



**Сборник тезисов призёров
научно-практической
и научно-теоретической конференций
университета 2018-2019 уч.г.**



Рязань, 2019

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
призёров научно-практической
и научно-теоретической конференций
университета 2018-2019 уч.г.

Рязань, 2019

УДК 61(071)
ББК 5
С232

Редакционная коллегия:

Калинин Р.Е., доктор медицинских наук, профессор
Сучков И.А., доктор медицинских наук, профессор
Меринов А.В., доктор медицинских наук, доцент

С232 Сборник тезисов призёров научно-практической и научно-теоретической конференций университета 2018-2019 уч.г. / редкол.: Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.В. Меринов; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТОиОП, 2019. – 71 с.

Сборник научных трудов составлен по материалам лучших докладов студентов с научно-практической и научно-теоретической конференций (14 декабря 2018 г., 22 марта 2019 г.). Сборник продолжает серию ежегодных изданий научных трудов студентов университета и включает итоги экспериментальных исследований, материалы клинических наблюдений, а также тезисы докладов по естественнонаучным, гуманитарным и социально-экономическим дисциплинам.

*Утвержден и рекомендован к печати Научно-плановым советом
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
(Протокол №10 от 14.06.2019)*

УДК 61(071)
ББК 5

СОДЕРЖАНИЕ

БЛОК «МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ»

Емелин А.М. Нейрогенная дифференцировка стволовых клеток с индуцированной плюрипотентностью при 3D – культивировании в составе нейросфер.....	6
Курманский А.В., Борисов А.А. Гистологическое исследование вен конечностей после физической и химической окклюзии.....	7
Алексеева О.С., Малахова М.Р. Зависимость ширины головки нижней челюсти от её основных линейных размеров.....	8
Киндякова Н.А. Функциональная анатомия кровоснабжения поджелудочной железы.....	9
Захаров О.С., Котляр И.Е. Вариантная анатомия и клиническое значение канала Грубера и заднего большеберцового сосудисто-нервного пучка.....	10
Доможилова Н.Е., Лобанова М.В. Отман Хассан, Хайдар Хуссейн Топографо-анатомические особенности расположения сосудисто-нервных пучков верхней конечности.....	11
Афенов М.Р., Борзенков И.С. Изменчивость пространственной ориентации вырезки вертлужной впадины.....	12
Борзенков В.Г., Готская М.А. Возможности капноволюметрии в оценки функции внешнего дыхания у студентов.....	13
Кулагин П.А. Физиологическая стоимость как фактор результативности целенаправленной когнитивной деятельности.....	14

БЛОК «ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

Наумова И.В., Рогова П.А., Ровная П.А. Ситуация по кори – 2019.....	16
Ратникова В.И., Сосновская В.Д. Исследование влияние профилактических прививок на заболеваемость гриппом.....	17
Ворошила И.Е., Соколовская А.В., Шаров А.А. Сезонные изменения качества вода р. Оки выявленные методом интегральной оценки.....	17
Терехина А.И., Лазуткина Ю.Г. Охват вакцинацией против гриппа и пневмококка больных ревматоидным артритом города Рязань.....	18
Гохин Е.В. Факторы риска ССЗ у студентов рязанских вузов.....	20

БЛОК «ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ»

Курданов М.А. Прогнозирование эффективности хирургического лечения при болевых синдромах в нижней части спины.....	21
Жилова Я.Н. Настоящее и будущее в терапии болезни Альцгеймера.....	22
Соловьёва А.В. Психологические особенности подростков, страдающих гастроэнтерологическими заболеваниями.....	23
Зайцев А.Д. Выявление характеристик, определяющих гетерогенность течения острого периода нетравматических супратенториальных гематом.....	24

БЛОК «СТОМАТОЛОГИЯ»

Маршуба Л.О. Ранние методы диагностики онкозаболеваний в челюстно-лицевой области.....	25
Таратынова М.С. Обзор современных методов диагностики интраорального галитоза....	26
Таратынова М.С., Седнев А.А. Варианты использования коффердама в практической стоматологии.....	27
Куликова А.В., Александрова Е.Н., Гуркин Р.Б. Корреляция окклюзии и жевательной эффективности на примере интактных зубных рядов.....	28
Степанушкина Д.Р. Стволовые клетки в стоматологии.....	28
Юрис М.В. Клинический случай применения препарата на основе протеинов эмали при лечении хронического пародонтита.....	29

БЛОК «ТЕРАПИЯ»

Батаев И.В., Шаханов А.В. Клинический случай двухсторонней кандидозной пневмонии на фоне длительной иммунносупрессивной терапии.....	31
Ежова А.Н., Богданович И.А. Генно-инженерная терапия воспалительных заболеваний кишечника.....	32
Новоселова А.А. Потенциальная приверженность лечению пациентов, госпитализированных с острым коронарным синдромом.....	33
Комарова М.Н., Новикова П.Л., Куртикова О.В. Нетипичный случай поствакцинальной реакции.....	34
Захарова В.А. Когнитивные нарушения у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) старческого возраста и долгожителей.....	35
Петунина М.С. Ведение больных кислотозависимыми заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки в амбулаторной практике.....	36
Синяева А.С. Особенности ведения и лечения пациентов с впервые зарегистрированной фибрилляцией предсердий.....	37

БЛОК «ФАРМАЦИЯ»

Сейткулиева А.А. Методика анализа функциональной активности белка- транспортера гликопротеина-P <i>in vitro</i>	38
Гаврилова Н.В., Исакова А.С. Определение окислительной модификации белков и оценка цитотоксичности синтетических производных халконов на культуре клеток НЕК 293А.....	39

БЛОК «ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ»

Ковалева К.И. Клинические случаи двухсторонней энуклеации.....	41
Кузнецова А.Н. Избыточная компенсаторная гипертрофия язычной миндалины после тонзиллэктомии.....	42
Савосина С.Г. Биохимическое исследование слёзной жидкости у больных глаукомой.....	43
Задоя Д.И. Кровотечения после тонзиллэктомии и факторы, влияющие на их возникновение.....	44

Провоторов Н.Ю. Лучевая диагностика тератодермоида средостения.....	45
Кузякина Г.А. Значение репродуктивных технологий в жизни семейной пары в 21 веке.	45
Тараскин И.С. Врожденная аномалия уретры: парауретральный ход. Трудности диагностики.....	46
Батулина А. Р., Понаморева О.В. Рак уретры – трудности диагностики.....	47
Маршинина А.В., Сафронова А.Е. Кефалогематома у новорожденных. Поиск причин вызвавших её появление.....	48
Лугачева К.Г. Структура соматической и гинекологической патологии у женщин репродуктивного возраста, перенесших миомэктомию.....	49
Буркина А.Г. Роль витамина D в патогенезе и лечении гнездной алопеции.....	50
Буркина А.Г., Ложкова А.Р. Опыт применения генно-инженерных препаратов в лечении тяжелых форм псориаза.....	51
Заверткина Э.А., Егорова Е.А. Влияние микоплазменной инфекции на беременность.....	52
Разинкова Д.В. Факторы риска развития атопического дерматита.....	53
Наумова И.В., Серегина А.В., Иванникова А.В. Менингококковая инфекция: современные реалии.....	54
Блинов А.А., Галустян А.В. Применение сводных таблиц для обработки медицинских данных.....	55
Аверина М.М. Случай эндометриоидной аденокарциномы яичника на фоне пограничной эндометриоидной опухоли.....	56
Григоренко В.А. Полиморфизм гена XPD при колоректальном раке.....	57
Смазнова Д.С. Метастаз меланомы в текому.....	58
Шепелева В.К. Возможности применения жидкостной биопсии в диагностике колоректального рака.....	59
Вишнякова Д.А. Случай септического шока у новорожденного ребенка.....	60
Лукичев В.Е., Ларина Н.Е. Оценка качества подготовки студентов старших курсов педиатрического факультета и ординаторов РязГМУ по вопросам грудного вскармливания.....	61

БЛОК «ХИРУРГИЯ»

Андрианова К.В., Завгородняя М.В., Симонов К.А. Оптимизация лечения больных с холедохолитиазом с использованием эндовидеотехнологий.....	63
Суров И.Ю., Стрельникова Е.А., Трушкина П.Ю., Боженова А.Д. Изучение метаболической и миграционной активности эндотелиальных клеток in vitro.....	64
Трушкина П.Ю. Клинический опыт реконструктивной хирургии позвоночных артерий в Рязанской области.....	65
Симичёва А.А., Насибян Г.А. Особенности кровоснабжения перешейка поджелудочной железы.....	65
Пархоменко А.А. Бесфиксационный способ лапароскопической паховой гермиопластики.....	66
Завгородняя М.В., Симонов К.А., Суханов А.В. Лапароскопическая техника наложения билиодегистивных анастомозов в условиях WET LAB.....	67
Суров И.Ю. Междисциплинарный подход к лечению гангрены.....	68
Абрамова О.В., Бочарников П.С. Сравнение показателей центральной гемодинамики в норме и у больных при проведении вводного наркоза барбитуратами, этап интубации	68
Кочетков Ф.Д. Внекишечные проявления болезни Крона	69
Кочетков Ф.Д. Современные методы лечения геморроидальной болезни	70

Нейрогенная дифференцировка стволовых клеток с индуцированной плюрипотентностью при 3D-культивировании в составе нейросфер

Емелин А.М., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: заведующий кафедрой гистологии, патологической анатомии и медицинской генетики, к.м.н., доцент Деев Р.В.

Введение. Нейродегенеративные заболевания – группа наследственных или приобретенных заболеваний, характеризующаяся прогрессирующим поражением нервной системы. Труднодоступность нейральных стволовых клеток создает трудности для изучения и разработки лечения данной группы патологий. Создание технологии индуцированной плюрипотентности открывает новые возможности для получения клеток нейронального ряда. Полученные клетки при культивировании в составе нейросфер могут быть использованы в качестве тест-систем для оценки эффективности генетической терапии и служить источником для заместительной клеточной терапии.

Цель. Произвести оценку нейрогенной дифференцировки стволовых клеток с индуцированной плюрипотентностью при 3D-культивировании в составе нейросфер.

Материал и методы. Нейросферы были получены от лаборатории клеточной биологии федерального научно-клинического центра физико-химической медицины. Оценка нейрогенной дифференцировки производили методом иммунофлюоро-ресцентного окрашивания нейросфер на маркеры Beta-III-Tubulin, GFAP, SOX1. Ядра клеток визуализировались с помощью DAPI. Также с помощью иммуно-цитохимического метода производилось окрашивание нейросфер на Ki67. Детекцию осуществляли инвертированным микроскопом с возможностью флюоресцентной микроскопии Olympus CX 53, оснащенного камерой DeltaPix.

Результаты и их обсуждение. В результате микроскопии было выявлено положительное окрашивание нейросфер на Beta-III-Tubulin (маркер нейронов), GFAP (маркер глиальных клеток), что свидетельствует о нейрогенной направленности дифференцировки. Наибольшая степень выраженности маркеров отмечалась в кортикальной части сфероидов. Также в кортикальной части обнаруживалось единичные Ki67- и SOX1-положительные клетки. В центральной части нейросфер отмечается снижение плотности клеток и интенсивности их флюоресценции.

Выводы. Была успешно запущена нейрогенная дифференцировка стволовых клеток с индуцированной плюрипотентностью при 3D-культивировании в составе нейросфер. Наличие клеток, положительных на Ki67, SOX1, GFAP, указывает на сохранение пролиферативной активности в кортикальной зоне сфероидов. Снижение плотности клеток и интенсивности их флюоресценции в центральной части нейросфер, вероятнее всего, является следствием снижения диффузии питательных веществ и продуктов обмена из-за увеличения объема сфероида. Выражаем благодарность коллективу лаборатории клеточной биологии федерального научно-клинического центра физико-химической медицины и лаборантке гистологической лаборатории ЦНИЛ Рязанского государственного медицинского университета – Е.Б. Козыревой.

