшний день больная находит свое состояние удовлетворительным, и у нее родился здоровый ребенок.

Механизм остановки сердца и эффективность реанимационных мероприятий по данным инфарктного отделения ОКЖД

Ширяева Ю.Н. 6 курс, лечебный ф-т.
Кафедра госпитальной терапии
Научный руководитель: к.м.н., асс. Селезнев С.В.

Актуальность работы: внезапная остановка сердца ответственна за более, чем 60% смертей у взрослых лиц от ИБС в Европе. Внутригоспитальная остановка сердца встречается в 1 - 5 случаях на 1000 поступлений в стационар. В стационаре в 25% случаев при остановке сердца регистрируется фибрилляция желудочков или желудочковая тахикардия без пульса. Выживаемость таких больных при выписке составляет 37%, после электромеханической диссоциации или асистолии - 11,5%. Информация о механизме остановки сердца и эффективности реанимационных мероприятий за 2013 - 2015 гг. в ОКЖД г. Рязани отсутствует.

Цель работы: определить механизм остановки сердца и эффективность реанимационных мероприятий по данным инфарктного отделения Областного клинического кардиологического диспансера (ОКЖД) г. Рязань.

Задачи работы:

1. Определить встречаемость остановки сердца;
2. Определить механизм остановки сердца;
3. Определить влияние на выживаемость временного интервала между появлением клиники основного заболевания и остановкой сердца;
4. Определить влияние сахарного диабета на выживаемость после остановки сердца;
5. Провести анализ процедур в рамках сердечно-легочной реанимации (СЛР);
6. Оценить эффективность СЛР и госпитальной выживаемости в зависимости от механизма остановки сердца.

Материалы и методы: было проанализировано 5099 историй болезни пациентов, проходивших стационарное лечение в инфарктном отделении ОКЖД г. Рязань в 2013 - 2015 годах. Из них остановка сердца зарегистрирована в 190 случаев.

Полученные результаты и их обсуждение: для детального анализа было отобрано 164 истории болезни умерших и 26 историй болезни пациентов, перенесших клиническую смерть. Встречаемость остановки сердца составила 37 случаев на 1000 госпитализированных пациентов в год (3,7%). Количество мужчин и женщин, у которых произошла остановка сердца, было практически одинаковым (мужчины 49%, женщины 51%), но женщины были статистически значимо старше – медиана возраста в изучаемой выборке составила 77 (73; 83)

лет. Чаще в основе клинической смерти лежал острый инфаркт миокарда – 87%, однако при данном диагнозе эффективность реанимации была более успешной – 25%. Встречаемость фибрилляции желудочков при инфаркте миокарда составила 2%. Если во время остановки сердца регистрировалась острая левожелудочковая недостаточность Killip 4, эффективность реанимационных мероприятий снижалась. На выживаемость также влияло наличие сахарного диабета: относительный риск (ОР) смерти при данной патологии после остановки сердца составил 1,16, причем 95% доверительный интервал не включал 1, таким образом, сахарный диабет статистически значимо влиял на выживаемость у таких пациентов. На успех реанимации оказывало влияние и время от момента появления симптомов основного заболевания до остановки сердца: у выживших медиана времени составила 0,5 (0;7), у умерших – 24 (6; 96) часа. В большинстве случаев остановка сердца происходила в палате интенсивной терапии и реанимационном отделении – 87%, при этом наиболее часто на мониторе дефибриллятора регистрировалась асистолия – 80%. В лечении остановки сердца применялись непрямой массаж сердца и искусственная вентиляция легких, электроимпульсная терапия (ЭИТ), а также лекарственная терапия.

Выводы:

1. Встречаемость остановки сердца в инфарктном отделении ОККД г. Рязань составляет 37 случаев на 1000 госпитализаций в год (3,7%);
2. Наиболее частым ритмом, выявленным при остановке сердца, у выживших являлась фибрилляция желудочков (ФЖ) - 69,2%, реже встречалась желудочковая тахикардия (ЖТ) - 30,8%, электромеханическая диссоциация (ЭМД) и асистолия не встречались; у умерших чаще регистрировалась асистолия - 80,5%, в меньшей степени ФЖ - 8,5%, ЭМД - 5,5%, ЖТ - 4,3%;
3. Выживаемость была тем больше, чем меньше времени прошло от появления первых симптомов основного заболевания до остановки сердца (0,5 часов);
4. Сахарный диабет является предиктором неблагоприятного исхода при остановке сердца (ОР=1,16);
5. ЭИТ при ФЖ и ЖТ проводилась в 88% случаев, из них в 9% случаев она выполнена не по показаниям. Во время проведения реанимационных мероприятий использовались препараты, эффективность которых не доказана (атропин, допамин, мексидол, калия хлорид, кофеин, мезатон, кальция хлорид, преднизолон);
6. Выживаемость в стационаре после остановки сердца составила 14% (при ФЖ и ЖТ - 52%, при асистолии и ЭМД - 0%).

Блок инфекционные болезни, заболевания кожи и ИППП

Склероатрофический лихен

Аверьянова А.Г. 6 курс, лечебный ф-т.

Кафедра дерматовенерологии

Научный руководитель – к.м.н., асс. Косорукова С.А.

Актуальность: склероатрофический лихен (САЛ) – доброкачественное кожное заболевание, характеризующееся наличием белых склеротических бляшек с эпидермальной атрофией. Чаще встречается у женщин, соотношение больных женщин и мужчин составляет 10:1. Пик заболеваемости приходится на два возрастных периода – препубертатный (5 – 7 лет) и период постменопаузы (45 – 50 лет).

Цель исследования: изучить вопросы этиопатогенеза, клиники САЛ у людей разного возраста и пола, особенности диагностики и принципы терапии заболевания в зависимости от клинической формы.

Результаты исследования. Причины САЛ не изучены, но выделяют основные факторы этиопатогенеза (генетическая предрасположенность, аутоиммунный фактор, инфекционные поражения, а также нарушения гормонального фона). У женщин САЛ характеризуется появлением белых уплотнений на вульве, а также в области ануса, сопровождающихся сильным зудом. Заболевание у мужчин сопровождается образованием на крайней плоти белого кольца, при этом больной страдает от сильного зуда. Зачастую во время полового акта происходят разрывы склеротического образования с возникновением долго заживающих язв и ранок, после которых остается грубый рубец. У девочек ведущий симптом заболевания – длительно существующий, мучительный зуд аногенитальной области, особенно в ночное время. При отсутствии своевременного лечения заболевание может стать причиной серьезных осложнений, таких как: облитерация влагалища, склеротические бляшки и гранулемы – у женщин; формирование на головке полового члена гранулем, напоминающих ЗКО – у мужчин; явления атрофии кожи – у девочек. Наибольшую информативную ценность для диагностики заболевания представляют биопсия и гистологическое исследование. В качестве фармакотерапии используют местное и общее лечение ГКС, седативными препаратами, препаратами, улучшающими микроциркуляцию.

Выводы:

1. Важна ранняя диагностика САЛ у женщин, мужчин различного возраста и особенно у детей, как для своевременного активного лечения, так и для профилактики осложнений.

2. Лечение пациентов с САЛ должно быть индивидуальным в зависимости от степени выраженности симптомов.

3. Необходимо длительное совместное наблюдение больных с САЛ у дерматолога, гинеколога, андролога, онколога для профилактики осложнений.

Полиоксидоний - оригинальный отечественный иммуномодулятор

Зиновьева В.В., Попко Н.А. 2 курс педиатрический ф-т.

Кафедра микробиологии

Научный руководитель - асс. Филючкова И.М.

Актуальность. Острые респираторные инфекции являются наиболее распространенными заболеваниями человека и одной из основных причин госпитализаций — до 33% от всех госпитализаций детей от 0 до 17 лет, составляя при этом до 7% от всех причин смерти детей в стационарах.

Чаще всего заболеваниям данного типа подвержены дети раннего возраста, у которых респираторные инфекции составляют около 65% от общей заболеваемости. До 95% респираторных инфекций имеют вирусную природу.

Между тем, единого комплексного подхода к лечению и профилактике частых респираторных заболеваний у детей в здравоохранении не разработано. Это приводит к дополнительному ухудшению эпидемической ситуации в холодное время года, наносит удар по здоровью населения, а так же по экономике стран, ведь эпидемии гриппа сопровождаются подъёмом смертности.

Препаратов стопроцентно убивающих вирус, попавший в организм, практически не существует. Поэтому задача по уничтожению возбудителя гриппа полностью ложится на иммунитет. Однако организм не всегда в состоянии оперативно отреагировать на внедрение вируса. Особенно если это организм ребенка со сниженным иммунитетом.

Эта проблема в данный момент по - настоящему актуальна, ведь большинство населения нашей страны составляют городские жители. А в условиях мегаполиса детский иммунитет снижается – к этому приводит загрязненный воздух, особенности питания, посещение детских садов, в которых инфекция распространяется молниеносно. Из года в год число часто и длительно болеющих детей увеличивается.

Но эту ситуацию можно исправить – в арсенале современной фармакологии есть лекарства, действие которых направлено на стимуляцию работы иммунной системы.

Одним из них является оригинальный отечественный препарат - иммуномодулятор «Полиоксидоний».

Российские химики и медики во главе с академиками РАН (АН СССР) Р. В. Петровым, В. А. Кабановым и академиком РАМН Р. М. Хаитовым придумали первую вакцину на основе полиэлектролитов. За открытие принципа создания таких вакцин они были удостоены Государственной премии РФ за 2001 год. По мнению одного из крупнейших иммунологов М. Села из Вейцманновского института (Израиль), эта работа стала первым примером успешного использования синтетических полимеров для лечения болезней.

Иммуномодулирующий эффект препарата «Полиоксидоний» и его преимущества обусловлены прежде всего активацией синтеза цитокинов интерлейкинов 1 и 6, фактора некроза опухоли альфа только при исходно пониженных уровнях их продукции; на высокий уровень препарат не влияет или несколько снижает продукцию цитокинов. Это исключает минимальную возможность гиперактивации иммунной системы под влиянием полиоксидония.

В отличие от бактериальных липополисахаридов и растительных лектинов полиоксидоний не индуцирует поликлонального превращения В-лимфоцитов в клетки, секретирующие иммуноглобулины, не вызывает множественных циклов клеточных делений В и Т - лимфоцитов. Он не истощает резервных возможностей кроветворной системы. Содержание стволовых кроветворных клеток в ткани костного мозга, а также способность этих клеток к пролиферации и дифференцировке в различных направлениях развития в полной мере сохраняется после введения иммуностимулирующих доз полиоксидония. Как следствие, разовое или курсовое применение препарата для стимуляции иммунных реакций здорового организма с нормальными показателями иммунного статуса не приводит к изменению клеточного состава периферической крови.

«Полиоксидоний» усиливает цитотоксическую активность естественных киллеров – НК-клеток, особенно при их исходно пониженных уровнях, активировывает резидентные макрофаги ретикуло-эндотелиальной системы, что приводит к более быстрой элиминации из организма чужеродных частиц.

В отличие от других иммуномодуляторов полиоксидоний назначают как в острой фазе заболевания, так и в фазе ремиссий.

Помимо иммуномодулирующего действия, препарат обладает детоксицирующим свойством, оказывает мембранопротекторное действие, а так же имеет антиоксидантные свойства.

Проведено множество исследований, которые позволили изучить действие препарата при различных заболеваниях, в том числе и при респираторных инфекциях.

Цель исследования: оценить безопасность, переносимость и эффективность препарата «Полиоксидоний» в таблетках 12мг для лечения ОРВИ у детей в возрасте от 3 до 14 лет в качестве иммуномодулирующего и противовоспалительного средства при сублингвальном применении в течение 7 дней и последующего шестимесячного наблюдения.

Материалы и методы: для исследования были выбраны 160 пациентов в возрастной группе от 3 до 14 лет, страдающих от ОРВИ. При этом в их терапии в течение трех последних месяцев отсутствовали иммуномодулирующие препараты.

Было выделено три группы. Группа номер 1 (основная) получала полиоксидоний с первого дня заболевания, номер 2 – с 4 дня заболевания, номер 3 (контрольная) – плацебо. Дети во всех группах были сопоставлены по возрасту, полу и клиническим проявлениям заболевания.

Проводился регулярный скрининг лабораторных показателей, проводился физикальный осмотр: до терапии препаратом, в течение семидневной терапии и на протяжении шести месяцев после лечения.

До назначения препарата и после отмены проводили реакцию непрямой флюоресценции, выявляя антитела к респираторным вирусам. Эффективность препарата оценивалась на основании сравнительного анализа динамики купирования основных симптомов и на основании иммунологических показателей пациентов. Безопасность оценивалась по частоте возникновения нежелательных явлений, при этом ни в одном случае их не было зарегистрировано.

Все больные независимо от группы получали базисную терапию: постельный режим, диету с содержанием фруктов, обильное питьё, НПВС, жаропонижающие при температуре 38,5 и выше, муколитики, бронходилататоры при обструктивном синдроме, антигистаминные для детей с аллергическими проявлениями. По строгим показаниям назначались антибиотики.

Результаты исследования: в группе 1 продолжительность лихорадки составила меньше на двое суток, по сравнению с другими. Симптомы интоксикации исчезли ко 2-3 суткам от начала терапии у 74% детей. В контрольной группе эта цифра меньше на 15 процентов.

Симптомы стеноза гортани купировались в основной группе в течение 2 дней, сохранялись к 3 суткам менее чем у 13%, с исчезновением к 4 суткам у всех. В то время как у детей из контрольной группы эти симптомы купировались в среднем на сутки дольше и полностью исчезли на пятые сутки.

Симптомы ларинготрахеобронхита у основной группы купировались, в среднем, за 3 дня, в контрольной – в два раза дольше.

Катаральные явления исчезали на сутки быстрее у пациентов, принимавших полиоксидоний. Сухой кашель исчезал быстрее, с разжижением мокроты у детей этой группы в среднем на сутки.

Так же в основной группе на сутки сокращалось количество койко - дней, проведенных в больнице. Бактериальные осложнения возникали значительно реже, поэтому снижалась потребность в лечении антибиотиками.

На фоне терапии препаратом не выявлено существенных различий у основной и контрольной группы в показателях периферической крови, что свидетельствует о высоком профиле безопасности полиоксидония.

Таким образом, у 60% пациентов основной группы был отмечен хороший эффект, у 40% удовлетворительный. Ни у одного ребенка не отмечалось отсутствия эффектов.

В контрольной группе хороший эффект наблюдался у 39%, удовлетворительный у 54%, отсутствие результата у 7%.

Наблюдение в течение шести месяцев после терапии показало, что ни у одного пациента не выявлено отрицательной динамики здоровья, напротив, заболеваемость после прекращения терапии снизилась. С марта по сентябрь частота заболеваний составила в основной группе в 3 раза меньше, чем в контрольной группе.

Отмечено достоверное улучшение показателей Т - клеточного звена, фагоцитарной активности. В контрольной группе такой динамики не наблюдалось.

Выводы: применение препарата в комплексной терапии позволяет быстрее добиться динамики в лечении ОРВИ. Включение полиоксидония в комплексную терапию позволяет снизить потребность в применении антибиотиков. Препарат способствует нормализации показателей Т - клеточного звена и фагоцитарной активности. Частота ОРВИ сокращается в 2 раза после окончания лечения полиоксидонием.

Иммуномодулирующая терапия, назначенная по конкретным показаниям, является эффективным лечебно - профилактическим методом, позволяющим добиться контроля над симптомами заболевания, сократить частоту и длительность обострений.

Случай первичного сифилиса у женщины

Иванова А.Н., Костина С.В., 4 курс, медико-профилактический ф-т.
Кафедра дерматовенерологии
Научный руководитель: к.м.н., асс. Косорукова С.А.

Актуальность проблемы: в России основной пик заболеваемости приходился на 90-е годы, опасность эпидемического процесса состоит в том, что на фоне бесконтрольного приема антибиотиков все чаще стало встречаться бессимптомное течение сифилиса. Все реже встречаются пациенты с первичным периодом сифилиса. Возникают трудности в своевременной диагностике, зачастую больные выявляются случайно (во время диспансеризации или профосмотров) или же обращаются в стационар уже с проявлениями вторичного сифилиса. Данные пациенты опасны в эпидемическом плане. Своевременная диагностика и адекватное лечение способствуют скорейшему выздоровлению пациентов.

Цель исследования: своевременное выявление первичного сифилиса у пациентки.

Материал и методы: проведение осмотра пораженной области, сбор и анализ анамнеза, проведение конfrontации, микроскопия мазка (анализ серозного отделяемого с поверхности эрозивно - язвенного дефекта – обнаружено большое количество бледных трепонем), проведение RW.

Результаты исследования: на основании жалоб, данных истории заболевания, анамнеза жизни, объективного осмотра, дополнительных методов исследования поставлен клинический диагноз: первичный сифилис половых органов (твердый шанкр большой половой губы справа, правосторонний лимфаденит).

Выводы: благодаря своевременному выявлению и диагностике первичного сифилиса по окончании курса лечения эрозия эпителизовалась, образовался рубец синюшного цвета, при повторном взятии мазка, бледные трепонемы не обнаружены. Для контроля проведена реакция Вассермана, результат отрицательный.

Пациентка выписана из ГБУ РО «ОККВД», находится на диспансерном учете.

Трехкомпонентная терапия хронического вирусного гепатита С

Кондракова М.А., Гусакова М.С. 5 курс, лечебный ф-т.
Кафедра инфекционных болезней с курсом инфектологии ФДПО
Научный руководитель – асс. Агеева К.А.

Цель исследования: оценить эффективность трехкомпонентной терапии по сравнению с двухкомпонентной терапией хронического вирусного гепатита С.

Материалы и методы: наблюдался больной Д. с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС). Из анамнеза известно, что начало точное инфицирование вирусом гепатита С (ВГС) не известно.

Эпидемиологический анамнез: в 80 - х годах перенес переливание крови по поводу острой кровопотери (ДТП). Сопутствующие заболевания: ИБС: стенокардия напряжения; гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск 4. Ранее противовирусную терапию (ПВТ) по поводу ХВГС не получал.

Проходил двухкомпонентную противовирусную терапию по поводу хронического вирусного гепатита С, 1 - ый генотип, умеренная биохимической активности, с 01.10.2014 в течение 48 недель препаратами рибавирина в дозе 1200 мг в день и цефэлегированного интерферона альфа - 2а в дозе 1,5 мкг/кг в неделю.

Результаты: на фоне проводимого лечения наблюдался быстрый вирусологический ответ (БВО), ранний вирусологический ответ (РВО), также не определялась РНК вируса гепатита С на момент окончания терапии (end – of - treatment).

В течение всего периода лечения двухкомпонентной ПВТ отмечались нежелательные явления (НЯ) в виде тяжелой тромбоцитопении, нейтропении и лейкопении.

После окончания периода наблюдения (24 недели) у пациента наблюдался вирусологический рецидив РНК HCV.

Пациенту был рекомендован повторный курс ПВТ препаратами прямого противовирусного действия. Повторный курс ПВТ проводился в течении 24 недель следующими препаратами: 1. Софосбувир в дозе 400 мг в 1 день. 2. Даклатасвир в дозе 60 мг в 1 день. 3. Рибавирин – 1200 мг/день.

Выводы: у пациента отмечался БВО, РВО и УВО. На фоне проводимой ПВТ отмечалось НЯ в виде умеренной тромбоцитопении, других НЯ не отмечалось. Заключение: схема трехкомпонентной терапии по данным наблюдения отличается большей эффективностью и безопасностью.

Мониторинг эффективности противовирусной терапии хронического вирусного гепатита С

Кондракова М.А., Гусакова М.С. 5 курс, лечебный ф-т.
Кафедра инфекционных болезней с курсом инфектологии ФДПО
Научные руководители – к.м.н., доц. Жданович Л.Г., асс. Агеева К.А.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность исследуемого препарата Пэгинферон (Индия) в сравнении с ПегИнтроном (США)

при двухкомпонентной противовирусной терапии хронического вирусного гепатита С (ПВТ ХВГС).

Материалы и методы исследования: 1ая группа больных принимала ПегИнтрон (подкожно) в дозе 1,5 мкг/кг/нед и Рибавирин (перорально) в дозе 800 мг/сут - при массе тела больного <65 кг, 1000 мг/сут - при массе 65-85 кг, 1200 мг/сут - при массе тела 86-105 кг и 1400 мг/сут - при массе $t > 105$ кг; 2ая – Пэгинферон(подкожно) в дозе 1,5 мкг/кг/нед и Рибавирин в той же дозировке. Количество пациентов в каждой группе – 40 человек. Группы сопоставимы по полу, возрасту и генотипу ВГС. Исследованы данные контроля вирусной нагрузки на 4, 12, 24 недели (нед) у 2го и 3го генотипов и у 1го генотипа на 4, 12, 24 и 48 нед., а также контроль терапии через 24 недели после ее окончания. Контролировались эффективность и безопасность терапии по биохимическим параметрам (АЛТ и АСТ) и нежелательным явлениям (тромбоцитопении, лейкопении, анемии).

Результаты исследования и их обсуждение: у пациентов с 1-ым генотипом от начала ПВТ вирус определяется через 4 нед. в 1 - ой группе у 61%, во 2 - ой у 60%; на 12 нед. у 40,8% и у 43%; на 24 нед. у 32% и 33%; на 48 нед. у 49% и у 49,2%, через 24 недели после окончания терапии (в периоде follow - up) у 53% и у 53,2% соответственно. У пациентов со 2 - ым и 3 - им генотипами противовирусное действие препаратов высокоэффективно через 4 нед: в 1 - ой группе вирус определялся у 35% и во 2 - ой у 35,6%; через 12 нед. у 14% и у 14%; через 24 нед. у 2% и у 2,2%; в периоде follow - up процент успешной терапии в двух группах составил 92% и 91,2%, соответственно. Высокие значения АлТ после начала терапии нормализовались: до начала лечения средние показатели АлТ в 1 - ой и 2 - ой группах составили 68 МЕ/мл и 86 МЕ/мл, через 12 недель – 24 МЕ/мл и 21 МЕ/мл, соответственно. В период проведения ПВТ наблюдались такие нежелательные явления, как анемия, лейкопения и тромбоцитопения (суммарно составили 74,9% в обеих группах), которые были компенсированы в ходе сопутствующей терапии.