Гистологическое исследование вен конечностей после физической и химической окклюзии

Курманский А.В., 2 курс, лечебный факультет,

Борисов А.А., 6 курс лечебный факультет

Научный руководитель: заведующий кафедрой гистологии,
патологической анатомии и медицинской генетики, к.м.н., доцент Деев Р.В.

За последние 100 лет наиболее распространенным методом лечения варико-за была открытая хирургия вен. В последние годы появились альтернативные малоинвазивные методы лечения, среди которых радиочастотная абляция (РЧА), Эндовазальная лазерная коагуляция вен (ЭВЛК), механохимическая абляция, а также склеротерапия.

Цель. Изучение, анализ и сравнение изменений, произошедших на ранних этапах исследования в стенке сосудов.

Материал и методы. В качестве материалов исследования выступили парафиновые блоки венозных сосудов взрослых особей баранов спустя 1 и 7 сутки после воздействий вышеописанных методик. Для оценки степени абляции и повреждения сосудов при применении различных методик, микропрепараты оценивались и сравнивались по 4 критериям: сохранность эндотелия; сохранность внутренней и наружной эластических мембран; повреждение прилежащих к вене структур; выраженность воспалительной реакции (лейкоцитарной инфильтрации в частности)

Применяемые методы исследования: окраска гематоксилином и эозином, орсеионом, по Маллори и морфометрический анализ.

Результаты. На 1 и 7 сутки после РЧА деструкция эндотелия (ДЭ) составляла 100%. На 1 и 7 сутки после ЭВЛК ДЭ в пределах 70 и 90% соответственно. После механохимической абляции ДЭ составила 65 и 60% соответственно, после склеротерапии ДЭ составляла 60 и 30% соответственно.

Наибольшее значение деструкции эластического каркаса (ДЭК) наблюдалось после ЭВЛК, которое достигало 100% на 1 и 7 сутки. РЧА – на 1 и 7 сутки 63% и 77% соответственно. Склеротерапии – ДЭК в пределах 45% и 53%, а механохимическая абляция 27% и 37% соответственно

Выраженность воспалительной реакции (ВПР) измерялась по шкале от 0 до 3 баллов, в которой 0 – отсутствие лейкоцитов в стенке сосуда, 1 – <25% периметра, 2 – <50%, 3 – <75% периметра стенки инфильтрировано лейкоцитами. В результате ВПР после склеротерапии на 7 сутки соответствовала 1,6; после механохимической абляции — 1,1. После РЧА — 0,6; а после ЭВЛО – 0,3.

Повреждения *vasa vasorum* наблюдались только при применении РЧА и ЭВЛА.

Выводы. На текущем этапе исследования можно сделать следующие выводы: абляция сосудов на ранних этапах наблюдается в случае использования всех четырех методик. Наиболее выраженная воспалительная реакция обнаруживается после склеротерапии и механохимической абляции. Самым агрессивным оказался метод ЭВЛК.

Зависимость ширины головки нижней челюсти от ее основных линейных размеров

Алексеева О.С., Малахова М.Р., 1 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: заведующий кафедрой анатомии,
д.м.н., доцент Павлов А.В.

Введение. Необходимость в изучении особенностей строения нижней челюсти диктуется бурным развитием хирургической стоматологии и ортодонтии.

Цель. Определить зависимость линейных размеров головки нижней челюсти от соответствующих размеров ее ветви и тела.

Задачи. Для достижения поставленной цели нами были определены следующие задачи: определить основные линейные размеры нижней челюсти и выявить корреляционную связь между линейными размерами головки, ветви и тела нижней челюсти.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 10 препаратах нижней челюсти человека, разделение на группы по половому или возрастному признаку не выполняли. Измерили следующие параметры нижней челюсти:

L – наибольшая длина головки.

h – ширина головки. Данный параметр измерялся в трех местах: максимальная латеральная, срединная и медиальная ширина.

a – ширина ветви. Данный параметр измерялся в трех местах: максимально проксимальная, медиальная и дистальная ширина.

b – высота тела. Данный параметр измеряли от края нижней челюсти до уровня косой линии, не включали в измерение альвеолярную часть.

c – длина нижней челюсти. Учитывали наибольшие значения длины. Сортировку данных исследования осуществляли с использованием пакета Excel.



Рис. 1. Основные измерения нижней челюсти

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования были получены следующие результаты (табл. 1).

Таким образом: коэффициент корреляции Спирмена (ρ) = **1.000**. Связь между исследуемыми признаками – прямая, теснота связи по шкале Чеддока – функциональная. Критическое значение критерия Спирмена при данном числе степеней свободы = **0,648**.

Средние значения линейных размеров нижней челюсти

	Длина головки нижней челюсти (L), мм	Ширина головки нижней челюсти (h средн.), мм	Ширина ветви нижней челюсти (a средн.), мм	Высота тела нижней челюсти (b средн.), мм	Длина нижней челюсти (C), мм
Среднее значение	17,61	5,89	32,98	17,08	85,82
max	21,15	7,51	43,92	20,21	97,00
min	7,78	4,16	26,59	10,66	71,00

Полученные в ходе исследования данные согласуются с результатами уже описанных феноменов архитектуры костей лица.

Выводы. Была выявлена достоверная функциональная взаимосвязь между некоторыми линейными размерами нижней челюсти: шириной тела, ветвей и высоты тела нижней челюсти.

Функциональная анатомия кровоснабжения поджелудочной железы

Киндякова Н.А., 1 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Овчинникова Н.В.

Введение. Актуальной проблемой современной хирургии является поиск эффективных методик оперативных вмешательств на поджелудочной железе при ее патологии.

Цель. Проанализировать вариантную анатомию кровоснабжения поджелудочной железы и особенности топографии ее артерий по литературным данным.

Задачи. Изучить источники артериального кровоснабжения поджелудочной железы. Изучить топографо-анатомические особенности артериальных стволов поджелудочной железы

Материалы и методы. Биологический материал комплексов двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы человека из коллекции кафедры анатомии, а также один комплекс крысы стока Wistar.

Результаты и их обсуждение. Анализируя содержательную часть работы, следует отметить, что автору удалось изучить классические варианты артериального кровоснабжения ПЖ, в основном осуществляемые четырьмя панкреато-дуоденальными артериями: верхней передней, верхней задней, нижней передней и нижней задней.

К собственным артериям ПЖ были отнесены большая, дорсальная и каудальная.

Опираясь на данные работы Рылюка А.Ф., Холодного А.К. (1993) из Белорусской медицинской академии последипломного образования, было выделено 7 сосудов обеспечивающих кровоснабжение ПЖ.

1. Верхняя артерия ПЖ.
2. Верхняя задняя панкреато-дуоденальная артерия.
3. Верхняя передняя панкреато-дуоденальная артерия.
4. Артерия головки и шейки ПЖ.

5. Пилородуоденальная – встречающаяся в 46% исследуемых случаев.

6. Нижняя панкреато-дуоденальная – 40% представлена двумя стволами. В 20% случаев нижняя панкреато-дуоденальная была представлена одним стволом.

7. Длинная артерия – выявлена в 16% случаев.

Из исследований проведенных Акотиловичем И.Ч., Жук И.Г. и Киселевским Ю.М. из Гродненской Государственной медицинской академии, к числу основных артериям ПЖ было решено добавить длинную артерию (описана впервые Кульчицким К.И., 1969 г.), т.к. она принимает участие в кровоснабжении головки, шейки и хвоста ПЖ. Артерия встречается в 14,4% случаев по исследованиям авторов. По их же данным в 80% случаев артерия ПЖ была представлена дорсальной ПА. В 84,1% она отходила от селезеночной, в 11% от общей печеночной артерии и в 4,5% случаев от чревного ствола.

Выводы. На основе результатов проделанной работы были сделаны следующие выводы: основными источниками кровоснабжения поджелудочной железы являются передняя и задняя верхние панкреатодуоденальные артерии (из гастродуоденальной артерии), нижняя панкреатодуоденальная артерия (из верхней брыжеечной артерии) и панкреатические ветви (из селезеночной артерии). Особенности развития поджелудочной железы оказывают влияние на многочисленные варианты ее артериального кровоснабжения.

Вариантная анатомия и клиническое значение канала Грубера и заднего большеберцового сосудисто-нервного пучка

Захаров А.С., Котляр И.Е., 1 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: ассистент Гаврикова О.Е.

Введение. Наиболее часто встречающимися в современной России сосудистыми заболеваниями являются облитерирующий атеросклероз и варикозное расширение вен нижних конечностей. При лечении этих заболеваний ангиохирургам необходимо подробно знать анатомию голено-подколенного, или Груберова канала и залегающего в нём заднего большеберцового сосудисто-нервного пучка (ЗББСНП).

Цель. Описать общие и варианты закономерности строения канала Грубера и ЗББСНП; оценить объективность теоретических знаний на практике при препарировании биологического материала; сформулировать клиническое значение этих анатомических образований для ангиохирургов.

Материалы и методы. Было проведено исследование биологического материала (нижней конечности человека) методом препарирования. В ходе работы проводились следующие действия: после удаления поверхностных структур (подкожной жировой клетчатки и поверхностной фасции голени) тупым способом были разделены мышцы голени (задняя группа) и получен доступ к отверстиям Груберова канала. Затем была удалена клетчатка и фасции в обнаруженном ЗББСНП без повреждения внутреннего содержимого. Для большей наглядности выделенные нами элементы ЗББСНП были окрашены акриловыми красками.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования были выявлены следующие характерные закономерности строения Груберова канала и ЗББСНП: канал Грубера ограничен спереди *m. tibialis posterior*, сзади – *m. soleus*, медиально – *m. flexor digitorum longus*, латерально – *m. flexor hallucis longus*. Он имеет три

отверстия: входное (образовано arcus tendineus m. solei сзади и m. popliteus спереди); переднее выходное (в межкостной перепонке голени); нижнее выходное (на уровне перехода m. soleus в tendo calcaneus). В ЗББСНП канала Грубера входят a. tibialis posterior, vv. tibialis posteriores, n. tibialis; чаще всего артерия располагается между венами, а нерв – латерально от артерии; строение ЗББСНП сильно вариативно, что связано с особенностями ветвления a. poplitea (по месту разделения и количеству образующихся сосудов), вариантами деления a. tibialis posterior, задних большеберцовых вен и их количеством (описаны варианты с 2-мя и 3-мя венами, впадающими в подколенную вену единым стволом или по отдельности) или расположения элементов ЗББСНП.

По результатам препарирования биологического материала найдены все элементы канала Грубера и ЗББСНП. Выявлено, что их расположение соответствует литературным данным. Найдены три ответвления ЗББСНП: сосудисто-нервный пучок передней поверхности голени, малый большеберцовый сосудисто-нервный пучок и пучок, идущий в m. soleus (один из вариантов строения ЗББСНП).

Выводы:

- 1) несмотря на наличие чёткого общего плана, содержимое Груберова канала отличается сильной вариативностью строения;
- 2) полученные данные о строении голено-подколенного канала соответствуют литературным сведениям;
- 3) знание вариантной анатомии голено-подколенного канала имеет основополагающее значение при проведении оперативных вмешательств в области голени.

Топографо-анатомические особенности расположения сосудисто-нервных пучков верхней конечности

Доможилова Н.Е., Лобанова М.В., Отман Хассан, Хайдар Хуссейн,
4 курс, лечебный факультет

Научные руководители: к.м.н., доцент Жеребятъева С.Р., ассистент Тимофеев В.Е.

Введение. Особенности расположения основных сосудисто-нервных пучков верхней конечности необходимо знать для проведения хирургических, диагностических и лечебно-профилактических манипуляций.

Цель. Продемонстрировать особенности расположения сосудисто-нервных образований по отношению друг к другу и другим анатомическим ориентирам. Ознакомиться с проекционными линиями основных сосудисто-нервных пучков верхней конечности. Сформулировать практическое значение знаний топографической анатомии для врача, выполняющего операции на верхней конечности.

Материалы и методы. Для данного исследования мы использовали фиксированную левую верхнюю конечность из фонда кафедры сердечно-сосудистой, рентгеноэндоваскулярной, оперативной хирургии и топографической анатомии РязГМУ.