Выводы: исследуемый препарат Пэгинферон (Индия) показал аналогичную эффективность в сравнении с ПегИнтроном при двухкомпонентной ПВТ ХВГС. Основным предиктором успешной терапии является генотип вируса. Так в группе 2го и 3го генотипа процент успеха Пегинтрона и Пэгинферона составил 92% и 91,2%, соответственно. Побочные эффекты являлись типичными для комбинированной двухкомпонентной терапии ХВГС (74,9%).

Особенности тактики фельдшера при оказании медицинской помощи больным ГЛПС

Костерина А.В. 4 курс, лечебный ф-т.

Кафедра инфекционных болезней с курсом инфектологии ФДПО

Научные руководители – преп. Горева О.А.

Согласно Указу Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» одной из целей данной политики является подготовка специалистов, обладающих современными знаниями. В связи с этим чрезвычайно важное значение приобретает использование при обучении эффективных технологий. Одним из таких инновационных аспектов медицинского образования, предлагаемых Федеральными образовательными стандартами (ФГОС) для специальности «Лечебное дело», является осуществление учебно-исследовательской и научно - исследовательской деятельности.

Данная работа как форма научно – исследовательской деятельности выполнена методом творческого исследовательского проекта, цель которого - раскрыть поставленную тему путём анализа статистических данных по ГЛПС ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в РО» за 2013-2015 гг., а также архивных материалов ГБУ РО «Рязанский военный госпиталь».

Проведённый статистический анализ динамики заболеваемости ГЛПС за последние три года позволил выявить тенденцию к её росту в Рязанской области. Регион относится к эндемичным по ГЛПС территориям. Эпидемический процесс обусловлен преимущественной циркуляцией в природных очагах нашего региона хантавируса Пуумала, основным резервуаром которого является рыжая полевка.

В конце августа – начале сентября 2015 года в г. Рязани были зарегистрированы несколько случаев заболевания ГЛПС. Причём, 4 - ех больных объединяла профессия – преподаватели десантного училища незадолго до начала заболевания находились на полевых сборах и проживали в щитовых домах. Все они не исключили контакта с грызунами (данный факт эпидемиологического анамнеза позволил предположить именно ГЛПС). Истории болезни данных пациентов послужили материалом для анализа.

1. Больной А., DS: ГЛПС, лёгкая форма, атипичное течение.

Диагноз данному пациенту выставлен на основании следующих данных:

- повышение температуры до фебрильных цифр (38-39°C) на протяжении 7 дней;
- костно-мышечное беспокойство в течение первых 3-х дней от начала заболевания;

- катаральные явления в течение 10 дней;
- лабораторные исследования (повышение креатинина – 124 мкмоль/л при норме до 120 мкмоль/л, СРБ – 6 мг/л при полном отсутствии в норме, РНИФ – нарастание титра антител в 2 раза в сыворотках, взятых с недельным интервалом, на 8 - й и 14 день болезни).

2. Больной Б., DS: ГЛПС, среднетяжёлое течение.

Данному пациенту поставить диагноз позволили следующие данные:

- фебрильная температура тела в течение 10 дней;
- костно-мышечное беспокойство на протяжении 7 дней от начала заболевания;
- симптом Пастернацкого слабо положителен с обеих сторон с 5-го по 14-й день болезни;
- снижение остроты зрения с 5-го по 10-й день заболевания;
- выраженная полиурия с 9-го по 16-й день болезни;
- лабораторные исследования (увеличение креатинина – 124 мкмоль/л, мочевины – 12, 69 ммоль/л, лейкоцитурия – 1-3 в поле зрения, РНИФ – увеличение титра антител в 2 раза в сыворотках, взятых с 3-дневным интервалом, на 11 и 14 день болезни).

3. Больной В., DS: ГЛПС, среднетяжёлое течение.

Диагноз данному пациенту поставлен на основании:

- температура 39°C на протяжении 5 дней;
- костно-мышечное беспокойство в течение 6 дней;
- симптом Пастернацкого – положительный с обеих сторон, с 4-го по 8-й день заболевания;
- лабораторные данные (повышение креатинина – 127 мкмоль/л, мочевины - 8,7 ммоль/л, СРБ – 6 мг/л, лейкоцитурия – $2,8 \cdot 10^6$, РНИФ – нарастание титра антител в 4 раза в сыворотках, взятых с 7 - дневным интервалом, на 5 - й и 12 - й день болезни);

4. Больной Г., DS: ГЛПС, среднетяжёлое течение.

Данный диагноз выставлен на основании:

- фебрильная температура тела в течение первых 6 - ти дней заболевания;
- костно - мышечное беспокойство на протяжении первых 3 дней болезни;
- симптом Пастернацкого – положительный с обеих сторон, с 3 - го по 20 - й день болезни;
- олигурический период – с 3 - го по 6 - й день болезни;
- полиурический период – с 7 - го по 15 день заболевания;
- лабораторные исследования (увеличение креатинина – 128,7 мкмоль/л, мочевины – 9,3 ммоль/л, лейкоциты – 5 - 7 в поле зрения, РНИФ – рост титра антител в 2 раза в сыворотках, взятых с 6-дневным интервалом, на 8 - й и 14 - й день болезни).

На основании данного анализа можно сделать следующие выводы:

1. Начальный период ГЛПС варьируется от 3 до 12 дней;
2. Температура при ГЛПС достигает фебрильных цифр (38 - 39°C), и держится на таком уровне от 6 до 10 дней. Нормализация температуры не приводит к улучшению состояния больных;
3. Главное лабораторное подтверждение ГЛПС – РНИФ – показало нарастание антител в 2 раза в 75% случаев (трое пациентов), и в 4 раза – в 25 % случаев (1 пациент).

Таким образом, последовательность действий при работе над проектом состояла из следующих этапов:

- постановка проблемы и вытекающих из нее задач;
- сбор информации, систематизация и анализ полученных данных;
- обсуждение методов и способов оформления конечных результатов;
- подведение итогов, оформление результатов, их презентация;
- выступление на ежегодной студенческой научно - теоретической и научно-практической конференциях Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова;
- продолжение и расширение исследования на этапе подготовки к ВКР для успешного использования результатов в фельдшерской практике, а также в образовательном пространстве.

Фельдшеру необходимо знать эпидемиологические и клинические особенности ГЛПС для того, чтобы проводить санитарно-просветительскую работу среди населения. При ГЛПС в особо тяжёлых случаях могут потребоваться специализированные методы лечения, недоступные фельдшеру в силу его профессиональных полномочий. В связи с этим роль фельдшера при ведении больных с ГЛПС заключается в раннем распознавании болезни и направлении больного в стационар, где ему в необходимом объеме будет оказана специализированная помощь.

Заболеваемость иксодовым клещевым боррелиозом в Рязанской области

Кузнецова О.С., Каченко О.В., Новиков И.Г. 6 курс, медико-профилактический ф-т.
Кафедра эпидемиологии
Научный руководитель - асс. Абрамова А.О.

Актуальность: иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ) - природноочаговый зооноз с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя. Возбудитель ИКБ - *Borrelia burgdorferi*, переносчик-иксодовые клещи *Ixodes ricinus* и *Ixodes persulcarus*.

Нами проведено исследование заболеваемости ИКБ В Рязанской области, эндемичной по данному заболеванию, за период с 2006 по 2015 гг.

Результаты исследования: по данным лаборатории ФБУЗ ЦГиЭ Рязанской области за последние 3 года из исследованных переносчиков (клещей) методом ПЦР - диагностики выявление положительных находок возросло (2013 г.-672 экземпляра клещей: 25 - положительные находки, из которых 12 на ИКБ, 2015 г. - 860 экземпляров: 64 - положительные находки, из которых 49 на ИКБ).

Наиболее заклещевленные и потенциально опасные природные биотопы – в Касимовском, Клепиковском, Кораблинском, Рыбновском, Шиловском, Спасском, Старожиловском, Шиловском районах Рязанской области и в г. Рязани (район Голенчино, Лесопарка, пос. Солотча, пос. Строитель, Сысоево).

Рост заболеваемости: 2006 - 2009 гг., 2011 - 2012 гг., 2013 - 2015 гг.

Наиболее высокая концентрация возбудителя в окружающей среде отмечалась в 2008, 2009, 2012 и 2015 годах, что можно объяснить оптимальными условиями для жизнедеятельности возбудителя и укусов клещей: температура воздуха 20 -37⁰С, пасмурная погода, которая, по данным гидрометеорологической службы наблюдалось в летние месяцы 2008, 2009, 2013 и 2015 гг.).

Выводы: максимальное число заболевших - в 2015 г(60 человек; 5,4 на 100000 населения), что, предположительно, связано со снижением площади акарицидных обработок. Средний прогностический показатель по заболеваемости ИКБ на ближайшие годы (2016 - 2019 гг.) составляет, по оценке, 2,0 (нижний и верхний прогностические пределы 0,8 и 3,2,соответственно), при условии, если не произойдет существенных изменений активности причин возникновения и распространения какой-либо болезни и (или) существенных изменений в полноте выявления, качестве диагностики и учета больных.

Динамика социального портрета ВИЧ - инфицированного за последние 3 года

Маркина В.Г. 5 курс, медико-профилактический ф-т.
Кафедра инфекционных болезней с курсом инфектологии ФДПО
Научный руководитель – асс. Горева О.А.

Цель исследования: изучить динамику социального портрета ВИЧ позитивного больного за последние три года по Рязанской области.

Материалы и методы исследования: анализ статистической информации, отраженной в документах «Об эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Ря-

занской области» в период за 2014 - 2016 годы, предоставленные Рязанским центром по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

Результаты и их обсуждение: территории с наиболее высоким уровнем пораженности по Рязанской области (на 100 тыс. населения): Пронский – 581,4, Скопинский – 578,9, Захаровский – 546,5, Михайловский-378,5, Милославский – 351,6, Сараевский – 276,8, Старожиловский – 275,9.

Социальная структура. В целом среди общего числа ВИЧ - инфицированных преобладают лица без определенных занятий, отмечается тенденция к росту выявляемости в социально - сохранных группах общества. Распределение ВИЧ-инфицированных по социальному положению за 2014 - 2016 гг. (в %): дети – 0,4%, работают – 32,6%, не работают – 58,3%, учащиеся школ – 0,1%, студенты ССУЗов – 0,7%, студенты ВУЗов – 0,7%, УФСИН – 7,2%.

Возрастная структура. Наиболее активно вовлечены в эпидемический процесс возрастные группы от 30 до 39 лет. Распределение ВИЧ-инфицированных по возрасту за 2014 - 2016 гг. (в %): 1 - 14 лет – 2,2%, 15 - 19 лет – 1,4%, 20 - 29 лет – 24,4%, 30 - 39 лет – 49,6%, 40 - 49 лет – 16,3%, 50 - 59 лет – 3,7%.

Половая структура. Наблюдается тенденция к выравниванию распространения ВИЧ - инфекции среди обоих полов. Активное вовлечение в эпидемический процесс женщин фертильного возраста. Распределение ВИЧ - инфицированных по полу за 2014 - 2016 гг. (в %): мужчины – 54,4%, женщины- 45,6%.

Распределение ВИЧ - инфицированных по путям передачи за 2014 - 2016 гг. (в %): парентеральный – 33,8%, гетеросексуальный – 63,4%, гомосексуальный – 1,6%, вертикальный – 1,2%. В целом значение парентерального пути передачи ВИЧ – инфекции несколько уменьшилось. На данный момент гетеросексуальный путь можно считать основным.

Выводы: 1. За исследуемый период произошла активация гетеросексуального пути передачи ВИЧ - инфекции.

2. В возрастной структуре отмечается явный рост новых случаев ВИЧ-инфекции среди лиц старше 30 лет.

3. Увеличение доли ВИЧ позитивных людей среди социально адаптированных слоёв населения.

4. Высокий уровень вовлечения в эпидемический процесс женского населения.

5. Все большее число больных в стране выявляется на поздних стадиях ВИЧ - инфекции, а это значит, что эти люди были заражены ВИЧ в более молодом возрасте, но диагноз им не был поставлен своевременно.

Прогноз дальнейшего развития эпидемии ВИЧ - инфекции остается неблагоприятным.

Лучевая диагностика асептического остеонекроза головки бедренной кости

Нестёркина М.В. 5 курс, лечебный ф-т.
Кафедра фтизиопульмонологии с курсом лучевой диагностики
Научный руководитель - асс. Козминская М.Г.

Актуальность исследования. Асептический остеонекроз головки бедренной кости – социально - значимая медицинская проблема. Это связано с тем, что данная патология, в основном, поражает людей трудоспособного возраста, а при несвоевременной и неполноценной диагностике, приводит к инвалидизации пациента и снижению качества жизни.

Цель исследования. Проанализировать данные, полученные при комплексном лучевом обследовании у пациента с асептическим остеонекрозом головки бедренной кости.

Материалы и методы. Пациент А., 38 лет, обратился с жалобами на постоянную боль в правом паху, изменение походки (появление хромоты). Пациенту были выполнены мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ).

Результаты. После комплексного лучевого обследования был установлен точный диагноз - асептический остеонекроз головки правой бедренной кости I-II ст. Пациент был направлен в стационар для дальнейшего планирования тактики лечения.

Выводы. Выполнение комплекса высокотехнологичных и высоко - информативных методов лучевой диагностики (МСКТ, МРТ) позволяют своевременно, на самых ранних этапах выявить локализацию, размер и характер патологических изменений при асептическом остеонекрозе головки бедренной кости.

Эпидемиологическая характеристика заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) в зоне южной тайги (на примере Владимирской области)

Окунев Н.Д. 4 курс, медико-профилактический ф-т
Кафедра эпидемиологии
Научный руководитель - д.м.н., доц. Здольник Т.Д.

Цель исследования: выявление эпидемиологических особенностей заболеваемости ГЛПС в зоне южной тайги.

Материал и методы: в работе использовались данные Государственных докладов «О санитарно - эпидемиологической обстановке во Владимирской области» за 2000-2015 гг. Результаты обработаны с использованием программы Statistika 6.0

Результаты исследования: средний уровень заболеваемости составил 1,3 на 100 тыс. населения при среднем уровне инцидентности по Российской Федерации – 5,1. Динамика заболеваемости характеризуется выраженной тенденцией к росту (Т ср.пр. - 6,9%). В динамике заболеваемости периоды подъема и спада совпадают с аналогичными пиками численности грызунов. По результатам анализа территориального распределения заболеваемости ГЛПС по регионам Владимирской области значения инцидентности, выходящие за верхнюю границу доверительного интервала средней, отмечаются в Гороховецком и Селивановском районах, примыкающих к границе Нижегородской области. В Гусь - Хрустальном, Муромском, Кольчугинском, Петушинском районах уровень заболеваемости ниже нижней доверительной границы её средней величины. В Александровском и Киржачском районах случаи заболеваемости не зарегистрированы. В остальных регионах уровень заболеваемости - в пределах доверительных границ средней величины.

Выводы: уровень заболеваемости населения Владимирской области ГЛПС существенно ниже инцидентности данной инфекцией в РФ, но имеет выраженную тенденцию к росту. Периоды подъема и спада заболеваемости ГЛПС сопряжены с колебаниями численности грызунов. Наиболее высокий уровень заболеваемости ГЛПС характерен для восточных районов, примыкающих к Нижегородской области. Наиболее низкий - для западных, примыкающих к Московской области.

Эффективность живых вакцин, используемых для профилактики туберкулёза

Гаврилова Н.В., Костюхина А.С. 3 курс, лечебный ф-т
Кафедра микробиологии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Евдокимова О.В.

Актуальность: Туберкулез является актуальной проблемой общественного здравоохранения. Заболеваемость туберкулезом растет, несмотря на улучшение качества жизни и массовую вакцинацию. Ежегодно заболевание регистрируют более чем у 10 миллионов человек. Чаще *Mycobacterium tuberculosis* поражает легкие, но может инфицировать любой другой орган. В России смертность от туберкулеза составила в 1990 году - 6,69, в 2015 году - 7,44 на 100 тыс. населения.

Цель работы: Оценить эффективность современных живых вакцин против туберкулеза.

Материалы и методы: Проведен аналитический обзор литературы и периодических изданий, а также электронных информационных ресурсов.

Результаты: Существует большое число аттенуированных штаммов *Mycobacterium spp.*, отличающихся фенотипическими свойствами, которые используют для создания вакцин БЦЖ: пастеровский штамм (Кальметта-Герена), датский штамм, штамм фирмы «Глаксо» 1077, токийский штамм 172, на которые приходится около 90% вакцинаций БЦЖ в мире. Достоинством БЦЖ является высокая иммуногенность, сравнительно при небольших концентрациях клеток, низкая себестоимость. Недостатком - отсутствие ряда важнейших антигенов в составе вакцины, нарушение оптимального соотношения CD3+, CD4+ и CD8+ Т-клеток, отсутствие формирования клеток памяти, риск развития осложнений у иммунокомпрометированных пациентов. Вакцина БЦЖ - М – препарат с уменьшенным вдвое содержанием инактивированных микобактерий, используется для иммунизации детей. Ни один из штаммов БЦЖ не обладает явными преимуществами перед другими, несмотря на их различие, эффективность вакцин БЦЖ, составляет около 70%.

Выводы: Современные живые вакцины БЦЖ характеризуются существенными недостатками, не имеют 100% эффективности, не защищают от инфицирования, но предупреждают развитие тяжелых и генерализованных форм туберкулеза.

Случай перифолликулита Гоффмана

Папкина К.С. 6 курс, лечебный ф-т.

Кафедра дерматовенерологии

Научный руководитель – д.м.н., доц. Жильцова Е.Е.

Актуальность: абсцедирующий подрывающий перифолликулит Гоффмана – разновидность хронической глубокой пиодермии, характеризующаяся появлением на коже головы, реже – паховой, перианальной и подмышечной областей глубоких воспалительных узлов, сообщающихся между собой фистулоподобными ходами с последующим образованием неровных келоидных рубцов. Заболевание встречается редко, обычно у мужчин в возрасте 18 - 40 лет; существенно снижает качество жизни пациентов, а в случае тяжелого течения может приводить к временной утрате трудоспособности.

Цель: изучить эффективность и безопасность применения изотретиноина (роаккутана®) для лечения перифолликулита Гоффмана.

Клинический случай: мужчина 1985 г.р. (31 год) обратился в ГБУ РО «ОК-КВД» 08.11.2016 г. с жалобами на наличие болезненных зудящих узлов на коже волосистой части головы. Болен с 2010 г., когда без видимых причин впервые появились вышеуказанные симптомы. Обращался к хирургу по месту жительства, был поставлен диагноз пиодермия волосистой части головы; 3 - 4 раза в год проводилась антибиотикотерапия и оперативное лечение (вскрытие абсцессов) с временным улучшением. В начале ноября возникло очередное обострение, больной самостоятельно обратился в поликлинику ОККВД и был госпитализирован в I дерматологическое отделение с диагнозом абсцедирующий подрывающий перифолликулит Гоффмана.

Объективно: высыпания локализуются на волосистой части головы, преимущественно в теменно - затылочной области. Представлены узлами в количестве пяти, диаметром до 1 – 1,5 см, шаровидной формы, тестоватой консистенции; двумя изъязвившимися узлами, покрытыми гнойно-геморрагическими корками, при надавливании на которые выделяется гнойное содержимое. В очагах поражения волосы отсутствуют.

В стационаре было проведено лечение: цефтриаксон 2 г в/м 1 раз в сутки в течение 7 дней; роаккутан® 20 мг per os 2 раза в сутки (из расчета 0,5 мг на 1 кг массы тела пациента) в течение 8 недель, далее со снижением дозировки до 16 недель; центрум – 1 таблетка 1 раз в сутки, утром после еды в течение 30 дней; местно – чистый ихтиол 2 раза в сутки. За время лечения отмечалось выраженное улучшение: рубцевание язв, рассасывание узлов, отсутствие новых высыпаний. Значимых изменений показателей общего и биохимического анализов крови не было. Нежелательные клинические явления также не регистрировались.

Пациент был выписан 28.11.2016 г. на амбулаторное долечивание роаккутаном® до курсовой дозы 4000 мг.

Выводы: изотретиноин (роаккутан®) – высокоэффективное средство терапии перифолликулита Гоффмана. Комплаентно для пациента, с незначительным риском развития побочных эффектов при правильно подобранной дозе.

Роль профилактических медицинских осмотров в выявлении инфекций, передаваемых половым путем

Папкова К.С. 6 курс, лечебный ф-т.
Кафедра дерматовенерологии

Научный руководитель – д.м.н., доц. Жильцова Е.Е.

Актуальность: профилактический медицинский осмотр (ПМО) – это комплекс медицинских вмешательств, направленных на раннее (своевременное) выявление

ние патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а так же в целях формирования групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов. Различают предварительный, периодический и целевой профилактические медицинские осмотры. Обязательному обследованию на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) подлежат декретированные группы населения (ДГН) в рамках предварительных и профилактических ПМО.

Цель: изучить и сравнить уровень и динамику распространенности сифилиса и гонореи в ДГН в 2013 - 2015 гг. на территории Рязанской области.

Материалы и методы: анализ отчетно - учетной документации ГБУ РО «ОК-КВД» за исследуемый период по результатам периодических ПМО следующих ДГН: работники объектов продовольственной торговли (1), объектов общественного питания (2); работники дошкольных организаций; учащиеся ССУЗов и ВУЗов (3).

Результаты и их обсуждение: распространенность указанных нозологических форм ИППП рассчитывалась на 100000 населения. Сифилис встречался наиболее редко – 3,9 в 1 ДГН в 2013 г. Гонорея не была выявлена во 2 ДГН; в 1 ДГН – 1,9, 2,1 и 2,0 в 2013, 2014 и 2015 гг. соответственно; в 3 ДГН – 3,8 в 2013 г. и 2,1 в 2014 г. Частота встречаемости гонореи в 2013 г. в 3 ДГН была вдвое больше таковой в 1 ДГН, в 2014 г. – одинаковой; в 2015 г. не было зарегистрировано ни одного случая этой ИППП в 3 ДГН, в то время как ее распространенность в 1 ДГН существенно не менялась в 2013-2015 гг.

Выводы: периодические ПМО ДГН позволяют своевременно выявлять работников с социально значимыми заболеваниями, в том числе с ИППП, и тем самым предупреждать заражение широких слоев населения в силу особенностей профессии больных. Число представителей ДГН, у которых по результатам периодических ПМО были выявлены данные ИППП, невелико и в целом несколько уменьшается в период с 2013 по 2015 гг., что является положительным фактором и может косвенно свидетельствовать о снижении распространенности ИППП среди всех жителей Рязанской области. Необходимо регулярное проведение профилактических медицинских осмотров и санитарно-просветительских мероприятий в ДГН, своевременное лечение выявленных больных с обязательным отстранением от работы или практики до полного выздоровления.