Результаты и их обсуждение. Ознакомились с проекционными линиями основных сосудисто-нервных пучков верхней конечности, изучили и продемонстрировали особенности расположения сосудисто-нервных образований по отношению друг к другу и другим анатомическим ориентирам. Сформулировали практическое значение знаний топографической анатомии для врача, выполняющего операции на верхней конечности.

Выводы. Наше исследование будет полезно практикующим врачам, так как знание проекций и доступов к сосудисто-нервным пучкам верхней конечности может пригодиться при временной и окончательной остановке кровотечения из сосудов верхней конечности, при наложении нервного шва, ангиопластики сосудов, при проведении остеосинтеза и декомпрессии карпального канала кисти, для стентирования коронарных сосудов через лучевую артерию, при фасциотомии по Хоману, восстановительных операциях на периферических нервах, невролизе, ампутации верхней конечности и иссечении ладонного апоневроза при контрактуре Дюпюитрена.

Изменчивость пространственной ориентации вырезки вертлужной впадины

Афенов М.Р., Борзенков И.С., 2 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: заведующий кафедрой анатомии,
д.м.н., доцент Павлов А.В.

Введение. В современной хирургической практике выполняется большое количество оперативных вмешательств на структурах тазобедренного сустава. При планировании данных операций особое значение придается изучению геометрии вертлужной впадины (далее – ВВ), важной частью которой является *incisura acetabuli*.

Цель. Определить анатомическую изменчивость геометрии вырезки ВВ таза человека в зависимости от ее параметров.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 32 препаратах костей таза человека. В работе использовался метод цифровой фотометрии. Тазовая кость располагалась относительно горизонтальной поверхности таким образом, чтобы плоскость ВВ была параллельна данной поверхности. Определяли следующие параметры: периметр (далее – Р) и площадь (далее – S) ВВ, длину вырезки ВВ, угол, определяющий положение вырезки относительно костей таза (α), локализация ВВ на тазовой кости относительно ее высоты (показатель Т). Показатель Т – отношение расстояния от *spina iliaca anterior superior* до центра ВВ к расстоянию от центра ВВ до *tuber ischiadicum*.

Для определения угла α на фотографии каждого препарата была построена двухмерная система координат с вспомогательной окружностью, которая примерно повторяла контуры ВВ. Ось ОХ была построена параллельно верхней ветви лобковой кости и являлась касательной к окружности. Ось ОУ построена перпендикулярно оси ОХ и также является касательной к окружности. Центр окружности лежал в центре ВВ, располагаясь на перекрещении двух диагоналей. Одна из них соединяла осевой бугорок и лобковую кость, а другая – передневерхнюю подвздошную ость и седалищную бугристость. Из точки ОО проводили луч, проходящий через середину отрезка, соединяющего края вырезки. Далее измеряли угол α .

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования были получены следующие результаты. Средние значения длины вырезки составили $2,25 \pm 0,1$ см. Средние значения Р вырезки составили $15,59 \pm 0,1$ см. Средние значения S вырезки составили $20,45 \pm 0,1$ см. Средние значения угла α составили $37,73 \pm 1^\circ$. Других зависимостей не выявлено.

Выявлена прямо пропорциональная зависимость доли вырезки от длины вырезки, длины вырезки от R , угла α от доли вырезки, а также угла α от показателя T . Обратной пропорциональной зависимости была выявлена между значениями угла α и R .

Вывод. На основе результатов наших исследований можно сделать следующий вывод. При увеличении R апертуры увеличивается длина вырезки и ее доля, что доказывает явление анатомической компенсации.

В связи с ростом количества заболеваний тазобедренных суставов хирургам-ортопедам необходимо учитывать нормовариантную анатомию ВВ при проведении операций по эндопротезированию.

Возможности капноволлюмометрии в оценке функции внешнего дыхания

Борзенков В.Г., 5 курс, педиатрический факультет,

Гоцкая М.А., 3 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мирошкина Т.А.

Введение. Несмотря на комплекс мер по борьбе с употреблением никотина, предпринимаемых государством, курение по-прежнему остается одной из социально значимых проблем. Проведенное нами анкетирование студентов медицинского университета показало, что 60% опрошенных курит; 80% признает, что курение наносит вред здоровью человека и обществу в целом; но лишь 30% студентов относится к курению отрицательно. Первый удар от табачных токсинов принимают на себя органы дыхания. Для оценки функции внешнего дыхания (ФВД) в кабинетах функциональной диагностики используется, как правило, только спирография. Однако сужение дистальных дыхательных путей, с которого начинается поражение респираторной системы при курении, может не диагностироваться спирографически. Клинически значимые признаки бронхиальной обструкции появляются обычно при курении более 10 лет.

Цель. Изучение особенностей ФВД у курящих студентов.

Задачи. Изучение показателей спирографии и капноволлюмометрии у курящих и некурящих студентов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 24 практически здоровых студента медицинского университета: 12 курящих и 12 некурящих. Испытуемые были мужского пола, средний возраст – 20 лет; стаж курения – $3,4 \pm 1,8$ года; количество выкуриваемых в день сигарет – $14,2 \pm 6,7$. Обязательным условием включения в исследование было наличие письменного информированного согласия. Исследование ФВД проводилось с помощью ультразвукового компьютерного спирографа SpiroScout (Ganshorn, Германия), оснащенного функцией капноволлюмометрии (объемной капнографии). Изучались следующие спирометрические показатели: ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, индекс Тиффно, МОС25, МОС50 и МОС75. Капноволлюмометрия – это метод измерения и графического отображения концентрации CO_2 в выдыхаемом воздухе, при котором исследуется зависимость концентрации CO_2 от объема выдыхаемого воздуха. Капнографическая кривая включает 4 фазы. 1 фаза отражает вентиляцию анатомического мертвого пространства, воздух которого практически не со-

держаций CO₂. Во 2 фазу в анализатор поступает смешанный воздух из воздухоносных путей и респираторной зоны легких; отмечается крутой подъем концентрации CO₂. 3 фаза – альвеолярное плато – регистрируется при поступлении в анализатор воздуха из альвеол. 4 фаза – объем закрытия; подъем концентрации CO₂ связан с закрытием воздухоносных путей в области оснований легких и преимущественным опустошением верхушечных участков. Капнограмму регистрировали при спокойном дыхании испытуемого в трубку прибора; анализировали следующие показатели: наклон 2 фазы (dMM/dV₂), наклон 3 фазы (dMM/dV₃), угол α . Статистическую обработку результатов выполняли с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 10 (StatSoft Inc., США). Учитывали вид распределения изучаемых признаков; для анализа использовали параметрические методы. За критический уровень статистической значимости принимали $p=0,05$.

Результаты и обсуждение. Показатели спирометрии соответствовали норме у испытуемых обеих групп; однако у курящих студентов ФЖЕЛ, ОФВ1, индекс Тиффно, МОС25, МОС50 и МОС75 были несколько ниже, чем у некурящих. Статистически значимым оказалось различие индекса Тиффно: у курящих он составил $76,3\pm 4,8\%$, у некурящих – $82,5\pm 4,4\%$ ($p=0,01$). При анализе показателей капнограммы выявлено следующее: dMM/dV₂ составил у курящих $2,25\pm 0,91$ г*моль/л, у некурящих – $2,47\pm 0,63$ г*моль/л ($p=0,32$); dMM/dV₃ – $0,11\pm 0,08$ г*моль/л и $0,08\pm 0,02$ г*моль/л соответственно ($p=0,22$). Таким образом, наклон 2 фазы капнограммы был у курящих меньше, чем у некурящих, а наклон 3 фазы больше (различия статистически не значимы). Интегральным показателем подобных изменений является угол α – угол между 2 и 3 фазами капнограммы; у курящих он составил $125,3\pm 12,6^\circ$, у некурящих – $117,8\pm 4,6^\circ$ ($p=0,04$). Подобные изменения, также как и снижение индекса Тиффно, характерны для обструктивных нарушений вентиляции. Изменения показателей спирографии и капноволлюметрии у курильщиков, на наш взгляд, закономерны. Хорошо известно, что курение является одной из причин развития хронической обструктивной болезни легких. Обструкция воздухоносных путей приводит к уменьшению скорости воздушного потока. При спирографии у таких пациентов регистрируется снижение скоростных показателей. Обструкция воздухоносных путей у курильщиков способствует неравномерной вентиляции легких: участки с более выраженной обструкцией вентилируются хуже тех отделов легких, в которых обструкция менее выражена. Подобные изменения отражаются на капнограмме в виде изменения наклона альвеолярного плато и увеличения угла α .

Выводы. Исследование ФВД с помощью капноволлюметрии позволяет выявить некоторые особенности, характерные для курильщиков даже с небольшим стажем курения. Угол α объемной капнограммы у курящих студентов больше, чем у некурящих, что, вероятно, отражает тенденцию к формированию обструкции мелких бронхов.

Физиологическая стоимость как фактор результативности целенаправленной когнитивной деятельности

Кулагин П.А., 5 курс, медико-профилактический факультет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Трутнева Е.А.

Введение. Результативность деятельности специалистов зависит от их личностных психофизиологических особенностей, функционального состояния, эне-

гообеспеченности процессов, а также от мотивационного статуса. Важной характеристикой целенаправленного поведения является не только показатель его результативности, но и физиологическая стоимость.

Цель. Выявление значения физиологической стоимости целенаправленной когнитивной деятельности человека в формировании неодинаковой ее результативности.

Материалы и методы. Объектами исследования стали студенты 2-4 курсов РязГМУ в количестве 30 человек в возрасте от 19 до 22 лет. На первом этапе исследования проводилась оценка личностных психологических особенностей испытуемых (программа для психодинамического исследования «НС – Психотест»). На втором этапе проводилась оценка напряженности регуляторных систем (программно-аппаратный комплекс «Варикард v2.8») и уровня энергозатрат организма (система «Biorac Student Lab PRO v3.7.3») в исходном состоянии и во время когнитивной деятельности. Для моделирования целенаправленной когнитивной деятельности использовался тест «Количественные отношения».

Математико-статистическая обработка данных осуществлялась с помощью табличного процессора Microsoft Office Excel 2013 и программного пакета для статистического анализа Statistica 10.

Результаты и их обсуждение. На основании цели исследования все испытуемые были разделены на 2 группы: «успешные» и «неуспешные». Основным критерием деления являлась результативность когнитивной деятельности при решении теста «Количественные отношения».

Были выявлены различия в ряде показателей психофизиологических характеристик у групп испытуемых. По показателям напряженности регуляторных систем и энергозатрат организма достоверных групповых различий выявлено не было.

Был проведен корреляционный анализ между показателями психофизиологических характеристик и результативности когнитивной деятельности, а также между показателями напряженности регуляторных систем, показателями, характеризующими энергозатраты организма и результативности когнитивной деятельности. Были построены корреляционные плеяды, отражающие взаимосвязи между данными показателями. Отмечено, что группа «неуспешных» испытуемых характеризуется значительно большим числом корреляционных связей.

Выводы. Различия в системной организации целенаправленной деятельности испытуемых с различной успешностью, отражаются не столько и не сколько в среднегрупповых статистических показателях энергетического обмена и вариабельности сердечного ритма, сколько в характере корреляционной взаимосвязи между этими показателями. Группа испытуемых, решающих когнитивные задачи с высокой результативностью характеризуется более низкой «нагруженностью» корреляционной плеяды, что может свидетельствовать о более высокой эффективности их деятельности.

Ситуация по кори 2019

Наумова И.В., Рогова П.А., Ровная П.А., 5 курс, педиатрический факультет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Карасева Е.А.

Введение. Ситуация по кори в мире, в том числе в странах Европы, уже третий год остается неблагоприятной. В более 80% стран Европы зарегистрированы случаи кори. Такую пугающую тенденцию связывают со снижением общемирового уровня вакцинации до 78%, вместо требуемых 90-95%. Большинство заболевших – дети, 90% из которых не были привиты от кори. Основной причиной считается – рост отказов от прививок.

Цель. Изучить эпидемическую ситуацию по кори в Рязани на 2019 год.