Клинический случай менингита с атипичной симптоматикой

Сергеев Н.В., Буровский А.К. 5 курс, лечебный ф-т.
Кафедра инфекционных болезней с курсом инфектологии ФДПО
Научный руководитель – асс. Хасанова Л.А.

Введение. Бактериальные гнойные менингиты (БГМ) - наиболее частая форма нейроинфекций, которая отличается тяжелым течением и высокой летальностью. Показатель заболеваемости БГМ в среднем составляет от 5 до 10 случаев на 100 тысяч населения в год, из них около 90% переносят заболевание в детском возрасте. Летальность при отдельных нозологических формах составляет 30-70%.

Цель исследования. Повышение уровня диагностики на основе анализа клинического случая вторичного отогенного гнойного менингита с атипичной симптоматикой.

Материалы и методы. Больной Б., пролечившийся 30.08.16 г. в ЛОР-отделение ГБУ РО «КБ им. Н.А. Семашко» с диагнозом вторичный отогенный гнойный менингит. В анамнезе: в 1998 - 1999 году был прооперирован на височных костях с 2 - ух сторон по поводу гнойного среднего отита.

Результаты. Пациент Б. лечился в стационаре травматологического отделения Касимовской ЦРБ по поводу перелома левой большеберцовой кости с 4.08.16 по 30.08.16. На третьей неделе пребывания в стационаре Касимовской ЦРБ у больного наблюдалось ухудшение состояния, повышение температуры тела до 39,5 °С, слизисто - гнойные выделения из ушей. Проведена диагностическая LP (люмбальная пункция). В анализе ликвора нейтрофильный лейкоцитоз. С диагнозом вторичный отогенный гнойный менингит 30.08.16 переведен в ЛОР - отделение ГБУ РО «КБ им. Н.А. Семашко» по тяжести состояния переведен в АРО. По объективным данным: менингеальных симптомов нет, справа контурируется трепанационная полость. Большую часть трепанационной полости составляет мозговая грыжа. Обильное количество слизисто - гнойного отделяемого из уха справа, слева меньше. 2.09.16 произведен бак посев ликвора – выявлена *Pseudomonas aeruginosa*. Проведено лечение: антибиотикотерапия, дезинтоксикационная терапия, дегидратационная терапия. 5.09.16г. снята лангета с конечности.

В связи с улучшением состояния (LP - 820 кл, снижение температуры до 36.7 °С, уменьшение количества отделяемого из ушей) 7.09.16 был переведен в ЛОР отделение. В стационаре состояние больного ухудшилось. Температура тела повысилась до 39,5 °С и повысилось количество клеток в ликворе 14.09.16. LP - 420 кл. Повторно переведен в АРО. Проведено МРТ 15.09.16 (заключение: постоперационные полостные изменения правой височной кости с включением оболочечной

грыжи правой височной области. Проявление наружной заместительной гидроцефалии). В дальнейшем у пациента наблюдалась отрицательная динамика, было принято решение о замене препарата Меронем на Авелокс. Анализы ликвора и общее состояние пациента улучшилось 6.10.16 LP-52кл. Выписан, даны рекомендации: наблюдение у ЛОР - врача, сосудистого хирурга, нейрохирурга, терапевта, травматолога, контроль ОАК, ЭКГ по месту жительства.

Выводы. Пациенты, ранее перенесшие операции и травмы черепа, входят в группу риска заболевания менингитом. Такие больные нуждаются в более пристальном внимании и настороженности врача. В таких случаях необходима нейровизуализация головного мозга и исследование лабораторных показателей ликвора. Комплексное обследование таких пациентов с привлечением узких специалистов позволяет поставить грамотный клинический диагноз, назначить своевременную терапию и снизить риск осложнений.

Мультидисциплинарный подход в диагностике нейроинфекций

Сидорова В.П. 5 курс, лечебный ф-т.

Кафедра инфекционных болезней с курсом инфектологии ФДПО
Научные руководители – асс. Хасанова Л.А.

Актуальность исследования: инфекционные заболевания нервной системы - одна из частых форм неврологической патологии, их удельный вес в структуре общей патологии нервной системы составляет около 42%. Одним из основных вопросов, возникающих при их изучении, выступает вопрос этиологической расшифровки, что помимо постановки точного диагноза, позволяет сделать определенные выводы в отношении характера течения, возможных осложнений и исхода, определить правильность лечебной тактики. К наиболее тяжелым последствиям нейроинфекции относятся инвалидность, слабоумие, летальный исход. Сочетанные формы инфекции нервной системы диагностировать намного сложнее, даже несмотря на то, что в последние годы возможности диагностики нейроинфекций значительно улучшились. Наиболее информативным видом исследования является МРТ, РКТ, а также энцефалограмма. Лабораторная часть диагностики предполагает исследование крови и мочи. Также проводится анализ спинномозговой жидкости. Каждая из этих диагностических процедур позволяет визуализировать состояние головного и спинного мозга, определить локализацию патогенного процесса, степень инфицирования и вовлечения в воспалительный процесс тканей.

Цель исследования: обосновать важность мультидисциплинарного подхода диагностики нейроинфекций на основании клинического случая инфекции нервной системы.

Материалы и методы исследования: обследована пациентка 59 лет с серологически подтвержденным нейросифилисом. Нейровизуализация головного мозга проводилась с помощью РКТ, МРТ. Проведена клиническая лабораторная диагностика крови, мочи и СМЖ. Проведён неврологический осмотр. Также при подозрении на нейросифилис была проведена серологическая диагностика крови и СМЖ путем РИФ, РПГА, ИФА, РВ. В ходе работы была изучена нормативная документация и проведён анализ лечебно - диагностического процесса.

Результаты. Пациентка заболела остро. 18.09.16 г. в вечернее время после эпилептического припадка доставлена по СМП в РОКБ. Осмотрена неврологом. В первые часы заболевания исследование методом РКТ не выявило визуализируемых изменений в структуре головного мозга. На второй день болезни при проведении МРТ выявлен очаг в правой гемисфере, который необходимо дифференцировать между ишемическими изменениями и воспалительным процессом. Наряду с этим наблюдалась очаговая неврологическая симптоматика (легкая девиация языка вправо, сглаженность левой носогубной складки, хоботковый рефлекс положительный), когнитивные нарушения. Выявлены изменения СМЖ (белок 0,58 г/л; цитоз 40 кл/мкл, лимфоциты 18, нейтрофилы 22). Госпитализирована в инфекционное отделение ГКБ им. Семашко. На пятый день болезни наблюдалось прогрессирование неврологической симптоматики, когнитивных нарушений, изменения в анализе СМЖ (цитоз 37 кл. в 1 мкл - 70% лимфоциты, 30% сегменты; белок 0,877 г/л., р. Панди «+»), данные МРТ за распространенные проявления энцефалита (патогномоничны для герпетического энцефалита). В крови обнаружено повышение СОЭ, методом ИФА обнаружены АТ к возбудителю сифилиса. Клинически диагностировано подозрение на герпетический менингоэнцефалит. Проведение исследования СМЖ методом ПЦР с целью выявления вируса герпеса невозможно. При подозрении на энцефалит герпетической природы необходимо (по клиническим рекомендациям) назначать этиотропную терапию. Пациентке назначена терапия ацикловиром 800мг 3р/сут. в/в. На 10 день болезни положительной динамики не наблюдается. Консультирована дерматовенерологом. Поставлен диагноз нейросифилис с симптомами.

Назначена терапия: пенициллин 12 млн. в/в кап. в 400 мл 0,9% р - ра натрия хлорида 2 р/день №6. Переведена в неврологическое отделение ГКБ №10 с диагнозом нейросифилис с выраженными когнитивными нарушениями. На 12 день болезни при проведении ИФА СМЖ выявлены IgM - антипаллидум. На 17 день болезни переведена в кожно-венерологический диспансер для продолжения этиопатогенетической терапии. Учитывая тяжесть заболевания, отсутствие должного эффекта от проводимой терапии пенициллина в/в, решено провести курс специфической терапии цефтриаксоном 2,0 x 2р/д в/в в курсовой дозе 80 мг.

Наблюдается положительная динамика на фоне проводимой терапии (снижение общемозговой и очаговой симптоматики). Когнитивные нарушения сохраняются. В настоящее время пациентка продолжает лечение в кожно-венерологическом диспансере. Проведение серологического исследования крови и СМЖ для выявления АТ к вирусу герпеса, а также проведение повторной МРТ для уточнения диагноза не представляется возможным. В рассмотренном клиническом случае с настоящим диагнозом «нейросифилис с симптомами» нельзя исключить сочетанную патологию сифилитической и герпетической природы, т.к. не были проведены исследования крови и СМЖ (серология, ПЦР).

Заключение: трудности постановки клинического диагноза при нейроинфекциях требуют комплексной диагностики: проведение ПЦР ликвора, крови, серологических реакций, нейровизуализационных методов исследования с привлечением узких специалистов для своевременного подтверждения диагноза и назначения этиопатогенетической терапии.

Блок детские болезни

Психологические аспекты энуреза

Борзенков В.Г., Комина В.И. 3 курс, педиатрический факультет
Научный руководитель – д.м.н., проф. Гребова Л.П.

Актуальность: энурез — это проблема, с которой сталкивается 10 - 15% детей в возрасте от 5 до 12 лет. Недержание мочи в ночное время, в период сна, затрудняет психологическую и социальную адаптацию детей в семье и детских коллективах, а стойкое непроизвольное мочеиспускание ночью у подростков часто приводит к сложным медико - социальным конфликтам.

Цель: показать и доказать важность и актуальность психологического аспекта, такого диагноза как энурез.

Методы исследования: осмотр пациента, работа с медицинской документацией, наблюдение, анализ научной литературы.

Результаты собственного исследования: было исследовано 10 медицинских карт пациентов с диагнозом - энурез. Также были лично осмотрены и опрошены 3 пациента. Все пациенты были физически здоровы, мочевая система - без органической патологии. У всех пациентов в анамнезе жизни фигурировал психологический аспект. Рецидивы у всех пациентов были отмечены после душевных переживаний. С двумя исследуемыми была проведена консультация психолога. Было приведено следующее заключение: «удерживание» в себе негативных эмоции или сильного чувства.

Выводы: ночное недержание мочи является реакцией организма на разные конфликтные ситуации в жизни ребенка: потребность получить недостающее внимание родителей, желание по какой-то причине подольше оставаться маленьким, перегрузка ребенка занятиями, конфликты в семье, в коллективе. Проблема психологического аспекта в данном заболевании стоит очень остро и нельзя пренебрегать ею во время лечения. Энурез является тем заболеванием для которого нужно создание отдельной структуры мест пребывания таких детей во время лечения, так как среди таких же пациентов они не будут стесняться и бояться, это создаст спокойную обстановку и приведет к скорейшему выздоровлению.

Случай врожденной гидроцефалии

Бутримова В.Н. 1 курс, педиатрический ф-т.

Кафедра профильных педиатрических дисциплин и факультетской педиатрии
Научный руководитель - асс., к.м.н. Аникеева Н.А.

Актуальность исследования. Врожденная гидроцефалия встречается у 0,5 - 5% новорожденных. Заболевание приводит к глубокой инвалидизации ребенка. Дети с таким диагнозом, развиваются с задержкой психического, моторного и речевого развития, наличием грубой неврологической симптоматики. Полное излечение в большинстве случаев не возможно, в настоящее время широко используются симптоматические средства и паллиативные операции.

Клинический случай врожденной гидроцефалии. Мать здорова. Беременность 2. Токсикоз 1 половины. Скрининг 1 триместра: беременность 13 недель. Дихориальная, дианимотическая двойня. Физиологический тип развития, ВПР не выявлено.

Скрининг 2 триместра: беременность 18 - 19 недель. Дихориальная дианимотическая двойня. Конкордантное развитие плодов. ВПР ЦНС II плода: агенезия мозолистого тела. Внутренняя гидроцефалия. Единственная артерия пуповины II плода. Беременность решено пролонгировать ввиду наличия первого плода без признаков патологии.

Скрининг 3 триместра: беременность 32 - 33 недели выявлена микроцефалия II плода.

Родоразрешение экстренное на сроке 36 - 37 недель кесаревым сечением.

Объективно: состояние тяжелое. По шкале Апгар 6/7 баллов. ЧСС 95. ЧДД 35. Кожные покровы: субиктеричные, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, венозная сеть на лбу; подкожная клетчатка развита слабо, отеков нет, тургор снижен. Нервная система: сросшиеся веки, анофтальм слева; лобная кость выбухает над малым лицевым скелетом, значительное расширение всех родничков. Паукообразные изменения пальцев кисти и стоп. Переведен в АРО с Ds: ВПР ЦНС. Гидроцефалия. Внутриутробная пневмония, ДН 1 ст. ВПР лица – анофтальм слева.

На 2 - е сутки проведена операция ВПШ. На 14 сутки в стабильном состоянии направлен в ОВТ для длительной реабилитации. Прогноз для здоровья неблагоприятный.

Вывод: на современном этапе развития медицины представляется возможным выхаживать детей с пороками развития ЦНС, однако вопрос дальнейшей их

реабилитации остается открытым. В основе профилактики грубых врожденных пороков развития лежит совершенствование системы ранних перинатальных скринингов.

Постгеморрагическая гидроцефалия у детей грудного возраста: современное состояние проблемы в Рязанской области

Королева Е.П., Романова Е.П. 5 курс, лечебный ф-т.
Кафедра педиатрии с курсом детской хирургии и педиатрии ФДПО
Научный руководитель - к.м.н., асс. Петрова В.И.

Актуальность: по данным статистики, ежегодно преждевременно рождается около 7% детей. В настоящее время достигнуты значительные успехи в выживании глубоко недоношенных детей в условиях перинатальных центров и специализированных отделений. В связи с этим, возрастает количество патологических состояний, свойственных данной группе детей. Ведущее место в структуре патологических состояний недоношенных детей занимают поражения ЦНС гипоксически - ишемического генеза, а именно – ВЖК. Среди детей с данной патологией уровень смертности составляет около 70% , остальные дети становятся инвалидами.

Цель: анализ историй болезни пациентов с постгеморрагической гидроцефалией, получавших медицинскую помощь в условиях ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой г. Рязани

Материалы и методы: исследование проводилось на базе отделений травматологии и ортопедии, восстановительной терапии, патологии новорожденных недоношенных детей. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 10 детей (5 - мальчиков, 5 - девочек) с диагнозом постгеморрагическая гидроцефалия. План исследования: 1) оценка анамнестических данных; 2) комплексное клинично -лабораторное обследование больных; 3) проведение нейросонографии; 4) проведение магнитно - резонансной томографии; 5) проведение диагностических пункций боковых желудочков головного мозга и анализ состава ликвора; 6) анализ полученных результатов.

Результаты: в ходе ретроспективного анализа, мы установили, что 50 % детей были рождены в условиях Перинатального центра, 30% - в родильных домах, 20% - вне ЛПУ. Средний возраст матери составил 30 лет. Средний срок гестации – 30 недель. В большинстве случаев, дети рождены от повторных беременностей и родов, которые сопровождались инфекциями половых путей, респираторными заболеваниями, с последующей угрозой самопроизвольного аборта.

Родоразрешение: 4 – самопроизвольные роды, 6 - кесарево сечение. Антропометрические показатели: средний вес – 1741 г (60% - НМТ, 20% - ОНМТ, 20% - ЭНМТ), средняя длина тела – 42,5 см. Лишь трое детей имели средние показатели окружности головы, соответствующие сроку гестации. Остальные, уже при рождении, имели отклонение этого показателя от нормы. Все пациенты имели ИВК II - IV степени. В качестве временного купирования повышенного внутричерепного давления, пациентам проведено субгалеальное дренирование (средний срок проведения – 48 день жизни). По мере санации ликвора, проводилось вентрикуло - перитонеальное шунтирование (средний срок -98 день жизни). Таким образом, постгеморрагическая гидроцефалия - патология недоношенных детей с НМТ. Пациенты с постгеморрагической гидроцефалией, в условиях ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой, получают медицинскую помощь согласно методическим рекомендациям Союза педиатров и Ассоциации детских нейрохирургов РФ и Федеральным клиническим стандартам - оперативная коррекция. Такие пациенты нуждаются в комплексном наблюдении нейрохирурга, невролога, окулиста, педиатра.

Клинический случай энцефалита неуточненной этиологии у ребенка

Кузнецова А.Н. 3 курс, педиатрический ф-к.
Кафедра профильных педиатрических дисциплин
Научный руководитель - к.м.н., асс. Аникеева Н.А.

Цель исследования: изучить особенности течения энцефалита на примере конкретного пациента.

Методы исследования: осмотр пациента, работа с медицинской документацией, наблюдение, анализ научной литературы.

Результаты собственного исследования. Из анамнеза: родители пациента здоровы, перинатальный период без особенностей, роды самостоятельные, срочные, физиологические. Пациент N при рождении имел нормальные показатели физического развития. На протяжении 6 лет рос и развивался нормально.

В 6 лет 9 месяцев ребенок перенес ОРВИ, через 2 недели после этого мать заметила изменения речи, появление гнусавости голоса. Через месяц появились: запрокидывание головы, специфические заведения глаз, смазанность речи, гиперсаливация, трудности при глотании.

Госпитализирован в педиатрическое отделение с диагнозом: Цереброастенический синдром. На фоне проводимой терапии с положительной динамикой со-

стояния через 4 дня выписан домой. Через неделю симптоматика возобновилась, ребенок госпитализирован в неврологическое отделение с диагнозом: последствия перинатального поражения ЦНС, снижение когнитивных функций. При МРТ - обследовании выявлены признаки диффузного отека головного мозга. На фоне нарастания клиники ДН и бульбарной симптоматики переведен в ДРИТ, где проводилась респираторная терапия, инфузионная, противовирусная и гормонотерапия. Ребенок находился в коме I - II ст., наблюдалась мышечная гипотония, гипорефлексия. На четвертый день лечения возобновилось самостоятельное дыхание, ребенок пришел в сознание, бульбарные симптомы регрессировали. Переведен в неврологическое отделение. На фоне улучшения состояния через неделю выписан домой.

Выводы: на примере данного пациента описан случай атипичного подострого течения энцефалита, предположительно вирусной этиологии с благоприятным исходом без развития неврологического дефицита. Однако прогноз заболевания остается сомнительным. Необходимо дальнейшее динамическое наблюдение.

Апаллический синдром у детей

Лабазова В.А. 5 курс, лечебный ф-т.

Кафедра педиатрии с курсами детской хирургии и педиатрии ФДПО

Научный руководитель - к.м.н., доц. Ткаченко Т.Г.

Термин «апаллический синдром» был введен в 1940 году немецким психиатром, Э. Кречмером. Данное определение означает состояние, вызванное нарушениями функций коры головного мозга, оно характеризуется утратой познавательных функций и полной безучастностью ко всему.

Актуальность проблемы апаллического синдрома связана с невозможностью полного излечения маленьких пациентов и возможности их возвращения к полноценной жизни.

Новизна работы заключается в исследовании результатов лечения апаллического синдрома.

Проблемы, связанные с данным синдромом, объясняются тяжестью определения состояния пациента, факторами развития и установления верного диагноза, необходимостью специализированного медицинского ухода.

Основными причинами данной патологии являются токсическое, гипоксическое, метаболическое, инфекционное, сосудистое поражения головного мозга, а также тяжелая черепно - мозговая травма.

Для апаллического синдрома характерно отсутствие реакции на внешние раздражители. Обычно сохраняется чувствительность к болевым ощущениям. Глотательные, а также жевательные функции не нарушаются. Артериальное давление держится на постоянном уровне, вне зависимости от внешних факторов. Предполагается сохранение вегетативных функций, в том числе дыхания и сердцебиения. Тактика врачей заключается в нормализации деятельности сердца и дыхания, артериального давления, гомеостаза, гемодинамики, борьба с отеком мозга и гипоксией. Важным моментом является мониторинг показателей состояния организма и поддержание их на постоянном уровне.

Вывод: на данный момент количество детей с апаллическим синдромом увеличивается, что связано с тяжелыми генетическими, неврологическими заболеваниями, травмами и инвалидизацией выхоженных детей с тяжелой перинатальной патологией. Высокие технологии сейчас не дают таким деткам умереть, но при этом не могут вернуть их к полноценной жизни. В связи с этим не решен вопрос о месте их «проживания» в стационаре. Материальные возможности родителей в большинстве случаев не позволяют организовать необходимые условия и уход для жизни, несмотря на материальную помощь государства (инвалидность).

Синдром Лайелла у ребенка раннего возраста

Литвинова М.В., Кудряшова О.Ю. 5 курс, педиатрический ф-т.
Кафедра педиатрии с курсом детской хирургии и педиатрии ФДПО
Научный руководитель – к.м.н., доц. Ткаченко Т.Г.

Актуальность. Синдром Лайелла - тяжелый вариант аллергического буллезного дерматита с преимущественным поражением кожи и слизистых оболочек. Заболевание встречается крайне редко.

Наиболее частой, но не единственной, причиной синдрома Лайелла является применение лекарственных средств. Продромальный период длится от нескольких часов до 2 - 3 дней и проявляется общими симптомами интоксикации. Критический период является наиболее ярким и специфическим: выражены кожные поражения, характерно отслоение эпидермиса с положительным симптомом Никольского.

Особенностями синдрома Лайелла, отличающими его от других токсикодермий, является стремительное прогрессирование, отсутствие наследственной отягощенности и отсутствие в анамнезе повторных эпизодов.

Ребенок Е. от 3 беременности, 1 срочных родов. Вскармливание с первых дней жизни - искусственное «Similac Premium 1». Введение первого прикорма с 4

месяцев – овощное пюре, фруктовое пюре: яблоко, груша. Аллергологический анамнез – без особенностей.

- 10.01.16 ввели в рацион около ½ чайной ложки фруктового пюре.
- 11.01.16. Кожа ребенка с покраснениями в области от носа до подбородка, на щеках и носу сухие, кровавые следы от расчесов. На спине небольшая мелкоочечная сыпь, бледная. На животе, сбоку – шелушение (как будто облезает кожа).
- 12.01.16. Высыпаний стало больше. В области губ, рта кожа шершавая, потрескалась. В 20:00 вызвали СМП и с катастрофическим ухудшением доставлены в РОККВД.

При поступлении: состояние тяжелое, по всей поверхности кожи множественные эрозии. На коже рук, ног, спины, груди, живота (общая площадь 42%) участки лопнувших кожных пузырей. Симптом Никольского положительный на всей поверхности кожи. ЧДД = 36 в минуту. ЧСС = 126 в минуту.

Диагноз: токсический эпидермолиз (синдром Лайелла).

Получал лечение: димедрол, дексаметазон, преднизолон, супрастин, цефтриаксон – в/в, смекта – внутрь. Инфузионная терапия. Местно: перевязки с солкосерилом, йодопионом; бепантен, адвантан.

Состояние ребенка после выписки: с улучшением. Кожа бледно - розовая, очагов эпидермолиза нет. ЧД = 32 в минуту. ЧСС = 126 в минуту.

Выводы:

1. Синдром Лайелла - острая тяжелая токсико-аллергическая реакция кожи и слизистых.
2. Заболевание у данного ребенка можно считать спровоцированным пищевым аллергеном.
3. Своевременная диагностика и раннее начало терапии сыграли ключевую роль в успешном исходе данного случая.

Постгеморрагическая гидроцефалия

Романова Е.П., Королева Е.П. 5 курс, лечебный ф-т.

Кафедра педиатрии с курсами детской хирургии и педиатрии ФДПО

Научный руководитель – к.м.н., асс. Петрова В.И.

Актуальность: по данным статистики за 2015 год, рождаемость в Рязанской области составила 12633 ребёнка: из них 49 детей с экстремально низкой массой тела. Младенческая смертность за 2015 год в Российской Федерации соста-

вила 6,5/живорожденных, в Центральном федеральном округе – 6,0/1000 живорожденных, в Рязанской области – 6,2/1000 живорожденных. Благодаря современным методам выхаживания, процент выживания детей с экстремально низкой массой тела в 2015 году в Рязанской области достиг 75%. Около 20% выхуженных детей с экстремально низкой массой тела имеют патологию центральной нервной системы, что обеспечивает ежегодный прирост инвалидности в Российской Федерации на 2%. Одной из самых частых патологий центральной нервной системы являются внутримозговые кровоизлияния.

Цель: проанализировать случай постгеморрагической гидроцефалии у детей в городе Рязани, течение, исходы.

Результаты: проанализирована история болезни и проведено катamnистическое наблюдение 1 пациента до возраста 4,5 месяцев ОДКБ им. проф. Н.В. Дмитриевой поступившего 14.09.2016 с диагнозом: перинатальное поражение ЦНС гипоксически - ишемического генеза; ВЖК II - III степени, острый период; синдром угнетения ЦНС; постгеморрагическая симметричная внутренняя прогрессирующая гидроцефалия; недоношенность - 27 недель. Клинико - лабораторное обследование включало: обзорная рентгенограмма грудной клетки, нейросонография, МРТ головного мозга, общий анализ ликвора, консультация нейрохирурга, консультация офтальмолога.

На базе отделения патологии новорожденных ОДКБ им. проф. Н.В. Дмитриевой ребенку, под контролем нейрохирурга, проведены многочисленные пункции боковых желудочков головного мозга с целью определения состава ликвора и оценки возможности проведения вентрикулоперитонеального шунтирования. Первым этапом оперативного лечения было проведение субгалеарного дренирования правого бокового желудочка головного мозга с целью стабилизации роста головы и снижения внутричерепного давления. По мере нормализации состава ликвора, вторым этапом хирургического лечения было проведение вентрикулоперитонеального шунтирования, что является федеральным клиническим стандартом оказания медицинской помощи детям с постгеморрагической гидроцефалией.

Выводы: глубоко недоношенные дети с ЭНМТ и ВЖК составляют группу риска по формированию инвалидизирующей патологии ЦНС. Согласно Федеральным клиническим стандартам, постгеморрагическая гидроцефалия у этих детей должна регистрироваться оперативно. Такие дети нуждаются в комплексном наблюдении нейрохирурга, невролога, окулиста, для своевременной оценки тяжести состояния и коррекции выявленных изменений. В данном клиническом случае, преемственность всех неонатологических служб, позволила не только сохранить жизнь ребенку, но и создала условия для развития сохраненных структур головного мозга.

Острый ларинготрахеит у детей

Халчева М.П., Красоткина И.Г. 5 курс, педиатрический ф-т.

Кафедра профильных педиатрических дисциплин

Научный руководитель: д.м.н., проф. Гребова Л.П.

Цель исследования: изучение особенностей современного течения острого ларинготрахеита у детей, а также анализ основных принципов купирования острого ларинготрахеита у детей на современном этапе.

Материалы и методы. Для анализа было отобрано 255 историй болезни детей, госпитализированных в ГБУ РО «Городская клиническая больница №11», в детское инфекционное ларингитное отделение, в период с июня по декабрь 2015 года включительно. Проведенный анализ установил, что наиболее уязвимым возрастом для заболевания острым ларинготрахеитом является 1 - 3 годы жизни - это 47 % детей от общего числа, затем идут дети от 3 до 5 лет – 23,5 %. Наименее подвержены острому ларинготрахеиту дети до года – 16 % и дети старше 5 лет - 11,5 %. Повторные эпизоды острого ларинготрахеита зарегистрированы у 22 % детей, рецидивирующее течение ларинготрахеита выявлено у 2 % детей. У 23 % детей установлен отягощенный аллергический анамнез: при этом у 50 % детей, с отягощенным аллергическим анамнезом наблюдалась пищевая аллергия, у 40 % - лекарственная аллергия, и у 10 % другие виды аллергий (поллиноз, аллергия на солнечный свет и т.д.). Отмечено, что у 5 % детей имеется склонность к частым ОРВИ, ОРЗ, бронхитам.

В результате данного исследования установлено, что давность заболевания до госпитализации составляет в основном 1 - 2 суток – 59 %, дети, госпитализированные на 3 сутки, составили - 21,5 %, а дети, госпитализированные более, чем на 3 сутки после начальных проявлений составили 19,5 %. Причем установлено, что до госпитализации 24 % детей в качестве лечения получали противовирусные препараты, 5,5 % детей получали антибиотики, 10 % детей - глюкокортикостероиды, 60,5 % детей не получали медикаментозного лечения. Также в ходе анализа установлено, что 76 % детей были госпитализированы скорой помощью, 16,5 % детей были направлены на госпитализацию педиатром, 7,5 % детей были госпитализированы после самостоятельного обращения родителей в детское инфекционное отделение. Неотложная помощь до госпитализации была оказана: скорой медицинской помощью – 36 % детей, педиатром - 3 %. Острый ларинготрахеит без стеноза гортани зарегистрирован у 25,5 % детей, со стенозом 1 степени у 67,5 % детей, 7 % - со стенозом 2 степени. По степени тяжести заболевания: у 98,8 % детей заболевание протекало со средней степенью тяжести, у 1,2 % детей наблюдалась тяжелое течение. Длительность

пребывания в стационаре: 49 % детей находились в стационаре больше 3 дней, 25,5 % детей находились в стационаре от 0 до 1 дня, 25 % детей - до 3 дней. За время нахождения в стационаре 70 % детей получали гормоны: в виде ингаляций – 39 % детей, внутримышечно – 28 %, per os 33 %. Антибиотики получали 85,5 % детей. С полностью купированным ОЛТ выписано – 89 % детей, 11 % детей выписаны с положительной динамикой. У 1 % детей также наблюдалась пневмония, у 34 % - другие сопутствующие заболевания.

Выводы. Данное статистическое исследование отражает особенности течения острого ларинготрахеита у детей, его клинические особенности, выявляет наиболее уязвимый возраст детей по данному заболеванию, а также отражает современные, наиболее предпочитаемые подходы и принципы лечения данного заболевания и наиболее частые его исходы.

Медико-профилактический блок

К вопросу современного состояния фактического питания беременных женщин

Акишин С.В., Титова Е.А. 6 курс, медико-профилактический ф-т.
Кафедра профильных гигиенических дисциплин, с курсом гигиены,
эпидемиологии и госсанэпидслужбы ФДПО
Научный руководитель – к.м.н., доц. Пешкова Г.П.

Проблема здорового питания беременной женщины остается объектом пристального внимания акушеров - гинекологов и неонатологов и не имеет тенденции к снижению своей актуальности. Питание беременной женщины влияет не только на состояние ее организма, но и на полноценное развитие и здоровье будущего ребенка.

Рациональное питание будущей матери должно отличаться сбалансированностью поступающих в организм питательных веществ, витаминов, микроэлементов и зависит от многих факторов, основными из которых являются срок и особенности течения беременности, соматический и аллергологический анамнез, особенности конституции, физические нагрузки, географические условия и время года.

Нерациональное питание как в количественном (недостаток или избыток калорийности), так и в качественном отношении (несбалансированность рациона по основным пищевым компонентам) может приводить к нарушению развития плода и новорожденного, возникновению осложнений беременности и родов, увеличению детской заболеваемости и смертности.

Сниженный нутриционный статус у матери в первом триместре, впоследствии, может вызвать преждевременные роды, увеличивает перинатальную смертность, вызывает врожденные пороки центральной нервной системы. Недостаточность питания в третьем триместре приводит к рождению маловесных детей, повышает риск неонатальной смертности или необходимость в долгосрочной терапии недоношенного новорожденного.

Охране материнства и детства в системе здравоохранения Рязанской области отводится приоритетное значение, так как данное направление играет важную роль в улучшении демографической ситуации как в Рязанской области в частности, так и в стране в целом. От состояния здоровья матерей и детей зависит здоровье всего населения. В соответствии с государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» в настоящее время разработан комплекс мероприятий по улучшению организации оказания медицинской по-

мощи населению Рязанской области, в том числе и детям, который утверждён постановлением Правительства Рязанской области от 29.10.2014 № 311 «Об утверждении государственной программы Рязанской области «Развитие здравоохранения на 2015 - 2020 годы».

Согласно докладу министерства здравоохранения Рязанской области о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности за 2015 год, подготовленный в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» около 47% женщин, закончивших беременность в 2015 году, имели заболевания, предшествующие или возникшие во время беременности. На первом месте в структуре заболеваемости стоит угроза прерывания беременности, угроза преждевременных родов – более 33%. Сохраняются высокие показатели заболеваемости анемией – более 20%. Число родов в 2015 году составило 12598. Доля нормальных родов снизилась по сравнению с 2014 годом на 13,3% и составила 38,5%.

В связи с вышеизложенным ясно, что формирование и оптимизация принципов рационального питания беременных является одной из первоочередных задач, необходимых для благоприятного протекания беременности и рождения здорового ребенка.

Целью настоящей работы было изучить фактическое питание и состояние здоровья беременных женщин г. Рязани.

Пациенты и методы. Оценка питания беременных женщин проводилась анкетно - опросным методом по стандартизированной методике суточного воспроизведения питания с выяснением частоты потребления отдельных продуктов в соответствии с методическими рекомендациями по изучению фактического питания и состояния здоровья населения в связи с характером питания. Методом анкетирования было изучено фактическое питание 112 человек.

В результате проведенного обследования, нарушение трофологического статуса до беременности отмечалось у 56% женщин, с недостаточным ИМТ у 12% и с избыточным ИМТ у 44% обследуемых. Во время беременности только у 4% обследуемых женщин допустимая прибавка массы тела находилась в пределах нормы, у 50% беременных наблюдался недобор массы тела, а у 46% - лишний набранный вес.

В результате проведенного анализа трофологического статуса было выявлено недостаточное употребление белковых пищевых продуктов: молока/кисломолочных продуктов на 17,2%, рыбы на 25,7%, бобовых культур на 51%, мяса на 25,3% (от рекомендуемого уровня).

Избыточное потребление пищевых продуктов, с высоким содержанием жира: жирные сорта мяса на 27,5%, сала на 35,3%, растительного масла на 106,6% (от рекомендуемого уровня).

Отмечено недостаточное употребление углеводистых продуктов: картофеля на 27,7%, хлеба на 14%, овощей на 16,4%. Большинство из опрошенных отмечали прямую зависимость между количеством употребляемых овощей и сезоном года. При этом отмечено избыточное потребление: кондитерских изделий, круп и макаронных изделий.

Высокое потребление соли, превышающее рекомендованные значения, практически в 3 раза.

Среди пищевых продуктов, наиболее часто встречаемых в рационе питания беременных женщин занимают место: молоко и молочные продукты, овощи, фрукты, картофель, жирные сорта мяса, крупы, ржаной хлеб и растительные масла.

При этом, следует отметить, что 4% опрошенных исключили из своего повседневного рациона – картофель, 6% - мясо и хлеб, 10% - молочные продукты, 16% - рыбу.

Питание беременных неполноценно в качественном отношении: низкое содержание в рационе белков (особенно животных), незаменимых аминокислот, витаминов (А, Д, В1, В2, В6, В9, В12, С), минеральных веществ (железа, йода, кальция). Наиболее значимая недостаточность фактического потребления микронутриентов наблюдались по следующим позициям: дефицит В9 – у 48%, дефицит железа – у 36%, дефицит йода – у 24%, дефицит кальция – у 10% беременных. Стоит отметить, что 96% опрошенных принимают, по назначению лечащего врача, поливитаминные комплексы и препараты микроэлементов.

Фактическое питание большинства беременных женщин характеризуется нерегулярностью с неравномерным распределением приемов пищи в течение дня, 46% опрошенных отмечают наличие перекусов на ходу, преимущественное питание в вечерние часы и перед сном, однообразным набором пищевых продуктов.

Многие рекомендации по рациональному питанию становятся невыполнимыми из-за сниженного жизненного уровня многих семей, особенно молодых, а также матерей-одиночек. В силу специфики режима и условий работы или учебы для некоторых беременных становится невозможным соблюдение рационального режима питания. Это приводит к недопустимо большим интервалам между приемами пищи с последующими обильными приемами в вечерние часы и перед сном.

Фактическое питание беременных женщин является нерациональным и требует активизировать работу, направленную на повышение уровня санитарной культуры, так как недостаточная информированность приводит к незнанию и непониманию важности правильного питания при беременности. Это позволит снизить заболеваемость беременных и новорожденных, уменьшить частоту осложнений беременности и родов, повысить общую сопротивляемость организма и устойчивость к неблагоприятным факторам окружающей среды.

История развития акушерства

Большакова М.Н., Дегтярь В.В. 1 курс, педиатрический ф-т.

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

с курсом организации здравоохранения ФДПО

Научный руководитель – асс. Сидоров А.А.

Актуальность темы. Искусство родовспоможения или акушерство имеет древние истоки. Еще со времен первобытнообщинного строя известны случаи помощи рожаящей женщине. Пройдя сквозь века, умение помочь мучающейся в родах в наши дни практически дошло до совершенства, интересно было проследить её историческое развитие на протяжении нескольких веков.

Цель исследования – рассмотреть развитие акушерства как отдельную специальность, ознакомиться с её историческим развитием и выявить дальнейшие перспективы развития данной специальности.

Результаты исследования. С распространением в России просвещения и ростом общей культуры увеличился спрос на разумную акушерскую помощь, ощутилась потребность организовать подготовку если не врачей - акушеров, то на первое время хотя бы отечественных акушерок. Уже после Петра I, в царствование Елизаветы, правительство сделало решительный шаг в деле плановой подготовки акушерок.

В вопросе организации акушерского образования в России особенно большую роль следует отнести выдающемуся организатору здравоохранения П.З. Кондоиди (1710—1760). П.З. Кондоиди поставил вопрос об отдельной организации акушерских школ.

Самым выдающимся представителем русского акушерства был Нестор Максимович Амбодик - Максимович (1744—1812) по достоинству названный “отцом русского акушерства”. Вся его деятельность была проникнута высоким патриотизмом, любовью к науке и неиссякаемой энергией в воспитании отечественных кадров врачей-акушеров и акушерок.

Начиная с XIX века в России бурно началось развитие акушерства. Великие ученые постоянно приносили свой вклад в развитие этой медицинской дисциплины. Особенно хочется отметить деятельность В.Ф. Снегирева. В честь него была названа клиника Акушерства и Гинекологии Московской Медицинской академии им. И.М. Сеченова.

Почти за пятьдесят лет своей кипучей, высокопродуктивной деятельности В. Ф. Снегирев создал гинекологию как самостоятельную отрасль русской медицинской науки.

Выводы. С развитием акушерства резко снизилась детская смертность и травматизм в ходе родов, а у рожениц риск смерти в результате кровопотери.

Акушерство занимает в жизни не только женщины, но и мужчины огромное значение. Эта отдельная отрасль медицины, изучающая процессы зачатия, беременности, формирование плода и период родов, а также различных патологий, выявленных в ходе них, способов и методов родовспоможения. Центр акушерства включает в себя знания таких дисциплин, как терапия, хирургия, но в то же время является отдельной отраслью медицины, так как требует специфических знаний об организме беременной женщины и плода. От знаний, навыков специалиста акушера напрямую зависит здоровье, а зачастую жизнь роженицы и ребенка.

Мероприятия первой помощи при эпилепсии – припадках

Конюхова М.О. 2 курс, лечебный ф-т.

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
Научный руководитель – асс. Сычев В.В.

Актуальность: эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными припадками, возникающими в результате чрезмерной активности группы нейронов головного мозга. Распространенность эпилепсии среди населения составляет 0,5 - 1% популяции, заболеваемость 50 – 70 на 100 тыс. населения, а среди всех случаев инвалидности по причине психических заболеваний удельный вес эпилепсии 10 – 13%. Считается, что не менее 1 припадков переносят 5% населения. Около 20 – 30% пациентов страдает эпилепсией пожизненно. Причины смерти приблизительно у 30% пациентов непосредственно вызваны нарушениями во время приступа. Данные показатели обуславливают актуальность проблемы оказания первой помощи при эпилепсии - припадках.

Цель работы: ознакомление слушателей с правилами оказания первой помощи пациенту при наиболее часто встречающихся типах эпилепсии - припадков – «большом» судорожном и «малом» бессудорожном.

Материалы и методы: в качестве метода исследования было выбрано изучение литературы по данной проблеме, анализ данных по клинической картине заболевания.

Мероприятия первой помощи при «большом» (grand mal) эпилептическом припадке должны быть направлены на подготовку к припадку (по возможности), наблюдение за пациентом, предотвращение получения травм, обеспечение доступа воздуха (расстегнуть одежду на шее и груди), придание по возможности бокового положения с целью предупреждения аспирации рвотных масс. Не следует пытаться разжать челюсти больного, и поместить между зубами какой-либо предмет – это может привести к дополнительной травматизации ротовой полости, механической асфиксии обломками зубов. При «малом», бессудорожном (petit mal) припадке следует усадить больного и успокоить его. Необходимо рассказать больному о приступе и направить к врачу.

После эпилептического припадка необходимо дать возможность пациенту отдохнуть. Эпилептические пациенты должны регулярно принимать назначенные врачом препараты, и после приступа также должны использовать необходимые медикаменты. Из питания необходимо исключить все продукты, которые могут изменять скорость процессов в нервной ткани (так называемая «бескофеиновая» диета). Обязателен отказ от алкоголя. Далее проводится корректировка лечения с врачом.

Выводы: объем мероприятий первой помощи при эпилептических припадках зависит от их характера и тяжести состояния больного. Правильная оказанная первая помощь позволяет улучшить состояние больного, снизить риск получения травм и в некоторых случаях спасти ему жизнь.

Динамика показателей последствий дорожно-транспортных происшествий с участием детей на фоне законопроекта об обязательном ношении светоотражательных элементов для детей дошкольного и школьного возраста

Ласкин А.С. 3 курс, лечебный ф-т.

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф
Научный руководитель – к.м.н., доц. Шатрова Н.В.

Актуальность. Дорожно - транспортные происшествия (ДТП) – вторая по значимости причина смерти среди молодых людей в возрасте от 5 - 29 лет. Смертность от ДТП в 12 раз выше, чем у других лиц, получивших травму. Пострадавшие вследствие ДТП в 7 раз чаще нуждаются в госпитализации и в 6 раз чаще становятся инвалидами (в том числе дети). В России смертность от ДТП

составляет 14,0 на 100 пострадавших в ДТП, что в 5 - 7 раз больше, чем в развитых странах.

Целью исследования: оценка динамики показателей последствий ДТП с участием несовершеннолетних на фоне законопроекта от Федерации от 14 ноября 2014 года № 1197 о ношении светоотражательных элементов для детей дошкольного и школьного возраста (далее Законопроект) и поправки от 2015 года с обязательным ношением светоотражательных элементов.

Материалы и методы. Законопроект, количественные сведения по ДТП с участием детей, предоставленные ГИБДД РФ, отчетные материалы ГИБДД УМВД по Рязанской области.

Результаты. Целью законопроекта было снижение количества ДТП с участием лиц дошкольного и школьного возраста.

По данным 9-летнего мониторинга было установлено, что на период с 2008 по 2015 количество ДТП с участием детей составляло в среднем 8% от общего количества ДТП на территории РФ. С периода от 2015 по 2016 год (с учётом поправки в законопроекте, согласно которому за ненашивание светоотражателей на родителей возлагалось административное наказание) число ДТП с участием детей снизилось до 3% в общей структуре ДТП. Количество погибших детей снизилось на 24%. Количество пострадавших детей снизилось на 21%.

Вывод. Таким образом, на фоне реализации законопроекта количество ДТП с участием детей и их тяжесть снизились, что может свидетельствовать об эффективности данной меры для профилактики и снижения последствий ДТП.

Гигиеническая оценка электронных устройств, используемых в процессе обучения

Порошина М.О. 3 курс, медико-профилактический ф-т.
Кафедра общей гигиены с курсом экологии
Научный руководитель - асс. Чудинин Н.В.

Актуальность исследования. В виду развития технологий и научного прогресса появилась потребность в современной модификации образовательной среды. В первую очередь, она связана с внедрением в систему образования информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) на базе мобильных электронных устройств.

Новизна исследования. Адекватную поддержку новым подходам в образовании может обеспечить ридер – специализированное цифровое устройство для

работы с текстами. Ридер, созданный по технологии E - ink, не являясь в отличие от компьютерного экрана источником излучения и представляет меньшую потенциальную опасность для здоровья учащихся.