Задачи. Определить возможные причины возвращения кори в Рязани; 2. Оценить настроенность на прививочную кампанию среди населения Рязани; 3. Предложить варианты улучшения прививочной кампании против кори.

Материалы и методы. Годовые статистические и аналитические отчеты, анкеты с результатами опроса.

Результаты и их обсуждение. По данным Роспотребнадзора Рязанской области на 20.02.2019г. корью заболел 51 человек. В основном это не привитые взрослые и дети. Дети в структуре заболевших составили 87%. При проведении анкетирования о вакцинопрофилактике среди взрослого населения: родители (52 человека) и студенты РязГМУ (50 чел.). В ходе опроса было выявлено, что среди родителей 15% прививают своего ребенка частично, либо не прививают. Основными причинами являются медицинский отвод или отказ. Причинами отказа указывали негативные отношения к прививкам и часто болеющий ребенок. Основную информацию о вакцинопрофилактике большая часть (73%) опрошенных получает из интернета. 8% респондентов считает, что корь неопасна для их детей.

В ходе опроса студентов было выявлено что 10% негативно относятся к вакцинации, 40% из них категорически отказываются от вакцинации, 30% считают, что осложнения и тяжелые последствия чаще бывают после прививки. 26% респондентов не собираются в дальнейшем защищать себя и своих детей от инфекционных заболеваний путем проведения прививок.

Выводы. Причина возникновения вспышки кори в Рязани – увеличение количества непривитых граждан, что подтверждается результатами анкетирования – около 20% опрошенных не вакцинированы и не желают делать прививки своим детям. Для улучшения проведения кампаний по вакцинациям – необходимо улучшать информированность населения об управляемых инфекциях в рамках проведения санпросвет работы, открытия школ – профилактики, активной позиции медицинских работников в соц. сетях и Интернете. Увеличивать количество медицинских студентов, настроенных на активную профилактику управляемых инфекций.

Исследование влияний профилактических прививок на заболеваемость гриппом

Ратникова В.И., Сосновская В.Д., 1 курс, медико-профилактический факультет
Научный руководитель: старший преподаватель Дорошина Н.В.

Введение. В настоящее время заболеваемость гриппом имеет серьезные масштабы. Одной из профилактических целей является вакцинация населения. К этой мере не все относятся однозначно, поэтому проблема вакцинации в России с каждым годом становится все «острее». Недооценка важности вакцин и вакцинопрофилактики неминуемо ведут к подъему инфекционной заболеваемости. Мы попытались исследовать влияние профилактических прививок на заболеваемость гриппом.

В качестве исходных данных взята готовая информация одной из московских поликлиник. Вакцинация происходила в октябре-ноябре 2018 года. Из оригинальных источников подлежало прививкам 1740 человек. Из них привилось 650 человек, среди привитых заболело 150 человек (в легкой форме). Не привито 1090 человек. Их них заболело – 811, причем 400 в легкой форме (без больничного листа), 361 – средней тяжести, остальные – тяжелая форма, один случай с летальным исходом.

Из этих данных следует, что прививается примерно третья часть населения. Среди привитых людей 23% перенесло заболевание в легкой форме. Среди не привитых заболело 74%. При этом заболевание имело разные формы тяжести (49% – в легкой форме, 45% – средней тяжести, 6% – с осложнениями). Таким образом, получаем, что привитых и заболевших гораздо меньше, чем не привитых и заболевших. Поэтому, можно предположить, что вакцинация предупреждает болезнь или делает ее легко переносимой.

Для проверки нашего предположения об эффективности профилактических прививок от гриппа применен статистический метод хи-квадрат для сопряженных таблиц. Доказано, что различия в данных о количестве заболевших без вакцинации и с вакцинацией статистически значимы ($p < 0,01$). Таким образом, наши исследования показали, что прививки имеют положительный эффект.

Выводы. Таким образом, максимальный охват населения прививками позволит добиться значимого снижения распространения инфекционных заболеваний. Но у процесса вакцинации должен быть исключительно индивидуальный подход.

Сезонные изменения качества воды р. Оки, выявленные методом интегральной оценки

Ворошилина И.Е., Соколовская А.В., Шаров А.А.,
5, 6 курс, медико-профилактический факультет
Научные руководители: к.пед.н., доцент Дмитриева М.Н.,
к.м.н., старший преподаватель Карасева Н.И.

Введение. Факторы, влияющие на качество воды водоисточника, можно разделить на естественные и техногенные. Данные факторы включают целый ряд показателей, которые имеют разную степень влияния на качество потребляемой воды. При этом степень влияния указанных показателей постоянно изменяется в

течение года вследствие сезонных изменений и сопровождающих их природных явлений (паводки, дожди, УФ радиация), а также антропогенных воздействий (сброс хозяйственно-бытовых, промышленных сточных вод, судоходство, добыча полезных ископаемых, поверхностного стока и др.). В нашей работе мы дали характеристику качества воды р. Оки, являющейся основным источником хозяйственно-питьевого водоснабжения города Рязани с численностью населения более полумиллиона человек.

Цель. Выявление сезонных изменений качества воды р. Оки методом интегральной оценки.

Материал и методы. в исследовании были использованы данные о загрязненности воды р. Оки за 2015-2017 гг., предоставленные МП «Водоканал» г. Рязани. Для обработки и анализа данных был применен метод интегральной оценки, разработанный австрийским ученым Дельфи. Данный метод позволяет практически в одной цифре выразить всю совокупность характеристик качества воды, причем не простым арифметическим суммированием показателей, а с учетом значения каждого из них для здоровья человека. Результаты обработаны с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты исследования. по результатам исследования было выявлено, что значительное отрицательное влияние на качество воды было оказано в весенний период (66,9 %).

Наибольший вклад в интегральный показатель вносят микробиологические и неканцерогенные вещества 1, 2 класса опасности с санитарно-токсикологическим лимитирующим показателем вредности (алюминий, бор, никель, нитриты, стронций, фториды, барий, формальдегид, кобальт, литий).

В весенний период наблюдалось пиковое увеличение индекса качества воды (33,4) по сравнению с другими сезонами (27,2 зимой, 23,3 летом и 24,7 осенью). Кроме того, имело место снижение значения индекса сезонности с 27,2 в 2015 г. до 23,8 в 2017 г.

Выводы. Состав воды реки Оки имеет сезонные колебания в течение года. В весенний период увеличивается нагрузка на самоочищение воды. Необходимо проведение подготовительных мероприятий на станциях водоочистки. Следует разработать методики выбора реагентных режимов обработки воды с учетом приоритетных показателей, вклад которых в качество воды наиболее выражен. Необходимо усилить контроль над технологическими режимами водоподготовки. Несмотря на это, мы проследили снижение загрязнения и загрязняемости воды, а также улучшение самоочищающих свойств водоема.

Охват вакцинацией против гриппа и пневмококка больных ревматоидным артритом г Рязань

Терехина А.И., Лазуткина Ю.Г., 5 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Лыгина Е.В.

Актуальность. В основе воспаления при ревматоидном артрите лежит неправильная работа иммунной системы, клетки которой начинают вырабатывать провоспалительные цитокины, вызывающие воспалительную реакцию. В результате формируется самоподдерживающийся постоянно текущий воспалительный

процесс. Основная цель фармакотерапии ревматоидного артрита – достижение ремиссии или низкой активности заболевания путем подавления иммунитета (иммуносупрессивное действие).

Основное место в лечении занимают базисные препараты: синтетические базисные противовоспалительные препараты, генно-инженерные биологически активные препараты. В следствие этого больные ревматоидным артритом, на фоне терапии, наиболее подвержены присоединению инфекционных заболеваний, которые развиваются в 1,5-3 раза чаще по сравнению с популяцией, встречаются у 8-33% пациентов и являются одной из причин смерти этих больных. По разным данным, смертность от инфекции при ревматоидном артрите достигает 13-36%. В структуре инфекционных осложнений среди больных ревматоидными заболеваниями лидирующее место занимают пневмонии, на долю которых приходится 22-67% случаев. В связи с этим вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции имеет важное значение в ведении больных ревматоидным артритом, в том числе получающих терапию базисными препаратами. Одним из основных противопоказаний к вакцинации от гриппа и пневмококковой инфекции является обострение хронического заболевания, но сам ревматоидный артрит противопоказанием не является. В связи с этим пациентам можно проводить вакцинацию в стадии ремиссии или при низкой активности заболевания.

Цель. Оценить охват вакцинацией против гриппа и пневмококка больных ревматоидным артритом г. Рязань.

Материалы и методы. Анкетирование пациентов с ревматоидным артритом посредством телефонного контакта.

Результаты. В анкетировании приняли участие 41 человек, 90,2% составили женщины, 9,8% – мужчины. Средний возраст пациентов – 55,7 лет. Длительность проявления первых симптомов ревматоидного артрита составила 12 лет, а длительность установленного диагноза ревматоидный артрит – в среднем 10 лет. Большинство пациентов имели сопутствующие заболевания. Аллергические реакции имели 17 из анкетированных больных. О проведении вакцинации от гриппа и пневмонии знали 95% опрошенных. Из них 25 человек узнали о СМИ и лишь 14 от лечащего врача, который предложил им пройти вакцинацию. Из этих 14 согласилось только 5. Среди оставшихся согласились бы на проведение вакцинации, если бы таковая была им предложена, всего 6 человек. Основными причинами отказа были опасения осложнений, мнение о вредности вакцин, запрет лечащего врача, плохое самочувствие. В итоге всего 6 человек из 41 сделали прививку от гриппа, 4 человека в 2018, один в 2016 и один в 2014. И лишь только один знал о проведении вакцинации от пневмококка. Из 6 больных, сделавших прививку от гриппа, у 2 возникли осложнения в виде обострения ревматоидного артрита. Среди анкетированных больных паспорт прививок имели 7 человек.

Выводы. Полученные в ходе пилотного исследования данные свидетельствуют о том, что информированность пациентов РА о проводимой вакцинации от гриппа и пневмококковой инфекции является низкой. Проведение вакцинации для профилактики гриппа у больных РА является крайне низкой.

Факторы риска ССЗ у студентов Рязанских вузов

Гохин Е.В., 6 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Добрынина Н.В.

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) лидируют среди причин смерти населения Российской Федерации. В их основе лежат факторы риска (ФР), которые начинают формироваться в молодом возрасте.

Цель. Оценить ФР ССЗ у студентов Рязанских вузов и наметить пути их возможной коррекции.

Материалы и методы. Нами опрошены с помощью специально разработанной структурированной анкеты студенты нескольких Рязанских вузов. Всего 271 человек: мужчин 41%, женщин 59%, средний возраст 20,6 лет.

Результаты и их обсуждение. Из числа опрошенных курили (в среднем 5,5 сигарет в день). всего 17%, но отмечалось большое количество курящих девушек – 14,2%.

Употребляют алкоголь, как правило не чаще 1-2 раз в месяц или по праздникам – 40,6% опрошенных.

Знали об отягченной наследственности по ССЗ 15,9% опрошенных, не знали о своей наследственности – 17,5%, не имели отягченной наследственности 69,2% студентов. При этом среди знавших о своей отягченной наследственности у 25% родственники страдали артериальной гипертензией, начавшейся в молодом возрасте (44-55 лет)

Отмечалась довольно редкая заболеваемость среди самих студентов: в единичных случаях отмечались заболевания щитовидной железой, пролапс митрального клапана, хронический пиелонефрит.

Более 90% студентов занимается спортом при этом каждый 3 занимается упражнениями на набор мышечной массы, что является дополнительным фактором риска ССЗ. Основная масса опрошенных ответили, что ходят более 3,5 км в день.

При анализе особенностей питания выявлено, что менее 30% студентов употребляют достаточное количество овощей и фруктов, при этом большая часть рационально питающихся было отмечено в РязГМУ. Более 50% отметили, что любят соленую пищу, но не досаливают ее в тарелке. Умеренно употребляю сладкую пищу всего 15% студентов.

Большинство студентов испытывает стресс (в одном из его проявлений – 28,75% в двух и более проявлениях 59,25%). При этом наиболее стрессоустойчивыми являются хорошисты и отличники, которым легко дается учеба.

Студентов, имеющих избыточную массу тела. ожирение 1 и 2 степеней среди опрошенных выявлено 20%.

Не знающих свой уровень АД, глюкозы, холестерина оказалось 51%, 36% и 47% соответственно. Большая часть осведомленных – студенты РязГМУ.

Выводы. У студентов различных Рязанских вузов достаточно часто выявляются все категории факторов риска ССЗ, при этом имеет место малая осведомленность, а возможно и отсутствие желания знать о наличии ФР. Самым важным элементом на пути профилактики ССЗ является, по нашему мнению, информированность о факторах риска у молодых людей и их связь с развитием ССЗ.

Прогнозирование эффективности хирургического лечения при болевых синдромах в нижней части спины

Курданов М.А., 6 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: д.м.н., доцент Зорин Р.А.

Актуальность. По результатам эпидемиологического исследования, которое включало опрос более 46 тыс. жителей разных стран Европы и Израиля, хронической болью в спине (без уточнения локализации) страдают 24% населения, болью в поясничной области – 18%, болью в шее – 8%.

По данным эпидемиологического испытания, проведенного в городской поликлинике г. Москвы, из 1300 первичных пациентов, обратившихся за амбулаторной медицинской помощью, у 24,9% основной причиной обращения была боль в пояснично-крестцовой области.

Цель. Возможности прогнозирования эффективности нейрохирургического лечения поясничного остеохондроза на основе определения доминирующего компонента болевого синдрома (мышечно-тонического или компрессионного нейрогенного).

Материалы и методы. Записано 5 человек в НХО по поводу грыжи дисков L5-S1, L4-L5 до операции. В качестве метода использовалась ЭНМГ, а именно:

1. Исследование моторного проведения по глубокому малоберцовому нерву.
2. Исследование проведения по сенсорным волокнам глубокого малоберцового нерва
3. Исследование моторного проведения большеберцового нерва
4. Исследование F-ответа большеберцового нерва
5. Исследование H-ответа большеберцового нерва

Клинический случай. Мужчина 40 лет, водитель, боли в пояснице и по задней поверхности ноги, в настоящее время преимущественно в ягодичной области; боль по ВАШ до операции максимальная 8 баллов, средняя 5 баллов

Неврологический статус:

Парезов сгибателей и разгибателей стопы не выявлено. Сенсорные выпадения: по Total symptom score (TSS) парестезии нечёткие в зоне дерматома S1 слева, непостоянные – 1 балл. Симптом Ласега слева около 30 градусов. Положительный симптом Бонне-Борбровниковой слева. Сухожильные рефлексы незначительное снижение слева. Умеренный дефанс паравертебральных мышц в пояснице.

Результаты. На основе нейрофизиологических данных нарушений не выявлено. Прогноз по ИНС для распределения пациентов на группы с рефлекторными и корешковыми синдромами. Пациент относится к группе 2 – рефлекторный синдром. Было проведено оперативное лечение 23.10.18 – интерламинэктомия, удаление грыжи диска. В послеоперационном периоде боль в ноге 0 баллов.

Неврологический статус без очаговых выпадений. Определяется высокая эффективность оперативного лечения.

Несмотря на преобладание у данного пациента именно мышечно-тонического механизма болевого синдрома, оперативное лечение оказалось ус-

пешным, так как раздражение с корешка было убрано, что привело к снятию рефлекторного спазма грушевидной мышцы.

Выводы. Сложность и многокомпонентность болевого синдрома при дорсопатиях. Необходимость комплексной оценки различных компонентов болевого синдрома. Несмотря на преобладание у данного пациента именно мышечно-тонического механизма болевого синдрома, оперативное лечение оказалось успешным, так как раздражение с корешка было убрано, что привело к снятию рефлекторного спазма грушевидной мышцы.

Настоящее и будущее в терапии болезни Альцгеймера

Жилова Я.Н., 4 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Шитов Е.А.

Цель. Найти и обобщить актуальную информацию о наиболее перспективных методах терапии болезни Альцгеймера.

Результаты. Болезнь Альцгеймера является самым распространенным видом деменции. В настоящее время не существует метода лечения, который способен предотвратить прогрессирование данного недуга. На современном этапе существуют следующие направления терапии БА: патогенетическое, нейротрофическое и терапия ППСД. Патогенетическая терапия, описанная в последних клинических рекомендациях, не охватывает всех механизмов патогенеза БА, но ведется поиск новых мишеней. Новые подходы к терапии БА главным образом направлены на:

- предотвращение аккумуляции в мозге патологических белков;
- купирование патологической синаптической передачи;
- блокирование сигнальных путей, активирующих токсичность А β – олигомеров.

Предотвращение аккумуляции в мозге патологических белков может осуществляться двумя способами:

- 1) за счет снижения продукции А β ;
- 2) за счет повышения клиренса А β .

Купирование патологической синаптической передачи можно выполнить с помощью ингибиторов, связывающихся с двумя сайтами связывания ацетилхолинэстеразы: алкалоидов лекарственных растений, производных такрина, PMS777.

Блокирование сигнальных путей, активирующих токсичность А β – олигомеров с помощью ингибиторов киназа-3-гликогенсинтазы (например, одновалентного катиона лития).

В настоящее время в дополнение к традиционным методам лекарственных стратегий используются новые подходы, в том числе методы вакцинации, стимуляции нейрогенеза и синаптогенеза.

Выводы. Несмотря на выраженный прогресс в поиске новых способов предотвращения прогрессирования БА, проблема остается нерешенной. Требуется поиск новых мишеней для эффективной фармакотерапии.

Психологические особенности подростков, страдающих гастроэнтерологическими заболеваниями

Соловьева А.В., 5 курс, педиатрический факультет

Научные руководители: к.м.н., доцент Шитов Е.А.В., к.м.н., доцент Гудков Р.А., к.м.н., ассистент Федотов И.А.

Актуальность. Взаимосвязь между психологическим статусом, моделью семейных отношений подростков и заболеваниями ЖКТ была продемонстрирована в различных исследованиях. Что дало основу для психотерапевтической практики. Однако, вопросы, касающиеся пищевого поведения, образа собственного тела, у данной группы, на наш взгляд, раскрыты недостаточно.

Цель. Выявление особенностей отношения к собственному телу, уровня депрессии, алекситимии и ангедонии у подростков с функциональной диспепсией. Детальный анализ особенностей пищевого поведения

Материалы и методы. Нами было опрошено 54 подростка в возрасте от 15 до 17 лет. Исследуемая группа состояла из 27 человек (средний возраст 16,1). Все они проходили лечение по поводу функциональной диспепсии в педиатрических отделениях ОДКБ им. Дмитриевой и ГКБ №11 за период с октября 2018 по февраль 2019 года. 16 имели соматический диагноз – гастрит, 9 – гастродуоденит, 3 – дисфагия. В группу контроля вошли 27 учеников общеобразовательной школы города Рязани. Все участники относились к группе здоровья 2. Средний возраст респондентов (16,4).

Нами использовались следующие методики: Клиническое интервью; Опросник образа собственного тела (Скугаревский О.А. и др., 2006); Шкала оценки пищевого поведения (EDI) (Ильчик О.А. и др., 2011); Торонтская шкала алекситимии (Старостина Е.Г. и др., 2010); Методика диагностики социальной ангедонии (RSAS) (Рычкова О.В. и др., 2016); Подростковый вариант шкалы депрессии Бека. Обработка полученных данных проводилась в SPSS Statistics.

Результаты и их обсуждение. Для выявления соотношения между двумя независимыми выборками мы применяли непараметрический критерий Манна-Уитни. Показатели по шкалам шкалы пищевого поведения не показали статистически значимых различий между группами. Средние показатели по шкале Алекситимии были выше в исследуемой группе. Однако, статистически значимое отличие было выявлено между группами по шкале социальной ангедонии. Показатель в исследуемой группе составил 16,4 при нормативном <14. Группа контроля же продемонстрировала 12.

Для того, чтобы выявить взаимосвязь этого показателя с другими шкалами, мы провели корреляционный анализ по Спирману. Значимая корреляция (0,5) была показана с ТША. Таким образом, можно предположить наличие некоего «ангедонистического фенотипа» и рассмотреть ангедонию, как независимую личностную черту подростков страдающих функциональной диспепсией. Однако не стоит нивелировать те гастроэнтерологические симптомы, сопровождающие заболевания (отрыжка, диарея и т.д.), которые могут нарушать социальное взаимодействие. То есть, оставить место для соматоформного компонента в формировании данного паттерна.

Выводы. Согласно полученным данным мы не выявили существенных различий между подростками страдающих функциональной диспепсией и группой контроля по образу собственного тела и пищевому поведению. Повышенный уро-

вень социальной ангедонии, который корреляционно связан с алекситимией, у исследовательской группы является интересной находкой для будущего научного поиска и психотерапевтической работы.

Выявление характеристик, определяющих гетерогенность течения острого периода нетравматических супратенториальных гематом

Зайцев А.Д., 4 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: д.м.н., доцент Зорин Р.А.

Введение. Изучение гетерогенности течения острого периода нетравматических супратенториальных кровоизлияний имеет теоретический и практический интерес. Оно во многом определяет последующий уровень инвалидизации, вероятность развития осложнений и летальность. Предикторы течения могут быть выявлены методами статистической обработки совокупности различных показателей, характеризующих состояние пациентов с нетравматическими гематомами, например: дискриминантный анализ, кластерный анализ, нейронные сети Кохонена. Кроме того, относительно перспективным методом могут являться деревья классификации и регрессии.

Материалы и методы. В работу включено 30 пациентов в остром периоде полушарного геморрагического инсульта (15 мужчин и 15 женщин), средний возраст обследуемых – 68,5 лет. Проводилась оценка состояния пациентов по шкале NIHSS и шкале комы Глазго. NIHSS (шкала американского национального института здоровья) используется для оценки неврологического статуса больных с ишемическим инсультом. В сумме от 0 до 60 баллов. Шкала комы Глазго используется для оценки степени нарушения сознания и комы, от 0 до 15 баллов. Анализируются показатели РКТ (латерализация и объём гематом). Обработка статистических данных проводилась при помощи программы Statistica. Предварительно группа пациентов разделена на 2 подгруппы: 1) относительно благоприятный прогноз: регресс или стабильность симптоматики; отсутствие грубых нарушений сознания, 2) неблагоприятный прогноз: гибель пациентов, нарастание симптоматики, грубые нарушения сознания.

Результаты. Изначально группа пациентов разбивается на 2 подгруппы на основании объёма гематомы: объём гематомы более 45 мл соответствует неблагоприятному прогнозу, менее 45 мл – благоприятному. При объёме менее 45 мл имеет значение количество баллов по шкале NIHSS: более 12 соответствует неблагоприятному прогнозу, менее 12 – благоприятному.

Примеры. Пациентка В., 68 лет; по шкале NIHSS 23 бала: кома 1-2; левосторонняя гемиплегия/парез взора влево; объём гематомы 70 мл; субкортикальная, вентрикулярная. Прогноз неблагоприятный – произошла гибель пациентки на 4 сутки. Пациент И.; по шкале NIHSS 7 баллов: сознание ясное; объём гематомы 2 мл; правосторонняя, латеральная. Благоприятный прогноз – наблюдалось стабильное состояние, грубые нарушения сознания отсутствовали.

Выводы. Были определены возможные критерии разделения пациентов с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями на группы и тем самым прогнозирования исходов. Кроме того, выявленные критерии соответствуют критериям установления показаний к хирургическому лечению.

Ранние методы диагностики онкозаболеваний в челюстно-лицевой области

Маршуба Л.О., 5 курс, стоматологический факультет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Филимонова Л.Б.

Цель. Изучение методик ранней диагностики онкологических заболеваний в стоматологической практике.

Задачи:

1. Изучить такие методы скрининговой диагностики как люминесцентное исследование, система «Визилайт плюс» с «ТиБлю», а также аппарат «АФС».
2. Выявить эффективность каждого метода исследования.