Проблема. В настоящее время источником информационно образовательных ресурсов в среде обучения являются не только традиционные учебники, но и персональный компьютер. Однако, длительное чтение с экрана монитора вызывает синдром «сухого глаза», компьютерный зрительный синдром, что ведет к явному ухудшению зрения, это и явилось основанием для разработки и внедрения электронных книг с технологией E - ink.

Выводы. Анализ количества ошибок показал отсутствие различий между чтением с экрана ридера и чтением с листа бумаги. Оценка степени сложности зрительной задачи также показывает отсутствие разницы при чтении с листа бумаги и экрана ридера. Исследование, направленное на запоминание и воспроизведение слов подтвердило, что тексты, прочитанные на бумаге, запоминаются гораздо лучше тех, которые были прочитаны на электронных носителях.

Технология E - ink приближает электронную книгу по восприятию к бумажной книге. По воздействию на аппарат глаза электронные книги аналогичны традиционным бумажным книгам. Такой эффект достигается благодаря работе в отраженном свете (отсутствию свечения) и сопоставимой контрастности.

Блок фундаментальных дисциплин

Морфологическая характеристика латеральных структур коленного сустава

Бикташев А.И. 6 курс, лечебный ф-т. **Теплов С.А.** 5 курс, лечебный ф-т.
Кафедра сердечно-сосудистой, рентгенэндоваскулярной, оперативной хирургии
и топографической анатомии
Научный руководитель – д.м.н., доц. Павлов А.В.

Актуальность исследования: в 2013 г. два бельгийских хирурга-ортопеда Клаэс и Беллеманс, выделили и описали в латеральной части коленного сустава соединительнотканную структуру, которая имеет начало на латеральном мыщелке бедренной кости, откуда направляется кпереди и книзу, прикрепляясь на большеберцовой кости несколько кзади от бугорка Жерди. Ученые назвали данную структуру антеролатеральной связкой коленного сустава (ALL). До сих пор эта анатомическая структура не была должным образом описана и не была включена в анатомические атласы.

Цель исследования: изучение морфологической и пространственной характеристик, линейных размеров, ALL и малоберцовой коллатеральной связок (МКС), сравнение их.

Материалы методы: исследование проводилось на 5 свежезамороженных трупных препаратах коленного сустава, взятых от 3 мужчин и 2 женщин. Глубокие переднебоковые структуры были выделены и измерены. Нами были выполнены фотографии в стандартных проекциях.

Замеры толщины и ширины связок производились штангенциркулем (ГОСТ 166 -89), длина измерялась металлической линейкой (ГОСТ 427 - 75) в положении разгибания сустава. Угол наклона связок к плато большеберцовой кости измерялся при помощи программы анализа изображений Image J.

Результаты: в 4 из 5 суставов, нами была обнаружена структура, по топографии аналогичная ALL из работ Клаэса и Беллеманса. В полученных данных выделены статистически значимые различия при $p < 0,05$

Результаты измерения пространственной структуры ALL: средний угол к плато большеберцовой кости – $80,63 [77,53;81,45]^0$; средняя длина – $39 [37,5;42,5]$ мм; средняя толщина – $1,25 [1,07;1,32]$ мм; средняя ширина в месте начала – $2,75 [1,82;3,52]$ мм; в центре – $2,05 [1,22;2,87]$ мм; в месте прикрепления – $4,85 [3,9;5,77]$ мм.

Для МКС измерения составили: средний угол к плато большеберцовой кости составил – 101,02 [98,39;102,53]⁰; средняя длина – 52 [51;56] мм; средняя толщина – 2 [1,9;2] мм; средняя ширина в месте начала – 6 [6;6,3] мм, в центре – 4,2 [3;4,3] мм, в месте прикрепления – 5,5 [4,5;5,8] мм.

При сравнении связок было выявлено, что по длине МКС на 21% длиннее ALL, по толщине на 42,5%, по ширине в месте начала на 56,7%, в середине на 51,2%, в месте прикрепления на 12,4%.

Выводы: в ходе исследования ALL в 80% была выделена и изучена, были измерены линейные параметры и пространственное соотношение ALL и МКС. При сравнении было выявлено что ALL уступает МКС по всем измеренным параметрам.

Функциональная и клиническая анатомия связочного аппарата коленного сустава

Будамянц Е.О. 1 курс, лечебный ф-т.
Кафедра нормальной анатомии
Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Логунова Л.В.

I. Связочный аппарат коленного сустава:

1. Внесуставные связки: а) Боковые связки; б) Передние связки; в) Задние связки.

2. Внутрисуставные связки.

II. В коленном суставе обнаружили новую связку. В ноябре 2013 года два бельгийских хирурга Стивен Клаэс и Йохан Беллеманс обнаружили и описали ещё одну связку в переднебоковой области колена и назвали её антеролатеральной.

III. Клиническое значение антеролатеральной связки.

IV. Результаты настоящего исследования позволяют расширить знания анатомии связочного аппарата коленного сустава и добавить в его классификацию ещё одну новую антеролатеральную связку, открытую Клаэсом и Беллемансом.

Вариантная анатомия сонной борозды в зависимости от антропометрических размеров черепа

Елисеев А.С. 6 курс, лечебный факультет
Кафедра сердечно-сосудистой, рентгенэндоваскулярной, оперативной хирургии и топографической анатомии
Научный руководитель: д.м.н. Павлов А. В.

Введение. Исследование анатомической изменчивости образований средней черепной ямки представляет собой актуальное направление исследований как в

фундаментальных, так и в клинических областях медицинских сведений. Специальный интерес представляет собой определение типологических закономерностей структур этой области, имеющих отношение к пещеристой пазухе твердой мозговой оболочки, как центральному образованию основания черепа. Так центральным анатомическим элементом данной пазухи является внутренняя сонная артерия, понимание особенностей взаимоотношений которой как с основанием клиновидной кости, так и прочими структурами около него (верхнечелюстным нервом, например), могут служить анатомической основой для понимания возникновения сосудистой (формирование аневризм) или неврологической патологии головного мозга.

Цель. Исследование особенности анатомической изменчивости сонной борозды тела клиновидной кости человека в зависимости от антропометрических размеров черепа.

Материалы и методы. Исследование проведено на 20 - ти паспортизированных черепах коллекции кафедры сердечно - сосудистой, рентгенэндоваскулярной, оперативной хирургии и топографической анатомии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Измеряли следующие линейные размеры: расстояние между круглыми отверстиями, их диаметр, расстояние между рваными отверстиями, глубину сонной борозды и базилярный угол. Линейные параметры измеряли штангенциркулем (ГОСТ 166 - 89), значения базилярного угла измеряли по рентгенограммам черепов коллекции. Все полученные данные оценивали при помощи пакета Microsoft Excel 2010 и программы STATISTICA 6.0.

Результаты. Результаты проведенного исследования: была выявлена обратная корреляционная связь умеренной тесноты между глубиной борозды и базилярным углом справа (- 0,58 при $p < 0,05$). Сонная борозда была наиболее выражена у черепов брахицефалической формы (черепной указатель более 80,0%), менее выражена у мезоцефалической формы (черепной указатель 75,0 - 79,9%) и наименее выражена у долихоцефалической формы (черепной указатель до 74,9%). Обнаружена достоверная корреляционная связь умеренной тесноты (0,64 при $p < 0,05$) между глубиной сонной борозды и расстоянием между левым и правым круглыми отверстиями. Стало известно, что между формой черепа и расстоянием между круглыми отверстиями есть достоверная корреляция: при долихоцефалической форме этот показатель был в пределах 21,8 - 27,0 мм, при мезоцефалической – 28,0 - 33,3 мм, при брахицефалической – свыше 34,0 мм. В среднем расстояние между круглыми отверстиями было $31,9 \pm 1,5$ мм.

Заключение. Проведенное исследование показало, что сонная борозда на теле клиновидной кости была более выражена справа в 46,1%. При этом была обнаружена достоверная корреляционная связь между глубиной борозды, расстоянием между круглыми отверстиями, базилярным углом справа и формой черепа.

Функциональная активность и экспрессия гликопротеина-р при экспериментальной орхэктомии

Есенина А.С. 4 курс, лечебный ф-т.

Кафедра фармакологии с курсом фармации ФДПО

Научный руководитель - асс., к.м.н. Шулькин А.В., асс., к.б.н. Черных И.В.

Актуальность. Экспрессия и функциональная активность гликопротеина - Р (Pgp) регулируются эндокринной системой. Данные о влиянии тестостерона на функциональную активность и экспрессию Pgp к настоящему времени отсутствуют.

Цель исследования. Изучить функциональную активность и экспрессию Pgp при орхэктомии и последующем введении тестостерона.

Материалы и методы. Работа выполнена на 38 половозрелых кроликах-самцах породы Шиншилла, массой 4300 - 4500 г. Функциональную активность Pgp определяли по фармакокинетике его маркерного субстрата - фексофенадина. Экспрессию белка - транспортера оценивали иммуногистохимически.

Результаты. На фоне орхэктомии происходило снижение содержания тестостерона на 14 сут. на 93,6%, на 21 сут. - на 92,9% ($p < 0,05$), а после введения экзогенного тестостерона в физиологической дозе (6 мг/кг массы однократно в/м) достоверно не отличалось от показателей интактных животных. На 14 сут. орхэктомии отмечалось уменьшение максимальной концентрации (C_{max}) фексофенадина в 0,297 раза (90% ДИ 0,21; 0,42, $p < 0,05$), площади под фармакокинетической кривой концентрация-время ($AUC_0 - t$) - в 0,224 раза (90% ДИ 0,12; 0,42, $p < 0,05$) и увеличение общего клиренса (Cl) в 4,77 раза (90% ДИ 2,43; 9,39, $p < 0,05$). На 21 сут. после операции C_{max} фексофенадина снижалась в 0,581 раза (90% ДИ 0,491; 0,686, $p < 0,05$), $AUC_0 - t$ - в 0,385 раза (90% ДИ 0,22; 0,66, $p < 0,05$) и Cl повышался в 2,76 раза (90% ДИ 1,48; 5,17, $p < 0,05$). На 21 сут. орхэктомии отмечалось увеличение относительной площади Pgp - позитивных мембран гепатоцитов (отношение площади Pgp-позитивных мембран к площади поля зрения) на 21,6% ($p = 0,076$) и усиление интенсивности окраски апикальной мембраны эпителия проксимальных и дистальных почечных канальцев на 31,9% ($p = 0,008$) по сравнению с показателями у интактных кроликов. Введение экзогенного тестостерона сопровождалось нормализацией изучаемых показателей.

Выводы. 1) Снижение сывороточной концентрации тестостерона на фоне орхэктомии приводит к повышению активности гликопротеина - Р на уровне целостного организма, а введение тестостерона в дозе 6 мг/кг массы сопровождается восстановлением фармакокинетических параметров фексофенадина. 2) Увеличение функциональной активности гликопротеина - Р сопровождается повышением экспрессии белка - транспортера в печени и почках, а введение тестостерона в дозе 6 мг/кг массы снижает данный показатель до нормы.

Оценка безопасности сукралозы по ее влиянию на окислительную модификацию белков у крыс

Каноник К.Д., Полковникова А.В., Теплов С.А. 4 курс, педиатрический ф-т.
Кафедра биологической химии с курсом клинической
лабораторной диагностики ФДПО
Научный руководитель – к.б.н., ст. преп. Абаленихина Ю.В.

Актуальность исследования. Сукралоза - не калорийный подсластитель, являющийся инструментом регуляции уровня глюкозы крови у диабетиков и средством снижения потребления углеводов. Однако, исследования безопасности сукралозы показывают противоречивые данные, поэтому исследования в данной области являются актуальными.

Цель исследования. Оценить безопасность сукралозы по ее влиянию на окислительную модификацию белков плазмы крови и печени и на уровень глюкозы крови здоровых крыс.

Материалы и методы. Исследование проводили на 11 конвенциональных половозрелых крысах - самцах линии Wistar массой 220–350 граммов, которые были разделены на контрольную и опытную группы.

Животным контрольной группы (n = 5) ежедневно в течение 24 дней с помощью желудочного зонда вводили дистиллированную воду, а опытной группе (n = 6) – 3% раствор сукралозы в дозе 11 мг/кг.

После выведения животных из эксперимента из крови и ткани печени путём двойного ультрацентрифугирования получали чистую цитоплазматическую (неседиментируемую) фракцию. Окислительную модификацию белков оценивали по методу R.L. Levine в модификации Е.Е. Дубининой, после осаждения нуклеиновых кислот 10% - м раствором стрептомицина сульфата. Уровень глюкозы крови из хвостовой вены оценивался глюкозооксидазным методом с помощью портативного глюкометра. Для оценки достоверности использовали ранговый критерий Манна - Уитни (U - тест).

Результаты. Площади под кривой спектра ДНФГ - дериватов окисленных белков печени крыс составили: контрольная группа: плазма - 15,186 [14,932; 15,518]; печень – 17,676 [16,618; 17,711]; экспериментальная группа: плазма - 12,966 [11,411; 14,367]; печень – 16,444 [14,69; 16,88]. Уровни глюкозы крови по окончании эксперимента: контрольная группа - 6,6 ммоль/л, опытная группа - 6,5 ммоль/л. Из полученных данных, следует, что потребление сукралозы в дозе 11 мг/кг не влияет на окислительную модификацию белков плазмы крови и печени, и на уровень глюкозы крови здоровых крыс.

Выводы. Сукралоза является безопасным не калорийным подсластителем и рекомендована к употреблению лицам, страдающим сахарным диабетом и ожирением.

Ян Эвангелиста Пуркине и его вклад в мировую науку

Ковалик А.Ю. 1 курс, лечебный ф-т.

Кафедра гистологии и биологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Баранова Т.Ю.

Цель работы: изучить жизнь Яна Пуркине и проследить становление его как великого ученого.

Ян Эвангелиста Пуркине родился в Чехии в 1787 году семье управляющего имуществом князя Дитрихштейна. Ян Пуркине очень рано лишился отца. Его мать, Розалия Пуркине, осталась с двумя маленькими детьми без всяких средств к существованию, но ей очень хотелось, чтобы ее сын получил образование.

В 1793-1797 годах он учился в гимназии в Моравии. Позже в монастыре. В 1812 году поступил на медицинский факультет Пражского университета.

В 1819 году Ян Пуркине написал научную работу о средах глаза, защитил диссертацию и получил степень доктора медицины.

В 1822 году ему было предоставлено место профессора на кафедре физиологии Бреславльского университета. Его во всем ограничивали. Руководство университета отказалось выделить ему даже микроскоп. Лишь спустя 10 лет Пуркине удалось основать на кафедре научную лабораторию.

По чертежу, составленному Яном Пуркине, был изготовлен прибор для получения исследуемых под микроскопом тонких срезов с кусочков органов и тканей - микротом. Ян Пуркине первым подверг ткани обработке жидким воском; он первым предложил способ их подкрашивания для более четкого наблюдения.

В 1825 году он открыл ядро яйцеклетки, которое назвал «зародышевым пузырьком», описал изменение яиц и зародышей на различных стадиях развития.

В 1837 г. Пуркине высказал идею о том, что, все растительные и животные клетки имеют ядра, ввел понятие «протоплазма»; внес вклад в изучение клетки и микроструктуры тканей.

Ян Пуркине открыл грушевидные нейроны коры мозжечка - клетки Пуркинье: с помощью сильно разветвлённой сети дендритов они собирают сенсорную

информацию от других нервных цепей и передают её через аксон вглубь мозжечка.

Благодаря его исследованиям открыты особые клетки - волокна Пуркинье. Они крупнее, чем рабочие кардиомиоциты, благодаря им сердечный импульс поступает ко всем кардиомиоцитам желудочков почти одновременно

Главной заслугой Пуркине является то, что свои идеи он выдвигал только на основе проведенных экспериментов.

Университет Усти – над - Лабем был назван в честь Яна Эвангелиста Пуркине. Сам Пуркине никогда не задумывался над тем, что историки науки вспомнят о нем: «Пусть потомки не будут знать моего имени — мое дело будет служить им, и этого достаточно!»

Влияние длительного введения слабоалкогольных напитков на структуру печени, селезенки, почек, сердца самцов крыс

Кудинова О.А., Шлыкова В.Д. 3 курс, лечебный ф-т.

Кафедра патофизиологии совместно с кафедрой патологической анатомии с курсом судебной медицины

Научные руководители – д.м.н., проф. Давыдов В.В.,
к.м.н., доц. Анисимова С.А.

Актуальность. В России значительно вырос спрос на слабоалкогольную продукцию и алкогольные энергетические напитки, которые являются очень популярными среди молодых людей. На данный момент влияние этих продуктов на организм с морфологических позиций пока мало изучено.

Цель. Изучить влияние длительного введения этанола и алкогольного энергетического напитка «Ягуар» на структуру печени, почек, сердца, селезенки белых крыс-самцов.

Материалы и методы. Исследование проведено на 30 белых беспородных крысах-самцах средней массой 250 - 350 г. Животных разделили на 3 группы: 1 – контроль (интактные животные, 6 особей), 2 – крысы, получающие в качестве питья алкогольный энергетический напиток «Ягуар» (12 особей), 3 – животные, получающие в качестве питья этиловый спирт 9% (12 особей). Опыт длился в течение трёх месяцев. По окончании эксперимента извлекали следующие органы: печень, почки, сердце, селезенку. Образцы фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, заливали парафином, а срезы окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты. В печени, почках и сердце под влиянием этанола и «Ягуара» отмечаются дистрофические и воспалительные изменения, но у этанола наблюдается тенденция также вызывать атрофические и склеротические процессы в этих органах. «Ягуар» же способствует развитию более выраженных деструктивных явлений вплоть до некроза. В селезёнке под действием этанола отмечаются морфологические изменения, косвенно свидетельствующие о некоторой активизация иммунной системы. При воздействии «Ягуара» наблюдается неоднородная морфологическая картина, которая, как нам кажется, может впоследствии привести к дисфункциональным процессам в иммунной системе организма. Полученные нами данные о влиянии алкоголя сопоставимы с описанными изменениями в литературе при выполнении подобных экспериментов. Результаты воздействия «Ягуара» с морфологических позиций представлено практически впервые.

Выводы. Длительный приём слабоалкогольных напитков однозначно оказывает негативное влияние на структуру печени, почек, сердца и селезёнку. Аналогичное потребление алкогольного энергетического напитка «Ягуар» в ещё большей степени оказывает разрушительное воздействие на данные органы.

К вопросу о врожденных пороках развития прямой кишки

Кяримов И.А., Арушанова В.В. 2 курс педиатрический ф-т.

Кафедра нормальной анатомии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Овчинникова Н.В.

Актуальность работы. Удвоения пищеварительного тракта составляют группу редких пороков развития, которые существенно различаются по внешнему виду, локализации, размерам и клиническим проявлениям. Частота встречаемости данной патологии составляет один случай на 4500 аутопсий. Наиболее распространены поражения тонкой кишки, в то время как удвоения прямой, двенадцатиперстной кишки и пищевода встречаются крайне редко.

Новизна исследования заключается в изучении особенностей строения прямой кишки у детей, а также представление наиболее редкого варианта патологии желудочно - кишечного тракта – удвоение прямой кишки и метод ее лечения.

Проблема. За последний год в детском хирургическом отделении ГБУ РО ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой встретилось два случая удвоения прямой кишки.

Поступил мальчик А., в возрасте 4 лет. Предполагаемый диагноз - полип прямой кишки. Жалобы - выпадение прямой кишки, боли. После проведения компьютер-

ной томографии установлен окончательный диагноз – кистозное удвоение прямой кишки. Пациенту назначено хирургическое лечение. Оперативная методика заключалась в трансанальном вскрытии кисты и демукоизации ее стенки.

Второй клинический случай. Поступил мальчик Б., в возрасте 3 месяцев. У пациента наблюдалось вздутие живота и запоры. В ходе диагностических исследований на компьютерной томограмме был обнаружен объемный просвет в области прямой кишки. Клинический диагноз – кистозное удвоение прямой кишки. Из-за высокого расположения удвоения проведена лапаротомия.

Выводы:

1. Удвоение прямой кишки является достаточно редким пороком развития, малознакомым как педиатрам, так и детским хирургам. Клинические проявления заболевания весьма разнятся в зависимости от размеров и локализации дубликационных кист.
2. Симптоматика может варьировать от бессимптомного течения до ярко выраженной картины, обусловленной возникновением серьезных осложнений. Для профильного специалиста необычайно важно знать особенности анатомического строения прямой кишки, клинического течения УПК, диагностические алгоритмы и оперативную тактику при различных формах данной патологии.
3. Наиболее важным моментом оперативного вмешательства является тщательное удаление всех участков слизистой оболочки кисты с целью профилактики кровотечений и рецидивов.

Экологические группы водных беспозвоночных

Минина В.С. 1 курс, фармацевтический ф-т.

Кафедра гистологии и биологии

Научный руководитель – к.б.н., доц. Бабкина Н.Г.

Актуальность. Беспозвоночные животные заселили практически все доступные для существования живых организмов среды обитания на Земле. Актуальность исследования заключается в том, что их изучение должно вестись в неотрывной связи с анализом среды их обитания и места в экосистемах. Особое внимание следует уделить организмам, которые являются индикаторами среды и ее антропогенной трансформации.

Цель работы: выявить биоразнообразие гидробионтов и их принадлежность к экологическим группам.

Материалы и методы. Исследования проводились на озере Ореховое г. Рязани, использовались общепринятые методики по изучению водоемов.

Результаты: гидробионты, выявленные в ходе исследования, по характерному для них местообитанию делятся на ряд экологических групп: бентос, перифитон, нектон, планктон и нейстон.

К бентосу относятся обитатели дна водоемов. Наиболее характерными представителями бентоса являются двустворчатые и переднежаберные моллюски, личинки комаров - звонцов, ручейников, некоторых стрекоз и поденок, водяной ослик.

К перифитону относят животных, прикрепляющихся к подводным предметам. На водных растениях встречаются брюхоногие моллюски, личинки равнокрылых стрекоз, ряда жуков.

Нектон включает свободно перемещающихся в толще воды животных. К этой группе принадлежат многие водные жуки (плавунцы, водолюбы), водные клопы.

В состав планктона входят обитатели преимущественно верхних слоев воды (мелкие ракообразные - циклопы, дафнии).

Нейстон включает организмы, жизнь которых непосредственно связана с пленкой поверхностного натяжения воды. К нему относятся быстро бегающие по поверхности воды клопы - водомерки (*эпинейстон*), прикрепляющиеся снизу к пленке поверхностного натяжения личинки малярийного комара (*гипонейстон*), *брюхоногие моллюски* и организмы, одна часть тела которых находится в воде, а другая выступает над поверхностью воды в воздухе (*плейстон*). К таким животным можно отнести жуков - вертячек.