Материалы и методы. Проведение люминесцентного исследования с помощью лампы Вуда; использование системы «Визилайт плюс» с «ТиБлю»; применение аппарата «АФС».

Результаты и их обсуждение. При люминесцентном исследовании у двух пациентов отмечалась здоровая слизистая оболочка, которая отсвечивала бледным синевато-фиолетовым цветом. У одного пациента выявлен кератоз, что подтверждало свечение с желтоватым оттенком средней интенсивности. При использовании системы «Визилайт Плюс» в стоматологической поликлинике Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова все (3) веррукозные изменения СОР высвечивались ярко белым цветом, с четкими контурами, явно обозначающими участки, отличные от окружающего их здорового эпителия. При последующем применении красителя TBlue у 2 пациентов отмечалось прокрашивание патологических очагов в синий цвет, у 1 – в голубой. При применении аппарата «АФС» у 9 пациентов была выявлена лейкоплакия, которая подтверждается свечением в виде темных участков с неровными краями. В одном из случаев обнаружен рецидив рака в области угла рта. В другом случае обнаружена травматическая язва с красным свечением. При применении методов скрининговой диагностики в группе пациентов с эпителиальными карциномами было установлено, что все тестируемые методы были одинаково эффективны, и патологические очаги СОР были выявлены у всех 7 пациентов. Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что ранняя диагностика предраковых и раковых заболеваний СОР в настоящее время весьма актуальна, что обусловлено широким распространением данной патологии, ее малосимптомным течением и неспецифическими внешними проявлениями.

Выводы. По проведенным исследованиям выявлено, что люминесцентное исследование, система «Визилайт плюс» и аппарат «АФС», позволяют провести раннюю диагностику злокачественных новообразований, тем самым предотвратить развитие опасного заболевания. Результаты проведенного исследования позволяют прийти к выводу о том, что способствовать решению данной проблемы должна онкологическая настороженность стоматологов.

Современные методы диагностики интраорального галитоза

Таратынова М.С., 5 курс, стоматологический факультет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Межевикина Г.С.

Введение. Галитоз, или халитоз (озостомия, стоматодисодия)- полиэтиологическое заболевание, со сложной патогенетической структурой, широко распространенное среди взрослого населения, влияющее на степень социальной активности, проявляющееся в виде неприятного запаха изо рта. По данным исследований интраоральный галитоз составляет 85-90%, экстраоральный – 10-15%. В основе патогенеза лежат биохимические реакции, преобразующие белки остатков пищи в летучие серосодержащие соединения. Они не только создают неприятный запах и вкус, но и они токсичны для тканей пародонта.

Задачи. Определить наиболее мобильный метод диагностики. Цель исследования: на основании данных литературы изучить современные методы диагностики галитоза.

Материалы и методы. К субъективным методам относят:

- 1) Оценка выдыхаемого воздуха через нос;
- 2) Тест с салфеткой на спинке языка;
- 3) Оценка цвета и запах зубной нити;
- 4) Тест на собственном запястье;
- 5) Органолептическая метод, проводящийся экспертом-профессионалом.

Следует секунды через рот выдыхать в трубку воздух, идентифицируемый доктором по шкале. Оценивается налёт с языка, выдыхаемый воздух, запах и цвет зубной нити, а так же оценка запаха слюны после инкубирования. Метод хорош тем, что:

- 1) дает интегральную информацию о запахе дыхания пациента;
- 2) не требует специального оборудования;
- 3) часто применяется в клинике.

Отрицательным же является:

- 1) негативное восприятие метода пациентом;
- 2) субъективность мнения эксперта.

Объективные методы диагностики. Сульфидный мониторинг галиметрами Dr. Etiquette и Breath Alert, которые оценивают общую концентрацию ЛСС. Принцип работы основан на использовании полупроводникового газового сенсора. Метод успешен, не требует специального обучения, обладает мобильностью и низкой стоимостью. Недостаток в том, что нет дифференциации ЛСС.

Газовая хроматография прибором «Oral Chroma» делает полный количественный анализ содержания ЛСС минимальных концентраций. Выдыхаемый воздух отбирается специальным шприцом и вводится в анализатор.

Отрицательные стороны:

- 1) высокая стоимость;
- 2) обучение персонала.

Вывод. Существует достаточно много методов диагностики интраорального галитоза, однако идеального метода нет, что мотивирует к дальнейшему изучению данной проблемы и поиску более эффективных способов.

Варианты использования коффердама в практической стоматологии

Таратынова М.С., Седнев А.А., 5 курс, стоматологический факультет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Межевикина Г. С.

Введение. Использование коффердама в стоматологии в первую очередь связано с необходимостью качественной изоляции рабочего поля. Однако применение коффердама в качестве лишь изоляции не отражает реальные возможности данного материала в практике.

Цель. Наглядное предоставление методик использования латексного и жидкого коффердама.

Задачи. Работа направлена на подготовку студентов к использованию этой системы, закрепление знаний уже квалифицированных работников, а также на формирование интереса к дальнейшему развитию методик применения этого элемента в стоматологии.

Материалы и методы. Коффердам, щипцы, перфоратор, шаблон, рамка, кламмера, зубная нить, жидкий коффердам, материалы для реставрации, тефлоновая лента.

Результаты и их обсуждение. Техника №1: устанавливаем платок на зуб, щипцами накладываем кламп. Техника №2: сначала устанавливаем кламп, на него накладываем коффердам, далее с помощью гладилки расправляем коффердам под крылья клампа. Техника №3: надеваем коффердам на дугу клампа. Сворачиваем коффердам, накладываем кламп на зуб, с помощью гладилки расправляем коффердам под крылья клампа. Техника №4: платок надеваем на крылья ранее установленного клампа. Расправляем коффердам под крылья клампа. Техника №5: накладываем коффердам на зуб. В отверстия для щипцов продеваем зубную нить одним концом снаружи клампа, другим изнутри. Клампы накладываем на зуб. Нить натягивается, расправляем коффердам в дистальном зубном промежутке. Внутренний конец нити продевается под крылом клампа через дистальный зубной промежуток наружу. Далее этот же конец продевается через наружное крыло клампа и через дугу соединяется с наружным концом нити. Метод обеспечивает лучшую устойчивость клампа. Так же можно сформировать индивидуальный матричный фиксатор. На удерживающие части фиксатора наносится жидкий коффердам, создавая отпечаток окружающих элементов с помощью жидкого коффердама создают индивидуальный окклюзионный ключ. Перед препарированием боковой группы зубов из жидкого коффердама изготавливается отпечаток окклюзионной поверхности. На последнем этапе реставрации переносятся контуры фиссур через тефлоновую ленту.

Выводы. На практике мы разобрали техники наложения коффердама, обучились их применению и попытались доступно объяснить и наглядно показать результаты. Так же мы пришли к выводу, что дальнейшая разработка новых методов применения и модифицирования уже имеющихся – перспективная задача.

Корреляция окклюзии и жевательной эффективности на примере интактных зубных рядов

Куликова А.В., Александрова Е.Н., Гуркин Р.Б.,
4 курс, стоматологический факультет
Научный руководитель: ассистент Васильева Т. А.

Цель. Выявление связи между окклюзионным взаимоотношением челюстей и жевательной эффективностью (на примере интактных зубных рядов студентов РязГМУ).

Задачи:

1. Изучить признаки идеальной окклюзии по Хватовой.
2. Рассчитать индексы окклюдодиаграмм студентов РязГМУ и определить их соответствие индексу идеального ортогнатического прикуса.
3. Определить жевательную эффективность студентов РязГМУ методом ЭВМ (система МАТ-ВLAD).
4. Выявить корреляцию эффективности жевания и окклюзионных взаимоотношений.

Материалы и методы. Анализ литературных источников. Использование системы МАТ-ВLAD. Практическая работа со студентами РязГМУ.

Результаты и их обсуждение. Изучив признаки идеальной окклюзии по Хватовой, мы рассчитали индексы окклюдодиаграмм группы студентов РязГМУ и определили их соответствие идеальному прикусу. Для ортогнатического прикуса индекс окклюдодиаграммы=100%. Меньшее значение индекса свидетельствует о неравномерной нагрузке и наличии супраконтактов. После чего используя оригинальную систему МАТ-ВLAD для определения жевательной эффективности проследили зависимость эффективности жевания от окклюзии зубных рядов. В ходе работы мы выявили корреляцию эффективности жевания и окклюзионных взаимоотношений. Чем ближе окклюзия к идеальной, тем выше значение жевательной эффективности.

Выводы. Восстановление анатомических особенностей зубных рядов- один из важнейших аспектов стоматологического лечения, так как состояние окклюзии непосредственно влияет на эффективность жевания.

Стволовые клетки в стоматологии

Степанушкина Д.Р., 1 курс, стоматологический факультет
Научный руководитель: заведующий кафедрой биологии,
д.б.н., профессор Баковецкая О.В.

Введение. В настоящее время одной из самых актуальных технологий в медицине является применение стволовых клеток. Стоматология не исключение. В течение жизни человек вследствие различных причин может потерять зубы (травмы, заболевания-сахарный диабет, гипертония и др., наличие вредных привычек). Это приводит к нарушению жевательной и речевой функций зубов, а также к эстетическим проблемам. Вот почему вопрос восстановления зубов с помощью стволовых клеток актуален в наши дни.

Цель. Ознакомиться с перспективами применения стволовых клеток в стоматологии; изучить источники стволовых клеток зубного сегмента, их виды и возможности дифференцировки; выяснить, каков потенциал этих клеток для регенеративной медицины.

Материал и методы. Провела анализ литературных источников последних лет, посвященных изучению стволовых клеток и их применению в решении задач регенеративной стоматологии.

Результаты и их обсуждение. Выделяют несколько популяций стволовых клеток зуба:

1) стволовые клетки пульпы зуба. В Японии ученый Мисако Накашима проводил клинические испытания, чтобы изучить возможность использования стволовых клеток пульпы зуба для замены инфицированной ткани пульпы. Испытание включало в себя применение аутологичных клеток к зубам пациентов с необратимым пульпитом. Через 25 недель не было никаких побочных эффектов, и обработанные зубы показали восстановление пульпы. Поскольку современные методы лечения корневых каналов не восстанавливают жизнеспособность пульпы, а лишь заменяют ее неорганическим цементоподобным материалом, реставрация с использованием аутологичных клеток является подлинно реалистичной альтернативой, которая может стать обычным методом стоматологического лечения в ближайшем будущем.

2) стволовые клетки молочных зубов. Профессор Пенсильванского университета Сонгтао Ши проводил клинические испытания стволовых клеток молочных зубов. Было отобрано 40 детей с травмами постоянных резцов, но у которых все еще были молочные зубы. 30 из них было назначено лечение с использованием клеток пульпы молочных зубов, а остальные 10 в качестве контрольной группы прошли стандартную процедуру апексификации. Клетки культивировали в лаборатории и затем имплантировали в поврежденный зуб. Наблюдения показали, что у 30 детей развивались более здоровые корни зубов, отмечался более толстый слой дентина и улучшенное кровоснабжение зуба по сравнению с контрольной группой. Изначально у всех наблюдаемых пациентов была нарушена чувствительность поврежденных зубов. Через год после процедуры чувствительность вернулась только к пациентам, получившим стволовые клетки пульпы молочных зубов.

3) клетки-предшественники десны, и т.д.

Выводы. Стволовые клетки зуба-будущее регенеративной стоматологии. Возможность реализации потенциала данных стволовых клеток очень важно изучать, так как это позволит стоматологии выйти на новый уровень.

Клинический случай применения препарата на основе протеинов эмали при лечении хронического пародонтита

Юрис М.В., 4 курс, стоматологический факультет
Научный руководитель – ассистент Лавренюк Е.А.

Цель. Изучение нового метода лечения хронического пародонтита с использованием препарата на основе протеинов эмалевой матрицы.

Задачи. Ознакомиться с составом и механизмом действия препарата Emdogain. Применить препарат в реальной клинической ситуации. Оценить удобство работы с препаратом. Рассмотреть препарат как часть метода направленной тканевой регенерации (НТР).