Выводы:

- в результате проведенных исследований на озере Ореховое было выявлено 18 видов гидробионтов, относящихся к 3 типам;
- выявлены все экологические группы, характерные для стоячих водоемов;
- большинство видов гидробионтов относятся к стагнофильным.

Методы экспериментального моделирования анемий у крыс

Небываев Ю.И., Гаврилова Н.В., Кулемина М.В. 3 курс, лечебный ф-т.

Кафедра патофизиологии

Научный руководитель – асс. Маслова М.В.

Актуальность. Анемии – это состояния, характеризующиеся снижением концентрации гемоглобина и/или количества эритроцитов в периферической крови. Точками отсчёта считаются уровни Hb ниже 120 г/л для женщин и ниже 130 г/л для мужчин. По данным Министерства здравоохранения Российской Феде-

рации, за 2013 - 2014 гг. зафиксирован рост числа больных с установленным впервые в жизни диагнозом «анемия».

Цель. Изучить возможные варианты экспериментального моделирования анемий у крыс и выбрать оптимальную методику для изучения динамики развития анемий и восстановительных процессов в картине крови.

Материалы и методы. По данным литературы анемии условно делятся на 3 группы, в соответствии с этим рассмотрены следующие виды моделирования:

1. Острая постгеморрагическая анемия воспроизводится путем пункции яремной вены и взятия крови в количестве 2 % от массы тела крысы.
2. Гемолитические анемии вызываются путем 2 - кратного введения 2,5 % раствора солянокислого фенилгидразина по 0,6 мл/кг подкожно в наружную поверхность бедра.
3. Дизэритропоэтические анемии: а) свинцовую анемию моделируют путём ежедневного (в течение 16 дней) подкожного введения изотонического водного раствора ацетата свинца в дозе 40 мг/кг; б) алиментарную ЖДА получают путем 8 месячного кормления крысят продуктами с низким содержанием железа; в) наиболее эффективный способ получения алиментарной ЖДА – ежедневное внутримышечное введение крысам Десферала в дозе 150 мг/кг с интервалом через 3 дня с пролонгированием сроков инъекций до 8 недель.

На основании полученных данных, разработали план практической работы:

Контрольные группы (n = 12), Экспериментальная группа 1 (n = 14), Экспериментальная группа 2 (n = 14) В экспериментальной группе 1 моделируется постгеморрагическая анемия, во второй - гемолитическая анемии. Контрольным группам осуществляется 2 - кратное введение физиологического раствора по 0,6 мл/кг подкожно в наружную поверхность бедра Экспериментальной группе 1 - пункция хвостовой вены и взятие крови в количестве 2% от массы тела крысы. Экспериментальной группе 2 – 2 - кратное введение 2,5 % раствора солянокислого фенилгидразина по 0,6 мл/кг подкожно в наружную поверхность бедра. Моделирование гипоксии: контроль (n = 6), опыт 1 (n = 7), опыт 2 (n = 7)

Помимо моделирования анемий и изучения картины крови, планируется воспроизведение экзогенной гипобарической гипоксии путем уменьшения давления воздуха в аппарате Комовского до цифр, соответствующих 4000 м над уровнем моря (0,6 атм.) для изучения компенсаторных реакций кроветворения.

Проблема увеличения биологического возраста у трудоспособного населения

Хаустова Л.Ю., Егоренко Е.С. 2 курс, лечебный ф-т.
Кафедра гистологии и биологии
Научный руководитель – д.б.н., проф. Баковецкая О.В.

Актуальность. В настоящее время во всём мире геронтологи встревожены резким увеличением биологического возраста. Так, биологический возраст у 70% людей опережает календарный в среднем на 7 - 9 лет. Российские ученые отмечают, что именно феномен ускоренного старения может быть причиной высокого уровня смертности в стране. Федеральная служба государственной статистики России сообщает, что в России продолжительность жизни населения в 2015 году составила в среднем 66 лет, что на порядок меньше, чем в европейских странах. Основными причинами смерти граждан явились сердечно - сосудистые заболевания, заболевания пищеварительной и дыхательной систем, новообразования. Таким образом, проблема увеличения биологического возраста трудоспособного населения является актуальной.

Цель: определить биологический возраст у женщин и мужчин во втором периоде зрелости и сопоставить его с календарным возрастом, выявить факторы риска преждевременного старения.

Методы исследования: женщины 50 - 55 лет, мужчины 55 - 60 лет, всего 100 человек. Методика работы заключалась в определении показателя биологического возраста (БВ) по формуле В.П. Войтенко (Апанасенко Г.Л., Попова Л.А., 2000). Для этого необходимо было измерить у мужчин систолическое артериальное давление, установить время задержки дыхания (ЗДВ), время статической балансировки (СБ), провести анкетирование и выявить субъективную оценку здоровья (СОЗ). У женщин определяли пульсовое давление (АДП), массу тела (МТ), время статической балансировки и СОЗ.

Для мужчин: $БВ = 27 + 0,22 \times АДС - 0,15 \times ЗДВ + 0,72 \times СОЗ - 0,15 \times СБ$.

Для женщин: $БВ = 1,46 + 0,42 \times АДП + 0,25 \times МТ + 0,7 \times СОЗ - 0,14 \times СБ$.

Результаты. В результате проведенного исследования нами было установлено, что у мужчин показатель биологического возраста - 63 года, а календарный при этом составлял 57 лет, то есть биологический возраст превышает календарный на 6 лет. В основном это проявлялось в виде отклонений в показателях артериального давления, времени статической балансировки и задержки дыхания. У женщин биологический возраст составил 57 лет, а календарный 52 года, то есть разница составила 5 лет. Увеличение его связано с превышением массы тела,

высоким пульсовым давлением, малым временем статической балансировки. По данным анкетирования субъективная оценка здоровья у всех испытуемых была низкой, с высоким уровнем обеспокоенности о своем самочувствии, склонности к тревожности и ипохондрии.

Выводы. Таким образом, мы подтвердили тенденцию повышения биологического возраста у трудоспособного населения второго периода зрелости. Главным образом увеличение биологического возраста было связано с нарушением работы сердечно - сосудистой системы, нервной системы, которые могут быть связаны как с образом жизни, так и физиологическими причинами, вызванные старением. Медицине и геронтологии необходимо уделять большее внимание уровню здоровья и пропаганде здорового образа жизни, проводить различные тренинги и мотивационные программы среди населения.

Моделирование изменения в состоянии перекисного окисления белков у крыс с моделью алиментарного ожирения под влиянием мелатонина

Шодиев Д.Р., Некрасова М.С. 4 курс, лечебный ф-т.

Кафедра патофизиологии совместно с кафедрой биологической химии с курсом клинической лабораторной диагностики ФДПО

Научный руководитель – д.м.н., проф. Давыдов В.В., асс. Медведев Д.В.

Актуальность: ожирение встречается среди людей всех возрастов. В России избыток веса имеется у 60% женщин и 50% мужчин старше 30 лет, 30% всего населения страдают ожирением. Ожирение приводит к снижению работоспособности, утрате трудоспособности, к частой госпитализации населения из-за развития клинических осложнений. Многочисленными работами было показано, что ожирение сопровождается оксидативным стрессом. Нарушается равновесие в системе прооксиданты — антиоксиданты, в сторону свободнорадикального перекисного окисления. Действию активных форм кислорода подвергаются не только липиды, но и белки, за счет фрагментации молекулы, изменения нативной конформации с образованием крупных агрегатов, что приводит к инактивации ферментов, а это в свою очередь нарушает метаболизм и функционирование клетки. Имеются исследования, подтверждающие тот факт, что при ряде патологических состояний вначале именно белки подвергаются окислительной модификации. К тому же, продукты перекисного окисления белков по сравнению с продуктами перекисного окисления липидов более стабильны и имеют длительный период распада, что делает их надежным показателем свободнорадикального окисления. В настоящее время проводятся научные работы по поиску антиоксидантов, ослабляющих образование продуктов перекисного

окисления белков. Для этих целей может быть использован препарат мелатонин.

Цель исследования: смоделировать изменение перекисного окисления белков у крыс с моделью алиментарного ожирения под влиянием мелатонина.

Материалы и методы: исследование проводилось на 24 белых беспородных крысах - самцах со средней массой тела 160 - 180 грамм, которые составили 3 серии по 8 особей в каждой:

- 1 серия - интактные животные;
- 2 серия - животные с алиментарным ожирением без введения мелатонина;
- 3 серия - животные с алиментарным ожирением с последующим введением мелатонина.

Алиментарное ожирение будет воспроизводиться путем нахождения животных на высококалорийной углеводно - жировой диете, состоящей из лабораторного корма (42,5%), сливочного масла (25%), сладкого сгущенного молока (32,5%).

Мелатонин будут получать животные 3 серии в физиологической дозе 1 мг/кг массы тела. У всех животных будет осуществляться забор крови трижды в объеме 1,5-2,0 мл:

- 1) В исходном состоянии;
- 2) по прошествии трех недель воспроизведения модели алиментарного ожирения;
- 3) через 2 недели после энтерального введения мелатонина.

В начале и конце эксперимента будет оцениваться максимальная физическая работоспособность и устойчивость крыс к гипобарической гипоксической гипоксии.

Окислительная модификация белков будет определяться методом R. Levine в модификации Е.Е. Дубининой. ТБК - реактивные продукты будут определяться по реакции с тиобарбитуровой кислотой. Состояние антиоксидантного статуса будет оцениваться по активности фермента антиоксидантной защиты организма супероксиддисмутазы.

Психоневрологический блок

Роберт Готтсданкер. Человек и исследователь

Варламов А.В. 2 курс, ф-т клинической психологии
Кафедра общей и специальной психологии с курсом педагогики совместно с
кафедрой клинической психологии и психотерапии.
Научный руководитель – ст. преп. Кращук Л.Н.

Роберт Готтсданкер. 1917 - 1992. Заслуженный профессор Калифорнийского университета. В науке он известен в первую очередь как талантливый экспериментатор и исследователь, первооткрыватель принципиально новых методик исследования восприятия движения. В России он более известен как автор книги "Основы психологического эксперимента".

В работе детально представлен жизненный и научно - творческий путь исследователя, проанализирован вклад в науку, обоснована важность его деятельности для мировой и отечественной психологии.

Знаковым местом работы Готтсданкера был психологический факультет Калифорнийского университета, корпуса в Санта - Барбаре. Он считается одним из основателей и главных деятелей факультета. В особенности это обусловлено тем, что в знаковые для университета 1954 - 1961 годы он занимал должность его председателя.

Пока Готтсданкер находился на посту председателя факультета в жизни университета произошло 2 важных события. Во - первых, это создание выпускного плана для студентов и утверждение его сквозь длинный и требовательный процесс проверок. Во - вторых, разработка особого подхода к психологическому исследованию и его планирование. Главнейшей проблемой в этом исследовании стали сомнения руководства института, выделять ли для них научную лабораторию как исследовательское пространство. Готтсданкер и его сподвижники успешно утвердили в глазах начальства психологию как специальную научную дисциплину, тем самым получив добро на исследования, ведь психология - важная наука, эмпирические данные исследований которой важны для будущего целого факультета.

Здесь же он вел свою деятельность в области восприятия человеческой психикой движущихся объектов. Спустя годы исследований, за которые Роберт смог выработать не одну собственную методику ведения эксперимента, ученый пришел к выводу, что в психике не существует особых механизмов восприятия движения, однако именно эта работа легла в основу его дальнейших исследова-

ний задержки восприятия и реакции на раздражитель. В этой работе он добился куда большего успеха, не только измерив время реакции, но и детально изучив множество факторов, влияющих на него.

В России в первую очередь Готтсданкер известен как автор замечательного пособия для будущих психологов «Основы психологического эксперимента», к переводу которого приложила руку сама Ю. Б. Гиппенрейтер. По мере продвижения от главы к главе автор пособия знакомит нас с более сложными экспериментальными схемами. Начиная с фундаментальных понятий экспериментального исследования, он постепенно расширяет кругозор студента, знакомит его с новыми, необходимыми для понимания практического хода исследования, терминами и понятиями. В этом и педагогическая, и научная ценность уникального учебника.

Очень обидно, что российские биографы и любители - исследователи с популярных интернет ресурсов обходят стороной такую разностороннюю и интересную персону, возможно, одну из ключевых в экспериментальной психологии, как Роберт Готтсданкер. Но это не значит, что о нем забыли или его имя предано забвению. Его методики используются и в наши дни. Очень часто данные о времени реакции человека, собранные с помощью методик Готтсданкера становятся идеальной основой для множества математических исследований и прекрасным примером построения матриц.

Тромболитическая терапия в лечении ишемического инсульта

Ковригина А.С. 5 курс, лечебный ф-т.

Кафедра неврологии нейрохирургии и медицинской генетики.

Научный руководитель – асс. Евдокимова О.В.

Актуальность исследования. Сейчас наиболее часто в качестве высокоэффективной помощи при ишемическом инсульте применяется медикаментозный внутривенный тромболитический препарат. На сегодняшний день внутривенное введение Актелизе в дозе 0,9 мг/кг, максимально — 90 мг (10% дозы болюсно, последующая инфузия в течение 60 мин в первые 4,5 ч после развития ИИ) имеет самый высокий уровень доказательности (класс I, уровень A) и рекомендовано для ведения пациентов.

Результаты исследования: в исследовании приняли участие 30 человек, которые были разделены на 2 группы (они однородны по половому и возрастному составу, учитывались впервые возникшие инсульты в каротидных бассейнах). Первой группе пациентов (10 человек) была проведена ТЛТ препаратом Акте-

лизе. Второй группе (20 человек) введение препарата не проводилось. Больные анализировались по шкале NIHSS перед проведением ТЛТ и на 14 - 16 день после неё. Также исследовали летальность, отмечали геморрагические осложнения. У пациентов, получавших ТЛТ, смертность составила 20%. В группе пациентов, не получавших ТЛТ, смертность составила 15%, что статистически не отличается. Данные показывают, что летальность зависит не от способа лечения (ТЛТ или без неё), а от изначальной тяжести инсульта. У умерших больных оценка по шкале NIHSS составила 14 - 20 баллов (17,2 в среднем), что достоверно выше, чем у больных, выживших к 14 дню. Осложнение (внутричерепная гематома) составило 10%. Оценка тяжести больных проводилась методами непараметрической статистики в программе SPSS по критерию Манна - Уитни в группах для независимых и связанных выборок. Результаты считались достоверными при ($p < 0,05$). В группе больных с ТЛТ тяжесть состояния по шкале NIHSS составила от 5 до 22 баллов в среднем 11,4 балла. У больных контрольной группы – от 3 до 20 баллов (в среднем 8,8). Тяжесть состояния больных перед ТЛТ была достоверно выше, чем пациентов без ТЛТ. У выписанных пациентов тяжесть состояния достоверно не отличалась (5,9 и 5,5 баллов в группах). Сравнение влияния лечения на тяжесть состояния показало, что после лечения тяжесть состояния в обеих группах достоверно уменьшилась (коэффициент достоверности $< 0,01$ в обеих группах), то есть лечение для выживших больных в любом случае эффективно. Однако, учитывая, что в группе больных с ТЛТ изначально тяжесть состояния была достоверно выше, можно сделать вывод, что ТЛТ более значима для уменьшения выраженности неврологического дефицита у больных ИИ.

Выводы. Таким образом, ТЛТ является высокоэффективным методом лечения и коррекции ишемии с хорошим функциональным исходом, в совокупности с медикаментозной терапией и ранней реабилитацией пациента.

Эмпирический поиск взаимосвязи когнитивного функционирования и общеклинической картины у больных шизофренией

Минаев М.О., Рудакова Д.А. 3 курс, ф-т. клинической психологии.
Кафедра психиатрии.

Научный руководитель – асс. Федотов И.А.

Актуальность исследования: при шизофрении существуют стойкие прогрессивные нарушения когнитивных функций - нейрокогнитивный дефицит (НКД), который рассматривается как «третья группа симптомов» наряду с позитивными и негативными расстройствами. Считается, что нейрокогнитивный дефицит в значительной степени определяет социальный и терапевтический прогноз за-

болевания, а также влияет на формирование другой психопатологической симптоматики. Остается дискуссионным вопрос о связи когнитивных расстройств с патологией в других психических сферах.

Цель исследования: заключается в выявлении взаимосвязи когнитивного функционирования и общеклинической картины у больных шизофренией. Гипотеза исследования - существует стойкая взаимосвязь когнитивного функционирования и общеклинической картины у больных шизофренией, не зависящая от конкретного этапа течения расстройства.

Материал и методы: в исследовании приняли участие 20 больных параноидной шизофренией (F 20.0 по МКБ - 10) в возрасте от 27 до 56 лет (средний возраст составил 43,8 (SD = 9,27) лет), находящихся на лечении в РОКПБ им Н.Н. Баженова. В исследовании использовались клинико-психопатологический и экспериментально - психологический методы: 1. PANSS (шкала оценки позитивных и негативных синдромов). 2. Батарея психологических тестов оценки когнитивного статуса: таблицы Шульце, отсчитывание по Крепелину, «Заучивание 10 слов» (А.Р. Лурия), тест фонетическая беглость (буква Б), тест семантическая беглость (продукты из магазина), тест глагольная беглость.

Для обработки результатов использовался пакет прикладных программ статистической обработки IBM SPSS Statistics 22, а также программа MS Excel 2010. Проверка нормальности распределения проводилась по критерию Колмогорова - Смирнова. Корреляционный анализ с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Статистическая значимость устанавливалась при $p < 0,05$.

Результаты исследования: были выявлены статистически значимые корреляции в группе позитивных синдромов PANSS: шкала Галлюцинации положительно коррелирует с показателями фонетической беглости (+ 0,472), шкала Идея величия положительно коррелирует с показателями семантической беглости (+ 0,466), шкала Подозрительность и идеи преследования положительно коррелирует с 4 повторениями (+ 0,464) и средним количеством повторений (+ 0,462) по методике запоминания слов, шкала Враждебность отрицательно коррелирует с показателями методики отсчитывания по Крепелину (- 0,544). Также обнаружены значимые корреляции в группе негативных синдромов PANSS: шкала Притупленный аффект отрицательно коррелирует с 3(- 0,573), 4(- 0,630), 5 повторением (- 0,571) и средним количеством повторений (- 0,549) по методике «заучивание 10 слов», а также с показателями глагольной беглости (- 0,467), шкала Эмоциональная отгороженность (- 0,454) и пассивно - апатическая эмоциональная отгороженность (- 0,480*) отрицательно коррелируют с показателями семантической беглости, шкала Нарушение спонтанности и плавно-

сти речи положительно коррелирует с показателями по 5 таблице шульте (-0,473), шкала Стереотипное мышление отрицательно коррелирует с показателями фонетической (-0,482) и глагольной (-0,473) беглости и положительно коррелирует со всеми показателями методики «таблицы Шульте».

Выводы: общая гипотеза исследования подтвердилась: у больных шизофренией существует взаимосвязь когнитивного функционирования и симптомов других регистров. Выявленные взаимосвязи требуют дальнейшего исследования и трактовки.

Анализ эффективности ТЛТ при ишемическом инсульте

Соломатина А.А. 4 курс, лечебный ф-т.

Кафедра неврологии нейрохирургии и медицинской генетики.

Научный руководитель – доц. Леонов Г.А.

Актуальность исследования. Проблема церебрального ишемического инсульта сохраняет чрезвычайную медицинскую и социальную значимость в связи со значительной частотой его развития, высоким процентом инвалидизации и смертности. Тромболитическая терапия (ТЛТ) – единственная на сегодняшний день возможность высокоэффективной помощи при ишемическом инсульте, которая позволяет восстановить кровоток в пораженном сосуде и предотвратить необратимые изменения в ткани мозга.

Цель исследования. Проанализировать эффективность применения ТЛТ при ишемическом инсульте.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни 27 пациентов в возрасте от 48 до 79 лет с ишемическим инсультом, которым была проведена ТЛТ. У 25 б - х с первичным ИИ: положительная динамика по NIHSS у 13 чел. (8 муж. - 62%; 5 жен. - 38 %). Отсутствие динамики по NIHSS у 4 чел. (2 муж. и 2 жен.). Отрицательная динамика по NIHSS у 8 чел. (6 муж. 75%; 2 жен. 25%). Пациенты с геморрагической трансформацией – 7 (6 муж. и 1 жен.) из них умерло 4 (3 муж. и 1 жен.). У 2 б - х с повторным ИИ: положительная динамика - у одной, без динамики - у другого. Летальный исход – 6 чел. (3 муж. и 3 жен.) в течение суток. При оценке учитывали данные неврологического обследования до, после и через сутки ее применения по балльной шкале NIHSS. При обработке данных использовали непараметрические критерии Q-Розенбаума и r – Вальда 0 - Вольфовица.

Результаты исследования: нами проведена клиническая оценка динамики больных по шкале NIHSS до проведения ТЛТ и сразу же после ТЛТ, т.е. через

час: до ТЛТ: 13.5 ± 4.0 балла; после ТЛТ: 11.7 ± 4.6 балла. $p \geq 0.05$ (т.е. достоверной разницы не выявлено). И оценка динамики до проведения ТЛТ и спустя сутки: до ТЛТ: 13.5 ± 4.0 балла; через сутки после ТЛТ: 9.3 ± 5.3 балла. $p < 0.01$ (т.е. разница достоверна).

Выводы: в течение года в ОРИТ проводилось малое количество ТЛТ - 27, что составило 1.89% от общего числа б-х с ишемическим инсультом (1460 чел.). Нормативы – 4%. Эффективность ТЛТ альтеплазой оказалась только у половины б-х. Достоверная положительная динамика отмечалась спустя сутки после проведения ТЛТ ($p < 0.01$); сразу же после ТЛТ, т.е. через час - не достоверной ($p > 0,05$). У 7 пациентов ТЛТ осложнилась геморрагической трансформацией (6 муж. и 1 жен.), из них умерло 4 (3 муж. и 1 жен.) Летальный исход в результате ТЛТ составил 6.5% (6 чел.). Летальность при ИИ без ТЛТ составила 6.3% (93 чел.).

Особенности страхов детей дошкольного возраста, страдающих хроническими заболеваниями

Стрелкова С.А. 3 курс, ф-т клинической психологии

Кафедра общей психологии с курсом педагогики совместно с кафедрой клинической психологии и психотерапии.

Научный руководитель – доц. Котлярова М.Н.

Страхи – это часть нашего существования. Они сопровождают нас в течение жизни.

Проблема психосоматических взаимоотношений в детском возрасте чрезвычайно важна, и имеет свои специфические особенности. Острота проблемы связана с тем, что число детей с различной степенью отклонений в соматической сфере в последнее время увеличивается.

Страхи изучались в различных своих аспектах. Работы были посвящены как обычному обзору имеющейся литературы по темам особенностей, причин и проявления страхов (Иванова А.Н., «Особенность страха у дошкольников» А. Макарова, О. Омелянчук «К вопросу изучения проявления тревожности и страхов у старших дошкольников», О. Измайлова, «Причины появления страхов у детей»), так и подробным исследованиям проявления страхов различных ситуациях. Среди таких исследований можно выделить исследования, в которых появление страхов связывались нарушением речевого развития (Р.С. Манакова: «Специфика переживания страха у детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня», Колягина Виктория Геннадьевна «Психологические особенности страхов дошкольников с недостатками речевого развития»). Также

исследования, связанные со страхами, обусловленными тяжелыми заболеваниями, дезонтогенезом, или же исследования фобий (О.В. Сачук, В.Г. Поляков «Страхи у детей с онкопатологией», Вострокнутова Ольга Олеговна «Фобические расстройства у детей дошкольного и младшего школьного возраста», Васильева Елена Викторовна «Особенности тревожно-фобических расстройств»). Страх изучался в различных психологических школах и направлениях (У. Джемс, Н. Ланге, К. Изард, Ст. Холл, З. Фрейд и др.).

Существуют разные определения, выделены виды и формы страха, сформулированы функции и выявлены причины возникновения. В дошкольном возрасте страхи имеют свою специфику и связаны с особенностями развития ребенка. В них отражаются не только возрастные особенности познания, но и индивидуальный опыт взаимодействия ребенка с окружающим миром.

Страх, как и другие неприятные эмоции (гнев, стыд, дистресс), не является однозначно опасной и вредной для ребенка эмоцией. Страх выполняет «охранную функцию», а также имеет положительное адаптационное значение. Страх - одна из сильнейших эмоций человека и влияние его на здоровье человека неоспоримо.

С точки зрения физиологии и медицины, страх влияет на сердечно-сосудистую систему, надпочечники, репродуктивную систему и иммунитет. Создавая чувство тревоги, страх вызывает повышение уровня надпочечниковых гормонов, в частности, возрастает выработка кортизола - гормона, влияющего на обмен веществ, улучшающего работу сердца, вызывающего спазм периферических сосудов и снижающего иммунитет. Как результат - подверженность бактериальным и вирусным инфекциям, аутоиммунным расстройствам, онкологическим заболеваниям.

Болезнь Крейтцфельдта-Якоба

Хребтова Т.В., Мирзабекова Д.Д. 4 курс, лечебный факультет
Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
Научный руководитель – к.м.н., асс. Евдокимова О.В.

Актуальность. Болезнь Крейтцфельдта - Якоба является одной из 4 - х известных редких человеческих болезней, связанных с прионами – патологическими инфекционными белками. Она представляет собой прогрессирующее дегенеративное поражение головного мозга, характеризуется длительным инкубационным периодом, быстрым клиническим течением и высокой летальностью. На данный момент не существует точных методов прижизненной диагностики и эффективного лечения. Постановка диагноза усложняется разнообразием клинических проявлений и их неспецифическим характером. В последнее десяти-

летие участилось появление новой формы болезни, передающейся человеку через мясо зараженных животных. Таким образом, изучение каждого случая данного заболевания приобретает большое общественное значение.

Цель работы: изучение особенностей клинической картины заболевания, привлечение внимания к проблемам малодоступности диагностики и отсутствию специфического лечения.

Материалы и методы. В данной работе был рассмотрен случай заболевания Крейтцфельдта - Якоба, зарегистрированный в 4 - ом неврологическом отделении ГБУ РО «ОКБ». Больная Я., 1967года рождения (49лет), поступила с жалобами на нарушение зрения, головокружение, шаткость походки и судорожные подергивания в конечностях. В анамнезе: амбулаторное лечение по поводу ЦВБ вследствие атеросклероза и артериальной гипертензии, ДЭП 1ст. с вестибулопатией. В ходе осмотра выявлена мозжечковая статико - моторная атаксия и нарушение мышечного тонуса по экстрапирамидному типу. На РКТ – атрофические изменения головного мозга. Лабораторные исследования позволили исключить паранеопластический процесс с поражением ЦНС и болезнь Вильсона-Коновалова. Диагноз вероятной болезни Крейтцфельдта - Якоба был поставлен на основании прогрессирующей деменции, миоклоний, нарушения зрения, мозжечковой симптоматики, пирамидных и экстрапирамидных нарушений, специфических изменений на ЭЭГ и атрофических изменений мозга на РКТ. В качестве симптоматического лечения применялись противоэпилептические и противопаркинсонические препараты.

Результаты. В ходе исследования был выявлен комплекс характерных синдромов: миоклонические приступы, ЭЭГ паттерн – остро – медленно - волновая билатерально - синхронная активность и асимметричные спайки, соответствующие миоклониям, сочетание мозжечковой симптоматики, пирамидных и экстрапирамидных нарушений при отсутствии специфических изменений на РКТ.

Выводы. Современные методы диагностики не позволяют выявить заболевание на ранней стадии развития и не могут гарантировать точную постановку диагноза. Лечение носит поддерживающий характер и не может в полном объеме возместить утраченные функции, в связи с чем, пациенты имеют низкое качество жизни. Поиск новых методов диагностики и лечения в данных условиях становится одной из важнейших задач практической неврологии.

Стоматологический блок

Применение богатой тромбоцитами аутоплазмы в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта

Бнатов А.А. 6 курс, стоматологический ф-т.
Кафедра хирургической стоматологии
Научный руководитель – к.м.н., асс. Максимова Н.В.

Актуальность исследования: проведенное исследование посвящено лечению хронического катарального гингивита богатой тромбоцитами аутоплазмой, введенной инъекционным методом. БТАп является высокоактивным биологическим стимулятором процессов регенерации за счет содержащихся в а - гранулах тромбоцитов различных факторов роста, действующих на все структурные единицы окружающих тканей и стимулирующих процессы регенерации. В последнее десятилетие отмечается значительный рост интереса к богатой тромбоцитами аутоплазмы, что обусловлено ее высокой эффективностью при высоком уровне безопасности и низкой себестоимости. В настоящее время БТАп активно применяется в стоматологии.

Новизна исследования: впервые исследование проводилось на базе стоматологической клиники «Прайм - стоматология». В исследовании приняли участие 48 человек: 37 женщин и 11 мужчин.

Исследование состояло из нескольких этапов:

- 1.Определение индексов (гигиены, воспаления и кровоточивости десен).
- 2.Пациенты были направлены на общий анализ крови.
- 3.Проведение профессиональной гигиены полости рта.
- 4.Получение БТАп.
- 5.Инъекция по переходной складке БТАп.

Проблема исследования: данный вид консервативного лечения проводится пациентам без выраженной соматической патологии. Поэтому плазмолифтинг не проводится при запущенных хронических заболеваниях:

- 1.ВИЧ.
- 2.Гепатит.
- 3.Инфекционные заболевания.
- 4.Онкологические новообразования.
- 5.Заболевания эндокринной системы (сахарный диабет).
- 6.Индивидуальная непереносимость гепарина.

Вывод: использование Богатой Тромбоцитами Аутоплазмы в виде инъекционной формы, в будущем должно занять прочное место в клинической стоматологии. Главные плюсы этой системы безопасность и низкая себестоимость, доступность и эффективность. Проведенное исследование подтверждает, что после использования Богатой Тромбоцитами Аутоплазмы при лечении хронических катаральных гингивитов наблюдается положительная клиническая динамика в виде уменьшения кровоточивости, боли, отечности десен с удлинением периода ремиссии.

Обтурация корневых каналов системой «Термафил»

Елевтерова Е.Е. 4 курс, стоматологический ф-т.
Кафедра терапевтической и детской стоматологии
Научный руководитель – асс. Лавренюк Е.А.

Актуальность: целью пломбирования корневого канала является сохранение его наиболее биологически инертного состояния и предотвращение повторного инфицирования канала размножающимися в нем микроорганизмами.

Материалы и методы: система «Термафил» состоит из нескольких элементов: эндодонтический obturator, верификатор, печь для разогрева, эндоobturator, эндогерметик. Показания: все формы необратимых пульпитов; воспаление тканей верхушечного периодонта - периодонтит с отсутствием или наличием деструктивных изменений в периапикальных тканях; травма зуба, повлекшая за собой необходимость удаления пульпы и пломбирования корневых каналов; наличие условий для сохранения зуба и проведения эндодонтического лечения. Противопоказания: плохой периодонтальный прогноз; противопоказания стоматологического вмешательства по медицинским показаниям; отсутствие апикального сужения в зубе: открытый апекс, резорбция и т.д.; когда не сформированный корень; сильно искривленные и/или непроходимые каналы.

Клинический случай:

- Пациентка, 21 год.
- Жалобы: периодически возникающая, ноющая боль в зубе на верхней челюсти слева, усиливающаяся от холода.
- Объективно: на окклюзионной поверхности в области фиссур наличие узкого входного отверстия кариозной полости. Кариозная полость глубокая, заполненная пигментированным и размягченным дентином, зондирование резко болезненно в точке сообщения с полостью зуба. Реакция на холод резко болезненна. Перкуссия безболезненна.

· Диагноз: K04.03

Этапы эндодонтического лечения.

- Изоляция коффердамом.
- Обработка с помощью системы «ProFile» с конусностью 06 и эндомотора EndoMate TC2 с контролем торка.
- Ирригация 3% Белодезом после каждого инструмента, нанесение на каждый файл перед внесением в канал Rc-Prep.
- Реставрация Filtek Z250 с использованием адгезивной системы Gluma comfort bond.

Цель obturации была выполнена.

Выводы: система «Термафил» обладает рядом преимуществ.

- Трехмерная obturация корневого канала.
- Снижение риска воспаления после пломбирования.
- Легкая obturация длинных каналов.
- Несложное удаление материала из корневого канала при необходимости повторного лечения.
- Сокращение рабочего времени.
- Легкое применение и быстрое обучение.

Исследование распространенности метеорологического хейлита среди студентов стоматологического факультета РязГМУ

Жарикова С.Ю. 4 курс, стоматологический ф-т.
Кафедра терапевтической и детской стоматологии
Научный руководитель – асс. Пестряков К.Е.

Метеорологический хейлит - это хроническое воспаление губ, причиной которого является повышенная чувствительность организма к различным метеорологическим явлениям, а именно к понижению или повышению влажности, ветру, холоду, солнечному свету и так далее.

Актуальность: метеорологический хейлит является распространенным заболеванием, он трудно поддается лечению и при длительном течении возможно появление на его основе облигатных форм предрака - хейлита Манганотти и ограниченного гиперкератоза красной каймы губы. Несмотря на ограниченность поражения, сложный патогенез метеорологического хейлита остается не до конца изученным, этим обуславливается невысокая эффективность терапевтических средств, методов лечения и профилактики.

Цель исследования: изучение распространенности метеорологического хейлита среди студентов стоматологического факультета РязГМУ.

Задачи исследования: определить распространенность данного заболевания среди студентов, выявить группу риска среди студентов стоматологического факультета.

Материалы и методы: в исследование были включены 52 студента стоматологического факультета. Всем исследуемым лицам было предложено заполнить разработанный нами опросник. По результатам этого опросника была произведена интерпретация результатов и сделаны соответствующие выводы.

Результаты: в процессе исследования было осмотрено 52 человека: 20 лиц мужского пола и 32 женского в возрасте 17 - 20 лет. У 9 юношей и 21 девушки был выявлен метеорологический хейлит (45% и 66% соответственно). Также нами было выявлено, что у 86% из всего числа осмотренных заболевание впервые проявилось при переезде в Рязанскую область. У числа обследуемых из Тульской области с метеорологическим хейлитом при переезде в Рязанскую область заболевание не прошло.

Выводы: в результате обследования выявлена высокая распространенность заболевания (45% и 66%). Были выявлены группы риска: метеорологический хейлит чаще встречается у лиц женского пола. По нашему мнению, это связано с тем, что девушки чаще подвержены стресс - фактору. По данным исследования, проведенного в США за период 2006 - 2010 года, в среднем на 70% девушки прилежнее и старательнее в учебе, из-за этого возникает больше стрессов, следовательно, большая распространенность метеорологического хейлита именно среди девушек.

Заключение: учитывая установленную нами распространенность заболевания среди студентов стоматологического факультета, не вызывает сомнений необходимость проведения профилактических и лечебных мер. Всем лицам, у которых выявлено заболевание или предрасположенность к нему, а также лицам, проживающим в высоко промышленных районах, нами были даны соответствующие рекомендации к лечению в комплексе с другими специалистами (дерматологами).

Стрессовая реакция организма на оперативное вмешательство

Олейников А.А., Суков Д.А. 3 курс, стоматологический ф-т.

Кафедра хирургической стоматологии

Научный руководитель – асс. Журавлев А.Н.

Актуальность исследования: данное исследование выявляет изменения стрессовых гормональных показателей организма в ответ на вмешательства в тканях ЧЛЮ, что в дальнейшем позволит выработать методы, нацеленные на снижение степени хирургической травматизации тканей, обеспечивающие наилучшую послеоперационную реабилитацию.

Новизна исследования: обусловлена изучением факторов и проявлений хирургического стресс - ответа, а также прослеживанием их влияния на послеоперационную регенерацию тканей челюстно-лицевой области, что позволит в дальнейшем сформировать методы коррекции и пути уменьшения стрессовых реакций организма с помощью разработки наименее травматичных подходов к оперативным вмешательствам.

Проблема: стресс-ответ организма возникает во время хирургических вмешательств в тканях ЧЛЮ, а обширность их травматизации влияет на срок регенерации. Иницирующим стресс-реакцию фактором является нарушение целостности тканей, в ответ на которое активируется симпатико - адреналовая, гипоталамо –гипофизарно - надпочечниковая системы, а также поджелудочная, щитовидная и другие железы внутренней секреции. В результате этого в кровь поступает ряд стресс - гормонов: соматотропный, адренокортикотропный и кортизол, а также адреналин и норадреналин.

Помимо эндокринного стресс - ответа возникает воспалительный ответ, который важно рассматривать как усугубляющий фактор при тканевом повреждении. Это обусловлено избыточной генерацией провоспалительных импульсов из хирургической раны, запускающих реакцию воспаления с выработкой сопутствующих ей медиаторов, которые вызывают вазодилатацию и усиливают сосудистую проницаемость, что формирует классические признаки воспалительного процесса.

Эндокринный и воспалительный ответ активно взаимосвязаны между собой. Данный процесс характеризуется влиянием воспалительных цитокинов, продуцируемых лейкоцитами, моноцитами и эндотелиальными клетками, на секрецию АКТГ, кортикостероидов и катехоламинов (адреналин, норадреналин, дофамин). Тем самым, при активности воспалительного ответа увеличивается ин-

тенсивность эндокринного ответа, который в свою очередь стимулирует продукцию цитокинов.

Выводы: по результатам исследования были выявлены причины, охарактеризованы механизмы и отмечены проявления хирургического стресс-ответа. На основании анализа и полученных данных можно сделать вывод, что все оперативные вмешательства в челюстно - лицевой области сопровождаются стресс-реакцией организма, которая зависит от нанесенного повреждения. Таким образом, мы должны стремиться к наименьшей травматизации тканей посредством выбора наиболее подходящих для этой цели инструментов и оперативных методов.

Особенности состояния полости рта у лиц, отказавшихся от употребления мяса (вегетарианцы, веганы)

Потапов А.С., Волкова М.И. 3 курс, стоматологический ф-т.
Кафедра терапевтической и детской стоматологии
Научный руководитель – асс. Атаян А.В.

Актуальность исследования: в современном мире вегетарианство стремительно набирает популярность. Чаще всего это обусловлено убежденностью людей в том, что отказ от употребления продуктов животного происхождения положительно скажется на работе организма. Однако увлечение вегетарианством влечет за собой изменения общего состояния человека, и здоровье полости рта - не исключение.

Цель исследования: на сегодняшний день в отечественной и зарубежной медицине имеются скудные данные, посвященные исследованию состояния зубочелюстной системы при отказе от употребления мяса. В данной работе принята попытка максимально широко рассмотреть "побочные эффекты" вегетарианства, влияющие на полость рта.

Материалы и методы: незнание людьми специальной медицинской терминологии и легкомысленное отношение к своему здоровью приводят к пагубным последствиям. Главной проблемой вегетарианского питания состоит в недостаточном обеспечении организма человека полноценным белком. В рационе вегетарианца наблюдается отсутствие продуктов с содержанием животного белка и преобладание продуктов растительного происхождения, что положительно сказывается на состоянии пародонта и отрицательно на состоянии организма в целом.

Выводы: несмотря на очевидную пользу растительной пищи в деле профилактики болезней десен и тканей пародонта, а также с целью уменьшения риска

возникновения рака ротовой полости, вегетарианцам необходимо принимать дополнительные меры по компенсации количества витаминов и микроэлементов в своем организме, а также осуществлять профилактические осмотры у стоматолога, минимум дважды в год.

Факторы, повышающие комплаентность стоматологических пациентов на этапах ортопедического лечения

Рахмонов З.У. 4 курс, стоматологический ф-т.
Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии
Научный руководитель – к.м.н., доц. Гуськов А.В.

Актуальность исследования: успешный результат стоматологического лечения и степень приверженности к лечению, помимо технического аспекта, в большей степени зависит от поведенческих моделей, как пациента, так и врача - стоматолога, а также от уровня их взаимодействия. В связи с этим было предложено разделить приверженность на два компонента: комплаентность и конкордантность. В медицине комплаентность (приверженность) понимают как степень, с которой пациент корректно следует медицинским рекомендациям. Отсутствие приверженности рассматривается как основное препятствие эффективного предоставления медицинской помощи. Без активного участия пациента трудно добиться решения поставленных задач. Если модель по типу комплаентность предусматривает простое выполнение пациентом врачебных инструкций, то модель - конкордантность рассматривает процесс терапии как сотрудничество и партнерство врача и пациента.

Новизна исследования: выявлена тенденция лучшей приверженности к лечению у женщин, по сравнению с мужчинами, вследствие более доверительных отношений с лечащим врачом. Выявлено, что большинство пациентов не стремятся выполнять рекомендации врача, особенно если они не информированы о своем заболевании и его осложнениях. Наряду с высоким профессионализмом, для достижения комплаентности врач должен обладать эмпатией и адекватно излагать необходимую информацию, доступную любому пациенту с учетом образовательного ценза и уровня сложности материала.

Проблема: исследования показали, что успех ортопедического лечения связан не только с квалификацией, уровнем профессиональной подготовки врача-ортопеда и зубного техника, наличием современного оборудования и инструментария, но и учетом факторов комплаентности и индивидуальных особенностей пациента.

Выводы: повышению эффективности ортопедического лечения пациентов со съёмными и несъёмными зубными протезами способствует получение полной, своевременной и доступной информации о состоянии своей полости рта, а также осознание возможности возникновения осложнений заболеваний повышает их ответственность к проведенному лечению.

Сравнительное определение жевательной эффективности как одного из показателей стоматологического здоровья студентов

Рудаков К.А. 3 курс, стоматологический ф-т.
Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии
Научный руководитель – асс. Васильева Т.А.

Введение: состояние окклюзии и показатели жевательной эффективности характеризуют как стоматологическое здоровье, так и общее состояние организма. При неправильно сформированных окклюзионных контактах снижается эффективность жевания, нарушаются функции зубочелюстной системы, развиваются патологические состояния и заболевания ВНЧС, жевательных мышц и костей этой области.

Цель: провести обследование студентов при помощи метода окклюдзиограммы и определить жевательную эффективность как одного из показателей стоматологического здоровья студентов.

Материалы и методы: было проведено обследование 25 студентов стоматологического факультета РязГМУ в возрасте от 19 до 23 лет. Получали окклюдзиограмму в центральной окклюзии на восковой пластинке, вырезанной из стандартной пластинки воска по форме зубного ряда. Внутри пластинки на расстоянии 2,0 - 3,0 мм от края были расположены армирующие элементы, выполненные из проволоки толщиной 0,4 - 0,8 мм. При этом, обследуемым в полость рта вводили размягченную восковую заготовку, просили сомкнуть зубы и получали окклюдзиограмму. На местах контактов зубов - антагонистов размягченный воск прокусывался. Окклюдзиограмма при выведении из полости рта не деформировалась, так как армирующие элементы сохраняли ее первоначальное состояние. Затем получали скан окклюдзиограммы в центральной окклюзии. Сканы использовали в качестве исходных данных для функционирования алгоритма оценки жевательной эффективности в специализированной компьютерной программе.

В качестве сравнительной функциональной жевательной пробы была взята проба экспресс - оценки эффективности жевания, разработанная коллективом авторов под руководством профессора В. Н. Трезубова. Эта проба является со-

временной и достаточно легкой в исполнении. Пищевым тестовым материалом в данной пробе брали ядро миндального ореха весом около 1 грамма. Испытуемые пережевывали тестовый материал до появления рефлекса глотания, то есть непреодолимого желания проглотить материал. По данным разработчиков пробы, в норме это желание возникает через 16 секунд у лиц с ортогнатическим прикусом и интактным зубным рядом. Далее, анализируя время, потраченное на жевание испытуемым, выбирается значение предварительной жевательной эффективности для данного человека, сведенное исследователями в таблицу. При пережевывании тестового материала за 16 секунд и менее жевательная эффективность составляет 100%, за 17 секунд - 94,1% и т.д. Уточненная эффективность жевания высчитывалась с учетом поправочных коэффициентов на возраст и на состояние зубных рядов.

Результаты: значение жевательной эффективности, измеренной с помощью специализированной компьютерной программы, у 30% обследуемых составляет 100%, у 30% в диапазоне 70 - 80%, у 40% обследуемых - 60% - 70%. Причем, снижение значения жевательной эффективности напрямую коррелирует с наличием проблем в челюстно - лицевой области у обследуемых, таких как патология прикуса, множественные пломбы, малые дефекты зубного ряда.