Материалы и методы. В ходе операции были использованы:

- Препарат, содержащий протеины эмалевой матрицы свиней (Emdogain);
- Синтетический костнозамещающий материал (Easy-graft Classic);
- Шовный материал в виде рассасывающейся синтетической монофиламентной нити (Monosyn);
- Внеклеточная резорбируемая мембрана (bioPLATE Membrane Matrix).

Основной метод, использовавшийся в лечении – метод направленной тканевой регенерации (НТР), критериями которого являются: биомодификация корневой поверхности; отсутствие эпителиальной ткани в очаге заживления; наложение мембраны (физического барьера).

Протокол лечения: Анестезия инфльтрационная; антисептическая обработка операционного поля; отслаивание слизисто-надкостничного лоскута; санация пародонтальных карманов с помощью: кюрет Грейси, ультразвуковой обработки, водного раствора хлоргексидина биглюконата 0,05%; биомодификация поверхности корня (удаление «смазанного слоя» с помощью 24% геля ЭДТА (Pref-Gel); нанесение Emdogain на поверхность корня; внесение смеси Easy-Graft+Emdogain; накладывание коллагеновой мембраны; ушивание раны; рекомендации пациенту.

Результаты и их обсуждение. Был выяснен состав препарата, изучен его механизм действия. Препарат был применен в лечении хронического пародонтита. Препарат показал хорошие манипуляционные свойства, оказался прост в применении. Препарат Emdogain сочетается с методом НТР

Выводы. Emdogain как новый компонент в периодонтальной хирургии: оказался удобен в применении; дополнил методику НТР. Таким образом, Emdogain предусмотрен для местного применения в сочетании с периодонтальной хирургией для обеспечения регенерации опорных структур зуба, утраченных в результате заболеваний пародонта.

Клинический случай двухсторонней кандидозной пневмонии на фоне длительной иммуносупрессивной терапии

Батаев И.В., 4 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: ассистент, к.м.н. Шаханов А.В.

Цель. Описать клинический случай двухсторонней кандидозной пневмонии на фоне длительного приема системных глюкокортикостероидов.

Введение. Заболевания дыхательной системы являются одной из главных причин смертности как в нашей стране, так и во всем мире. Одной из причин наметившегося в последнее время высокого уровня заболеваемости является рост числа лиц с иммунодефицитом. У иммуно-скомпрометированных лиц внебольничная пневмония имеет ряд характерных признаков: стертость клинической картины, двухстороннее полисегментарное поражение, атипичность микроорганизмов, частые осложнения и декомпенсация сопутствующих заболеваний. Зачастую именно поэтому лечащему врачу важно грамотно поставить диагноз и своевременно назначить верную этиотропную терапию.

Материалы и методы. Больной Б., 32 года, 19.10.18 г. поступил в пульмонологическое отделение с жалобами на боли в грудной клетке слева при глубоком дыхании, кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, постоянную смешанную одышку, слабость. Объективно: общее состояние средней тяжести. В легких дыхание везикулярное, влажные хрипы слева по заднеподмышечной линии, под лопаткой. Из анамнеза установлено, что больной страдает генерализованной формой пустуллезного псориаза, псориатическим артритом, стероидным диабетом, язвенным колитом, хроническим гастритом, хроническим гепатитом.

Результаты и обсуждения. В анализе крови обращает внимание, что, несмотря на развернутую клиническую картину и выраженную нейтрофилию (93% нейтрофилов), не отмечается лейкоцитоза по причине иммуносупрессии.

В посеве мокроты на флору и чувствительность выявлены грибы рода *Candida* 10^4 чувствительные к кетоконазолу, клотримазолу, флуконазолу; устойчивые к итраконазолу, амфотерицину В и нистатину.

На рентгенограмме выявлена двухсторонняя инфильтрация. Для уточнения характера инфильтрации в лёгких выполнена РКТ грудной клетки. Заключение: двухсторонняя полисегментарная пневмония.

Анализируя причины развившегося состояния, из анамнеза жизни установлено, что за последние два года усилилась частота и тяжесть обострений генерализованной формы пустуллезного псориаза, что сопровождалось увеличением объёма гормональной терапии. Известно, что системные глюкокортикостероиды, участвуя в угнетении фагоцитарной функции альвеолярных макрофагов и нарушая пролиферацию и дифференцировку Т лимфоцитов в вилочковой железе, способны оказывать выраженное иммуносупрессивное действие. Таким образом, длительная гормональная терапия, направленная на лечение псориаза, привела к формированию выраженного иммунодефицитного статуса и развитию грибковой пневмонии.

Лечение: При лечении данного пациента приоритет был отдан этиотропной терапии, он получал флуконазол 100 мг в/в кап., лефлобакт 500 мг в/в кап. 2 р/д, цефтриаксон 1,0 в/в 2 р/д.

На фоне проводимой терапии: кашель и одышка беспокоят меньше, в лёгких дыхание везикулярное, влажные хрипы слева в небольшом количестве.

Вывод. Представленный клинический случай демонстрирует, что именно грамотная постановка диагноза и своевременное определение возбудителя позволили достичь отличного лечебного ответа даже при выраженном иммунодефиците.

Генно-инженерная терапия воспалительных заболеваний кишечника

Ежова А.В., Богданович И.А., 4 курс, лечебный факультет.

Научные руководители: к.м.н., доцент Шурпо Е.М., ассистент Никитина И.Н.

Цель. Описать клинический случай применения «терапии спасения» при тяжелой атаке язвенного колита (ЯК) с гормональной резистентностью.

Материалы и методы. Больная О., 45 лет, поступила с жалобами: боли ноющего, тянущего характера в нижних отделах живота, возникающие перед позывом к акту дефекации, стул >20 р/день, алая кровь в каждой порции кала, слабость, повышение T тела до 38,5°C, снижение массы тела. Считает себя больной с февраля 2018 г., когда впервые появились учащенный стул, алая кровь в кале. Обратилась к терапевту по месту жительства. Было назначено обследование: ФКС – слизистая ТК во всех отделах гиперемирована, отечна, с ед. мелкими эрозиями. РРС на 15 см – множ. эрозии, контактная кровоточивость. Установлен DS: ЯК. Назначено лечение: метипред, с постепенной отменой. На фоне приема ГКС – улучшение состояния. С апреля месяца препараты не принимала. В июле ухудшение состояния около 10-14 дней, многократный жидкий стул с кровью, повышение T тела до 38,5°C. Самостоятельный прием метипреда – без эффекта.

Результаты и обсуждения. Был проведен ряд исследований: ОАК: анемия (Hb 100г/л), лейкоцитоз ($23,0 \cdot 10^9$ /л). Гипопротеинемия (60 г/л), гипоальбуминемия (36 г/л). УЗИ бр. пол.: стенки толстой кишки (ТК) утолщены до 14 мм, рядом признаки инфильтрации ЛУ. ФКС: слизистая резко отечна и ярко гиперемирована, на всем протяжении видны множественные дефекты слизистой. Гистология: фрагмент слизистой ТК с диффузной лимфоплазмодитарной инфильтрацией и морфологическими признаками язвенного дефекта. DS: ЯК, острое течение, тотальное поражение, тяжелая атака. Назначено лечение: месалазин, преднизолон. Положительной динамики не наблюдалось. Предикторы неэффективности терапии 1-й линии: поздний дебют заболевания, тотальное поражение ТК, стул >8р/сут. на 3 день терапии ГКС, анемия. По результатам консилиума назначена терапия 2-й линии: биологическая терапия инфликсимабом 5 мг/кг-введение в рамках индукционного курса на 0,2 и 6 неделях. Наблюдалась положительная клиническая динамика: стул 1-2 р/сут., кал п/оформленный, крови в кале нет. УЗИ бр. пол.: стенки ТК до 8 мм. Продолжение индукционного курса терапии инфликсимабом. Клинических ухудшений не было. Контрольная РРС: слизистая прямой кишки без патологических изменений.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует вариант лечения тяжелой атаки ЯК с гормональной резистентностью. На его примере показана эффективность генно-инженерной терапии при воспалительных заболеваниях кишечника.

Потенциальная приверженность лечению пациентов, госпитализированных с острым коронарным синдромом

Новосёлова А.А., 5 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Переверзева К.Г.

Введение. Приверженность лечению является одним из важнейших факторов, обеспечивающих качество терапии и влияющих на прогноз. Существует множество методов оценки приверженности лечению. В клинической практике наиболее часто используются анкеты для определения качественной приверженности лечению, но в России в 2017 г. впервые был представлен количественный опросник приверженности (КОП)-25, дающий оценку приверженности в процентах.

Цель. Изучение потенциальной приверженности (ПП) лечению пациентов, госпитализированных с острым коронарным синдромом (ОКС), с использованием опросника КОП-25 и специально разработанной анкеты.

Материал и методы. В исследование включено 93 пациента, госпитализированных в 6 отделение Государственного бюджетного учреждения Рязанской области «Областной клинический кардиологический диспансер» с ОКС. Из них: 67,7% – мужчины, 45,2% – жители района, 23,7% – имеют высшее образование, 30,1% – работают, 34,4% – имеют инвалидность, 18,3% – проживают одни, 9,8% – не имеют детей, 20,4% – курят, 49,5% – проводилось стентирование коронарных артерий, у 54,8% – клинический диагноз: прогрессирующая стенокардия, у 32,3% – Q-инфаркт миокарда (ИМ), у 12,2% – не-Q-ИМ. Медиана возраста – 64 [58;70] года. Медиана длительности заболевания 10 [3;10] лет. Различия между группами считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. ПП пациентов к модификации образа жизни составила 43,7%, к медицинскому сопровождению – 28,9%, к лекарственной терапии – 33,6%. Общая ПП лечению составила 37,8%. Статистически значимо большее число пациентов с длительностью заболевания более 5 лет имели низкую ПП к модификации образа жизни по сравнению с пациентами, болеющими менее 5 лет (83,1% против 67,6%, $p < 0,05$). Статистически значимо чаще одинокие пациенты имели низкую ПП к медицинскому сопровождению по сравнению с теми, кто имел семью (82,4% против 42,1%, $p < 0,05$). Статистически значимо чаще пациенты мужского пола имели низкую ПП к лекарственной терапии (69,8% против 46,7%, $p < 0,05$). Статистически значимо чаще у пациентов с диагнозом Q-ИМ по сравнению с пациентами, госпитализированными с другими формами ОКС регистрировалась низкая общая ПП лечению (86,7% против 65,1%, $p < 0,05$).

Выводы. Выявлена большая ПП пациентов к модификации образа жизни (43,7%) и наименьшая к медицинскому сопровождению (28,9%). Среди факторов, статистически значимо влияющих на ПП пациентов имели значение пол, длительность заболевания, наличие семьи, форма ОКС.

Нетипичный случай поствакцинальной реакции

Комарова М.Н., Новикова П.Л., Куртикова О.В., 3 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Загравская И.А.

Цель. Изучить принципы профилактики, диагностики вакцинальных реакций и поствакцинальных осложнений при использовании вакцины АДС -М; определить этиологию изменения биохимических показателей крови и реакции со стороны иммунной системы.

Актуальность. Массовая вакцинация проводится вакцинами, характеризующимися высокой степенью безопасности. Иммунизация часто сопровождается рядом функциональных и морфологических изменений, обусловленными антигенами и некоторыми другими компонентами, определяющими иммунный ответ. Поэтому строгий учет осложнений являются актуальными. Качественное проведение иммунопрофилактики, профилактика осложнений, являются важными факторами в формировании и укреплении здоровья людей.