При получении значений жевательной эффективности экспресс-методом функциональной пробы по В. Н. Трезубову 100% исследуемых пережевывали тестовый материал менее, чем за 16 секунд, то есть жевательная эффективность составила 100% у всех обследуемых.

Заключение: специализированный метод компьютерного анализа и определения жевательной эффективности по окклюзиограммам имеет следующие преимущества:

1. Быстрая и несложная оценка состояния окклюзии.
2. Получение результатов исследования в наглядном цифровом формате с возможностью включения в электронную медицинскую карту в виде сканов окклюзиограмм.
3. Метод определения жевательной эффективности с помощью компьютерной программы показал более точные результаты, по сравнению с функциональным методом экспресс-диагностики и дает четкую корреляцию со стоматологическим здоровьем обследуемых.

Операция - сложное удаление третьего моляра нижней челюсти

Сухов А.Д. 3 курс, стоматологический ф-т.
Кафедра хирургической стоматологии
Научный руководитель – асс. Левохин Р.Р.

Введение: удаление третьего моляра нижней челюсти, называется сложной хирургической операцией вследствие необходимости прибегать к рассечению альвеолярной кости, десны, а также существует высокий риск поражения нижнечелюстного нерва, поэтому при проведении данной операции необходимо следовать четкого алгоритма ее выполнения, благодаря которому осложнения будут сведены к минимуму.

Актуальность исследования: вследствие частого возникновения показаний к удалению третьих моляров нижней челюсти, которые при несвоевременном лечении могут привести к серьезным осложнениям.

Цель исследования: подробное ознакомление с методикой проведения операции по удалению, получение теоретических знаний по данной теме и разделение их с участниками и посетителями конференции. А также разбор процессов, происходящих с лункой после удаления и профилактика возможных осложнений возникающих при этом.

Проблема: некачественного и долгого проведения операции.

Этапы проведения операции:

- 1.Проведение местной анестезии;
- 2.Разрез и отслаивание слизисто - надкостничного лоскута;
- 3.Кортикотомия, гемисекция зуба или зачатка;
- 4.Удаление частей зуба с помощью элеваторов, щипцов;
- 5.Медицинская обработка и кюретаж лунки;
- 6.Наложение швов.

Результаты: в результате проведенной операции, больному полностью был удален зуб с наличием ретенции и дистопии, которые в будущем привели бы к дефекту зубного ряда. Уже через неделю на месте удаления зуба была замечена эпителизация тканей десны, отсутствие воспаления, что и является благоприятным исходом проведенной операции, а главное пациент не испытывал дискомфорта и был счастлив.

Выводы: в данном исследовании были получены ценные знания не только о методике проведения операции, но и о том как правильно подготовить пациента к сложному хирургическому удалению.

Современное представление и состояние патологии ВНЧС в клинике ортопедической стоматологии

Чиженкова Н.В. 1 курс, стоматологический ф-т.
Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии
Научный руководитель – к.м.н., доц. Митин Н.Е.

Цель исследования: изучить распространенность и нозологические формы височно - нижнечелюстного сустава.

Методы исследования: анализ, изучение и обобщение отечественной и зарубежной литературы.

Результаты исследования: нарушения окклюзии зубов являются распространенной патологией челюстно - лицевой области, они также способствуют развитию патологии височно - нижнечелюстного сустава. Нарушения окклюзии лежат в основе дисфункции ВНЧС. Также было выявлено, что смещение и вывих суставного диска связаны с нарушением окклюзионных контактов при различных движениях нижней челюсти. Следует добавить, что патологические изменения в ВНЧС суставе могут возникнуть также в результате инфекционных заболеваний. Эффективным методом лечения нарушений окклюзии является избирательное пришлифовывание зубов. Оно имеет целью устранение преждевременных окклюзионных контактов, которые приводят к наиболее опасной травматической перегрузке зубов. Возможность таких контактов и перегрузки возрастает при пародонтите, так как при этом заболевании нарушается физиологический процесс стираемости твердых тканей зубов.

Выводы: у 40 % населения в возрасте от 20 до 60 лет по данным ВОЗ встречается мышечно-суставная дисфункция. По данным статистики каждый 15-й вывих - это вывих височно-нижнечелюстного сустава. А на долю привычных вывихов приходится до трети всех случаев. По данным ВОЗ, артритом страдает каждый десятый житель планеты. Чаще болеет работоспособное население в возрасте от тридцати до пятидесяти лет. По данным ВОЗ деформирующим артрозом суставов страдают 5% населения Земли.

Фармацевтический блок

Исследование экологической безопасности фармацевтических организаций

Борисова О.О. 5 курс, фармацевтический ф-т.
Кафедра управления и экономики фармации
Научный руководитель - д.фарм.н., доц. Кузнецов Д.А.

Цель исследования: изучение факторов экологической безопасности фармацевтических организаций, порядка обращения отходов фармацевтических организаций, правил хранения, вывоза, утилизации.

Методы: теории принятия решений, опрос, интервью.

Объекты исследования: фармацевтические организации.

Решение вопросов обеспечения экологической безопасности всегда занимало важное место в политике нашей страны. Фармацевтические организации при осуществлении своей деятельности являются активными природопользователями и должны выполнять экологические требования. Экологическая безопасность фармацевтической организации - состояние защищенности природной среды и жизненно важных интересов человека от возможного негативного воздействия фармацевтической деятельности. Установлено, что при осуществлении фармацевтической деятельности происходит образование отходов, что является угрозой экологической безопасности. К отходам фармацевтических организаций относятся: отбракованные субстанции и материалы; фальсифицированные лекарственные средства; возвращенные ЛС, не соответствующие стандартам качества; ЛС, поврежденные в процессе транспортировки; отбракованные ЛС; использованная тара и упаковка; ЛС, срок хранения которых истек; подлежащие уничтожению наркотические средства и неиспользованные вакцины. Важно отметить, что большинство фармацевтических отходов относятся к опасным, что связано с физическими, химическими и биологическими свойствами веществ, входящих в их состав. Сбор отходов должен осуществляться отдельно по их видам, классам опасности и другим признакам. Помещения, где хранятся фармацевтические отходы, должны соответствовать определенным требованиям по санитарным, пожарным и другим нормам. Наиболее оптимальным вариантом для этой цели является использование отдельного здания либо изолированного помещения, имеющего отдельный вход, удобны для подъезда автотранспорта. Нельзя допускать смешанное хранение фармацевтических отходов на одном поддоне или стеллаже вместе с другими категориями отходов, а также их хранение на полу. Помещение

для хранения фармацевтической продукции должно быть чистым, сухим и хорошо проветриваемым. Кроме этого, оно должно быть оборудовано термометрами, гигрометрами, вентиляционной и противопожарной системами, а также специальными средствами и инвентарем для перемещения фармацевтической продукции. Важно, что отходы у фармацевтических организаций могут быть и твердые бытовые отходы, в том числе, отходы I - IV классов опасности, например, люминесцентные ртутьсодержащие лампы.

Определена ответственность за несоблюдение экологических требований фармацевтическими организациями при сборе, накоплении, использовании, обезвреживании, транспортировании, размещении и ином обращении с отходами производства и потребления - это наложение административного штрафа в размере от 30 до 50 тысяч рублей. В ходе исследования установлена роль экологической безопасности в фармацевтической деятельности, определен порядок обращения с отходами в фармации и ответственность за нарушения экологического законодательства.

Ар - Рази - выдающийся алхимик арабского мира

Гаффари Фатма 1 курс, фармацевтический ф-т.
Кафедра управления и экономики фармации
Научный руководитель - к.фарм.н., доц. Корецкая Л.В.

Актуальность. Изучение исторических аспектов способствует формированию научного мировоззрения.

Цель исследования. Изучение научной деятельности персидского ученого-энциклопедиста, внесшего значительный вклад в медицину, алхимию и философию - Абу Бакр Мохаммед ибн Закариа аль-Рази, известного также как Рази или Аль - Рази, или Ар - Рази, или ибн Закариа (865-925).

Материалы и методы исследования. Анализ литературных данных.

Результаты. Абу Бакр Мохаммед ибн Закариа Ар - Рази родился в персидском городе Рее, в 15 км от Тегерана. Он получил разностороннее образование, изучал философию, метафизику, поэзию и алхимию. Ещё в молодости он начал заниматься опытами облагораживания металлов и поисками «эликсира». В 30-летнем возрасте Ар - Рази отправился в Багдад, где изучал медицину. Вскоре он прославился как весьма искусный врач, руководил больницей в Рее, затем в Багдаде. Рази ввёл много новшеств в медицинскую практику, выделил три аспекта медицины: здравоохранение, профилактическую медицину, лечение специфических заболеваний. Ар - Рази оставил около 200 сочинений по философии

фии, этике, теологии, логике, медицине, астрономии, физике и алхимии, из которых до нас дошло 61. Многие труды Ар - Рази были переведены на латинский язык в Европе в X—XIII вв. Основными работами по медицине являются «Всеобъемлющая книга по медицине» («Kitab al - Hawi fi al - Tibb») в 25 томах и «Медицинская книга» («Al -Kitab al - Mansuri») в 10 томах. Среди работ по алхимии наиболее известными являются: «Книга тайн» и «Книга тайны тайн».

В «Книге тайн» он разделил алхимию на три раздела: 1. Познание веществ. 2. Познание оборудования. 3. Познание операций.

Рази впервые в химии попытался классифицировать все известные вещества. Он выделил три класса веществ: 1. Землистые (минеральные) вещества. 2. Растительные вещества. 3. Животные вещества.

Рази описал химическое оборудование и химические операции. Среди аппаратов и приборов, описанных в сочинениях Ар - Рази, фигурируют кубки, колбы, тазы, стеклянные блюда для кристаллизации, кувшины, кастрюли, горелки, нефтяные лампы, жаровни и печи, печи для плавки, напильники, шпатели, ковши, ножницы, молотки, щипцы, песчаные и водяные бани, фильтры из тканей и шерсти, перегонные кубы, воронки, ступки с пестиками, сита металлические.

Ар - Рази описал и различные химические операции - плавление, декантацию, фильтрование, дигерирование (настаивание при повышенной температуре), дистилляцию, сублимацию, амальгамирование, растворение, коагуляцию (сгущение).

Выводы. Ар - Рази является ярким представителем арабской медицины и фармации. Он обобщил и развил накопленные до него знания по медицине и фармации. В области алхимии предложил классификацию веществ, описал химическое оборудование и химические операции. Ар - Рази очень почитают в Иране. Его именем назван институт близ Тегерана. Его день рождения ежегодно празднуют в Иране 27 августа как «День фармации».

Анализ международных и национальных документов по продвижению лекарственных средств

Захарова С.В. 5 курс, фармацевтический ф-т.
Кафедра управления и экономики фармации
Научный руководитель - к.фарм.н., доц. Корецкая Л.В.

Актуальность исследования. В настоящее время большую обеспокоенность вызывает влияние продвижения лекарств, выражающегося в стимулировании использования лекарств, на общественное здоровье.

Новизна исследования. Целью исследования является анализ международных и отечественных нормативных документов, регулирующих продвижение лекарственных средств.

Проблема. Анализ показал, что существует только два международных регулирующих стандарта по продвижению лекарственных средств - Кодекс Практики Фармацевтического Маркетинга, разработанный Международной федерацией фармацевтических производителей и ассоциаций (IFPMA, 1981) и Этические критерии ВОЗ по продвижению лекарственных средств (1986). Данные документы регулируют, в основном, рекламу лекарственных средств. Более жесткие требования к продвижению лекарственных средств изложены в новом Кодексе надлежащей практики Ассоциации международных фармацевтических производителей (AIPM, 2013), который представляет на территории Российской Федерации интересы ведущих международных фармацевтических компаний. Новый Кодекс надлежащей практики регулирует не только рекламу фармацевтических продуктов, но и пострегистрационные клинические, наблюдательные, эпидемиологические и маркетинговые исследования.

В Российской Федерации основные этические требования к продвижению лекарственных препаратов представлены в федеральных законах «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обращении лекарственных средств». Указанными законами вводится только ограничение для фармацевтических и медицинских работников в отношении подарков и развлекательных мероприятий.

Выводы.

1. Этические критерии продвижения лекарственных средств не имеют правового статуса и предназначены для использования в качестве общих принципов при разработке национального законодательства.
2. Российское законодательство нуждается в разработке более действенных мер в отношении использования неэтичных методов продвижения лекарственных средств.

О некоторых результатах анализа острых отравлений химической этиологии среди населения Рязанской области

Коканов А.А., Жустрин Д.Ю. 4 курс, фармацевтический ф-т.
Кафедра общей и фармацевтической химии
Научный руководитель - к.фарм.н., доц. Громова З.Ф.

Наше исследование посвящено анализу динамики показателей острых отравлений химической этиологии среди населения Рязанской области по результатам токсикологического мониторинга и лабораторной химико-токсикологической диагностики за период с 2014 по 2016 годы.

По данным Роспотребнадзора в Рязанской области в 2015 году отмечено уменьшение на 7,2% по сравнению с 2014 годом количества случаев острых отравлений химической этиологии и на 34,3% количество летальных исходов от них. Лидирующие позиции занимают случайные отравления - 76,5%, преднамеренных отравлений (суицидальные, криминальные и др.) - 21,9%, неустановленных обстоятельств отравлений - 1,6%. На первом месте - отравления спиртосодержащей продукцией - 51,3%, на втором - уксусной кислотой - 23%, а на третьем месте - отравления лекарственными препаратами - 18,9%, далее наркотическими веществами - 6,4%. По сравнению с 2014 годом доля отравлений спиртосодержащей продукцией в структуре ООХЭ увеличилась на 4%, но летальных случаев от данного вида отравлений уменьшилась на 33,6%. Наибольшее число отравившихся зафиксировано среди безработного населения области (48,7%), что аналогично уровню 2014 года.

Проведенный нами анализ положительных результатов острых отравлений живых лиц показал, что в период с 2014 по 2016 годы первое ранговое место занимают отравления этанолом, второе место - лекарственными средствами, третье - растворителями и техническими жидкостями. Из группы лекарственных средств наибольшее количество отравлений приходится на вещества снотворного действия (фенобарбитал). Отмечается резкое уменьшение случаев отравлений наркотическими веществами. Среди наркотиков часто встречаются опиаты, каннабиноиды, кокаин, амфетамины и другие.

Таким образом, полученные данные подчеркивают особую актуальность разработки комплексного подхода к анализу данных по распространенности употребления алкоголя и его суррогатов, наркотических препаратов.

Производные акриловой кислоты как гелеобразователи и анализ их использования в технологии мазей

Черентаева Т.И. 5 курс, Фармацевтический ф-т.
Кафедра фармацевтической технологии
Научный руководитель - к.фарм.н., доц. Стрельцова Р.М.

Введение. В современной номенклатуре лекарственных препаратов большое место занимают мягкие лекарственные формы и одной из наиболее перспективных форм являются гели, которые благодаря ряду положительных свойств вытесняют собственно мази. Гели изготавливают на основе веществ гелеобразователей. Одними из таких веществ являются производные акриловой кислоты, которые имеют двойное название, карбополы в нашей стране и карбомеры

как их принято называть в США и Европе. РАПы делят на нескольких видов: карбополы, пемулены и новеоны.

Цель исследования: изучение структуры и свойств карбополов, анализ их использования в технологии гелей, реализуемых на фармацевтическом рынке.

Материалы и методы. В работе исследовано использование карбопола как гелеобразователя в производстве мягких лекарственных форм различными производителями на основании изучения ассортимента, представленного в г. Рязани. Изучены свойства карбополов различных марок. Анализ марок карбопола проводился на основе изучения инструкций на лекарственный препарат.

Результаты и их обсуждение. Все РАП получают на основе акриловой кислоты, которые представляют собой повторяющийся определенный фрагмент. Главное отличие между полимерами различных марок заключается в соотношении количеств сополимеров и количестве поперечных сшивок. Небольшое изменение их числа позволяет получать большое количество различных РАП со специфическими свойствами без существенного изменения их молекулярной структуры. Карбополы являются очень слабыми кислотами и довольно легко переходят в соли. В зависимости от концентрации, водные дисперсии РАП имеют рН от 2,8 до 3,3. Получить гель карбопола можно только при его нейтрализации. Наиболее простой способ — превращение РАП - кислоты в соответствующую соль путём нейтрализации растворами веществ основного характера: гидроксида натрия, калия, аммония и др. При этом, свёрнутая в клубок молекула разворачивается и происходит загущение.

Достоинства РАП: высокая вязкость гелей; термическая и микробиологическая устойчивость; стабильность и химическая стойкость при хранении; совместимость со многими лекарственными веществами; лёгкость контроля вязкостных свойств получаемых гелей; отличные суспензирующие свойства; гипоаллергенность.

В настоящее время существует большое количество различных марок РАП. Большинство марок РАП производится за рубежом, в России налажен выпуск полимеров марок «Ареспол» и «МАРС-06». Марки карбополов отличаются в основном устойчивостью к электролитам и вязкостью. Так карбопол 5984 EP очень чувствителен к электролитам, а ЕДТ 2020 NF устойчив к ним.

Нами проведен анализ использования данной основы как образователя в производстве гелей отечественных фирм и производителей зарубежных фирм. Как показали результаты исследования карбополы как гелеобразователи используются в гелях, предназначенных для лечения различных заболеваний: обезболивающих, противовоспалительных (диклофенак), тромболитических (тромблесс), противогрибковых (фунготербин) и др. Основным отечественным произ-

водителем отечественных мазей является ООО «НижФарм». Для производителей гелей на данном предприятии используется РАП. Так в геле дикловит и камистад используется карбомер без указания марки, вероятно импортного производства, а в геле тромблесс и фунготербин указан карбомер (карбопол), поэтому трудно определить производителя. Указания «Ариспол» или мАРС-06 мы не встретили. Карбопол как гелеобразователь используется и другими отечественными фирмами производителями, например в геле фагодент. РАП как гелеобразователь достаточно широко представлен в импортных гелях Метрогил Дента - Индия карбомер-940. Карбомеры используют как гелеобразователи в сочетании с ПВС. Например, в фунготербине с пропиленгликолем, а в фагоденте гель образован только на основе карбопола. Следует отметить, что РАП используются и как активная фармацевтическая субстанция в геле Офтагель. Карбомер увеличивает вязкость слезы, образуя защитную увлажняющую пленку на поверхности роговицы, утолщает муциновый и водный слои слезной пленки.

Заключение. Таким образом, редкосшитые акриловые полимеры являются эффективными гелеобразователями и применяются при производстве как отечественных, так и импортных гелей, содержащих ЛС различного фармакологического действия

Биофармацевтические аспекты полиморфизма фармацевтических субстанций в технологии производства лекарственных препаратов

Шуваева Е.С. 5 курс, фармацевтический ф-т.
Кафедра фармацевтической технологии
Научный руководитель - к.фарм.н., доц. Селезнев Н.Г.

Актуальность: в настоящее время большое внимание привлекает к себе полиморфизм фармацевтических субстанций. Установлено, что полиморфизм является одним из факторов биологической неэквивалентности многих лекарственных средств, влияя на их физические, химические и биологические характеристики.

Полиморфизм - это существование одного и того же вещества в нескольких кристаллических (аморфных) формах, имеющих различные физические и термодинамические свойства и отличающиеся структурой кристалла и расположением молекул в решётке, ориентацией или конформациями молекул в кристалле. Явление полиморфизма рассматривается как новое, нетрадиционное направление поиска эффективных лекарственных препаратов.

Сотрудниками РязГМУ, Леонидовым Н.Б., Селезевым Н.Г. синтезированы новые полиморфные бета - модификации местного анестетика дикаина - леокаина и

метилурацила - бетамецил (ранозаживляющее действие), защищённые авторскими свидетельствами и патентами. На их основе созданы лекарственные формы: глазные капли леокаина (пролонгированные и непролонгированные), мазь бетамецила глазная, суспензия и линимент бетамецила (защищены патентами).

Полиморфные модификации лекарственных веществ имеют одинаковое химическое строение и химическую формулу, но отличаются кристаллической структурой. В биофармации полиморфизм фармацевтических субстанций является одним из значимых физических факторов, которые определяют термодинамическое и кристаллическое состояние вещества, а, следовательно, качество и эффективность лекарственного препарата. Качество лекарственного препарата в значительной степени связано с идентичностью твёрдотельного состояния (кристаллического), а также его свободной энергией, которая и будет определять стабильность субстанции. Установлено, что кристаллическая фаза, обладающая высокой стабильностью, а, следовательно, низкой энергией, имеет меньший показатель скорости растворения и всасывания, что снижает её биодоступность (Леонидов Н.Б. 2014 г.). В процессе синтеза фармацевтической субстанции, производства лекарственного препарата, при его хранении может образоваться высокоэнергетическая полиморфная модификация, которая обладает высокой растворимостью и биодоступностью. Однако она является нестабильной и может перейти в более стабильную модификацию, что вызовет снижение терапевтического эффекта. Такие переходы установлены у ряда лекарственных препаратов. В этой связи в нормативных документах США, Японии и других стран уделено большое внимание полиморфной чистоте фармацевтических субстанций по их фармакокинетическим показателям включающим растворение и всасывание.

В 2015 году в Государственную фармакопею 13 издания впервые была введена общая фармакопейная статья «Полиморфизм» согласно которой, для обнаружения и исследования полиморфных модификаций фармацевтических субстанций используют различные методы. Среди них основными являются: рентгеноструктурный анализ; спектрометрия в инфракрасной области; рамановская спектрометрия; твёрдофазная спектроскопия ядерного магнитного резонанса; дифференциальная сканирующая калориметрия; растворимость и скорость растворения; биологические методы.

Выводы: Таким образом, проблема полиморфизма является актуальной для фармацевтической технологии, так как от содержания той или иной полиморфной модификации лекарственного вещества в лекарственной форме зависит эффективность её действия и стабильность. Кроме того, явление полиморфизма является одним из путей поиска эффективных лекарственных препаратов особенно для лечения социально значимых заболеваний.

Научное издание

**Сборник тезисов работ студентов
с научно-практической
и научно-теоретической конференций
2016-2017 гг.**

Сдано в печать 25.09.2017.

Бумага писчая. Гарнитура Times. Печать офсетная.

Усл. печ. л. 8. Тираж 35 экз. Заказ №687.

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 отделе оперативной полиграфии
управления информационных технологий, телекоммуникаций и оперативной полиграфии
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
390026, г. Рязань, ул. Т. Шевченко, 34