Материалы и методы. Пациент К., 44 лет, был госпитализирован в связи с бессимптомным повышением уровня АСТ, АЛТ и билирубина, выявленным при плановой диспансеризации. При расспросе данных за токсическое поражение печени не выявлено, вредные привычки отрицает. При физикальном обследовании выявлен увеличенный паховый лимфоузел до 2 см в диаметре, плотно-эластичной консистенции, смещаемый при пальпации, слегка болезненный, кожа над лимфоузлами не изменена. По остальным органам и системам – без особенностей. В биохимическом анализе крови билирубин общий 66,7 мкмоль/л, прямой 48,9 мкмоль/л, не прямой 17,7 мкмоль/л, АСТ 35 Е/л, диспротеинемия. ФГДС, УЗИ органов брюшной полости без особенностей. При более подробном расспросе пациент сообщил, что около месяца назад выполнена прививка АДС-М в стандартной дозе в левую ягодичную мышцу. Со слов, после введения вакцины несколько дней наблюдалось уплотнение и болезненность в месте инъекции. Среди побочных эффектов выделяют местные (покраснение, уплотнение, утрата чувствительности и отёчность в месте инъекции) и общие (аутоиммунные, аллергические, токсические). Для обеспечения именно внутримышечного введения препарата АДСМ, согласно рекомендациям ВОЗ, укол следует делать в бедро, плечо или под лопатку. Прививку нельзя делать в ягодичную мышцу, потому что из-за наличия развитой подкожно-жировой клетчатки вакцинация может оказаться неэффективной. Возможно повреждение седалищного нерва или кровеносных сосудов. Лечение: диета; режим; гептрал 800 мг/сут 5 дней в/в струйно, затем 400 мг 2 раза в день внутрь. На фоне лечения билирубин 35,5-31,1-4,4 мкмоль/л, трансаминазы – в пределах нормы.

Выводы:

1. Любая медицинская манипуляция должна рассматриваться лечащим врачом как причина осложнений;
2. Неукоснительное соблюдение правил и техники манипуляции;
3. Необходимо более подробно собирать анамнез и задавать уточняющие вопросы пациентам, т.к. нередки случаи, когда больной считает какую-либо информацию незначительной или стесняется сообщить о ней;
4. Врач должен осматривать больного, а не свою систему органов

Когнитивные нарушения у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) старческого возраста и долгожителей

Захарова В.А., 5 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Панфилов Ю.А.

Цель. Проследить закономерность и выраженность когнитивных нарушений и старческой астении у пациентов с ОКС старческого возраста и долгожителей.

Материалы и методы. Обследовано 32 пациента старше 80 лет (средний возраст – 84,2 года), госпитализированных в отделение неотложной кардиологии ГБУ РО ОКБ по поводу обострения ИБС. Диагнозы при поступлении – ОКС, инфаркт миокарда (ИМ) и нестабильная стенокардия, которые впоследствии трансформировались в ИМ с подъемом ST, ИМ без подъема ST и нестабильную стенокардию. Помимо комплексного обследования пациенты заполняли ряд анкет: опросник состояния здоровья и симптомов (вербально-аналоговая шкала), проводилась оценка комплаентности. Оценка специфических гериатрических состояний – по клинической шкале старческой астении, по опроснику «Возраст не помеха», оценка когнитивных функций – по тесту Мини-Ког.

Результаты и их обсуждение. Оценка вербально-аналоговой шкалы: 31,25% оценивают состояние своего здоровья как среднее. Аппетит от 6 до 8 баллов – 52,25%. Беспокойный сон – 21,88%. Оценивая иную боль, нежели в грудной клетке, 31,25% и 28,13% поставили 2 и 3 балла соответственно, ввиду беспокоящей боли в суставах и пояснице. Комплаентность в выборке высокая: 84,38% принимали препараты не пропуская, 15,15% – пропускали из-за забывчивости и отсутствие причин для приема лекарственных средств в данный момент, по мнению пациента. Уязвимое состояние здоровья (старческая преастения) выявлено у 50% исследуемых. Легкая старческая астения – у 6,25%. Тяжелая старческая астения – 3,13%. Успешное лечение хронических заболеваний – 37,50%. По опроснику «Возраст не помеха»: пациенты отмечали подавленность и снижение настроения, трудности при ходьбе, снижение зрения и слуха. У этих же пациентов выявлялись такие заболевания, как фибрилляция предсердий (ФП) и ХСН. Тест «Мини-Ког» – тест для определения деменции, в исследовании 5 пациентов набрали в сумме менее 4 баллов. Это основание предположить деменцию. У них же обнаруживается сочетание ФП и ХСН.

Выводы. У пациентов старческого возраста и долгожителей из числа госпитализированных в отделение неотложной кардиологии в анамнезе часто встречается ИМ – 50%, ФП – 31%, ХСН – 72%. Отдельные нарушения, характерные для старческой астении, обнаружены у 96,87% пациентов. При обследовании и лечении пациентов старческого возраста и долгожителей, в том числе при ОКС, необходим комплексный подход с выявлением уязвимых состояний здоровья и сопутствующей патологии.

Ведение больных кислотозависимыми заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки в амбулаторной практике

Петунина М.С., 5 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Якубовская А.Г.

Введение. Кислотозависимые заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки относятся к наиболее частым нозологиям в амбулаторной практике, влияющим на трудоспособность пациента и нарушающим качество жизни.

Цель. Анализ ведения больных кислотозависимыми заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки в амбулаторной практике.

Материалы и методы. Изучено 37 амбулаторных карт пациентов, обратившихся с предварительным диагнозом хронический гастрит или язвенная болезнь в поликлинику ГБУ РО ОКБ в 2018 году. В 5 случаях диагноз был изменен на функциональную диспепсию, 25 больных страдали хроническим гастритом, 7 больных – язвенной болезнью. Женщин – 27, мужчин – 10. Распределение пациентов по возрасту: 18-45 лет и 46-59 лет – по 4 чел, 60-75 лет – 22 чел., 76 лет и старше – 7 чел.

Результаты и их обсуждение. Было проанализировано обследование пациентов. Гастроскопия назначалась в 22 случаях из 37, гистологическое обследование в 10 случаях, тест на *H. Pylori* в 3 случаях. Клинический анализ крови проводился 16 больным, биохимический анализ крови – 14, общий анализ мочи – 12. УЗИ органов брюшной полости сделано в 6 случаях.

С целью лечения чаще всего назначались ингибиторы протонной помпы и денол, в 25 и 23 случаях. Реже назначались прокинетики и иберогаст (5 больным). Эрадикационная терапия проводилась у 10 пациентов. Это были больные эрозивным гастритом (8 человек) и пациенты, у которых был положительный тест на *H. pylori* (2 пациента). У одного пациента с положительным тестом на *H. pylori* и кишечной метаплазией слизистой желудка по данным биопсии, эрадикационная терапия не проводилась. Продолжительность терапии составила 7 дней у 9 человек и 10 дней у 1 больного. Ингибиторы протонной помпы назначались при эрадикации всем, однако в 7 случаях 1 раз в день.

Все больные в качестве эрадикационной терапии принимали комбинацию амоксициллин и кларитромицин, но в 5 случаев доза амоксициллина была ниже рекомендуемой.

Выводы. Обследование пациентов с кислотозависимыми заболеваниями желудка в большинстве случаев не соответствовало клиническим рекомендациям. При назначении эрадикационной терапии дозы и длительность приёма препаратов не соответствовали рекомендуемым. В большинство случаев (7 из 10) эрадикационная терапия назначалась без обследования на хеликобактериоз.

Особенности ведения и лечения пациентов с впервые зарегистрированной фибрилляцией предсердий

Синяева А.С., 6 курс, лечебный факультет
Научные руководители: д.м.н, доцент Филиппов Е.В, к.м.н.,
ассистент Мосейчук К.А.

Цель. Оценить частоту встречаемости основных факторов риска и сопутствующей патологии у пациентов с фибрилляцией предсердий, а так же особенности ведения таких больных.

Материалы и методы. Критериями включения явились мужчины и женщины в возрасте от 18 лет, с впервые выявленным клинически значимым пароксизмом фибрилляции предсердий. Период включения: январь-февраль 2019 года. В исследование вошло 28 пациентов соответствующих критериям включения. Комплексное обследование включало оценку истории болезни, изучение жалоб, анамнеза, объективного статуса, результатов инструментальных методов исследования. Статистическая обработка собранного материала проводилась с помощью программы Microsoft Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов доля мужчин составляла 68%, женщин 32%. Большинство пациентов с впервые выявленной фибрилляцией предсердий старше 60 лет (82%). Анализ показывает, что среди факторов риска развития фибрилляции предсердий наиболее часто встречалась ожирение - у 53%, исходно высокий синусовый ритм встречался у 25%, курение и избыточное потребление алкоголя у 14,3%, занятия чрезмерной физической нагрузкой встречались в 7%. Сопутствующая патология при фибрилляции предсердий была представлена артериальной гипертензией у 86% пациентов, ХСН - у 75%, ишемической болезнью сердца-у 43%, сахарным диабетом 2 типа у 32%, гипертиреозом у 7%. По данным истории болезни пациентам назначались иАПФ (71%), бета-блокаторы (57%), антиаритмические препараты (50%), статины (50%), антиагреганты (28,6%). Антикоагулянтная терапия была назначена 92,9% пациентов, а принимали ОАК 71,3% пациентов. Поскольку у 7,1% пациентов риск тромбоэмболических осложнений (по шкале CHA2DS-VASc 0 баллов) оставался низким, этим пациентам не назначались антикоагулянты.

Электрическая кардиоверсия выполнена 10,7%, медикаментозное восстановление ритма произошло у 28,6% пациентов. Синусовый ритм не был восстановлен у 60,7% пациентов, из них 21,4% отправлены на плановую кардиоверсию, а у 39,6% пациентов ритм так и не восстановился.

Выводы. Большинство пациентов с впервые выявленной фибрилляцией предсердий старше 60 лет (82%). Среди факторов риска развития фибрилляции предсердий наиболее часто встречались – гипертоническая болезнь (86%), ХСН (75%), ожирение (53%). Антикоагулянтная терапия была показана 92,9% пациентам с ФП, однако, принимали ОАК 71,4% пациентов. У 39,3% пациентов с ФП попытки медикаментозного восстановления ритма были безуспешны, пациенты велись по модели перманентной ФП.

Методика анализа функциональной активности белка-транспортера гликопротеина-p *in vitro*

Сеидкулиева А.А., 3 курс, фармацевтический факультет
Научные руководители: к.м.н., доцент Шулькин А.В.,
к.б.н., ассистент Черных И.В.

Введение. Нежелательные лекарственные реакции являются одной из основных причин госпитализаций, особенно у пожилых пациентов и лиц с полипрагмазией. В их развитии важную роль играют межлекарственные взаимодействия на уровне цитохромов P450 и белков-транспортеров, в том числе и гликопротеина-P (P-gp). Учитывая данные обстоятельства, FDA с 2006 года рекомендует все новые лекарственные препараты тестировать на принадлежность к субстратам и ингибиторам Pgp.

Цель. Оценить метод тестирования лекарственных препаратов на принадлежность к ингибиторам P-gp в опытах *in vitro*.

Материалы и методы. Исследования *in vitro* проводятся на клеточных линиях, гиперэкспрессирующих Pgp, например линии клеток аденокарциномы толстой кишки человека – Caco-2.

Клетки высеивают в специальную трансвелл-систему, состоящую из двух камер: апикальной и базолатеральной. Дно апикальной камеры представлено полупроницаемой мембраной, на которую и высеивают используемые клетки. В дальнейшем клетки культивируют в течение 21 суток. При данном сроке происходит спонтанная дифференцировка клеток в структуру, подобную кишечному эпителию, а также клетки приобретают полярную ориентацию.

При формировании монослоя с плотными клеточными контактами и достижении трансэпителиального сопротивления более 500 мОм/см² трансвелл-систему используют для проведения транспортных экспериментов.

Вначале оценивают транспорт известного субстрата Pgp из апикальной камеры (a) в базолатеральную (b), и наоборот. Затем рассчитывается отношение коэффициентов кажущейся проницаемости: b-a к a-b. Данный параметр является интегральным и оценивает общий вклад P-gp в транспорт веществ через билипидную мембрану. В дальнейшем проводят аналогичные эксперименты с добавлением различных концентраций тестируемого вещества в апикальную и базолатеральную камеры. На основе полученных данных рассчитывают IC₅₀ или K_i для тестируемого вещества. Значения K_i>10 свидетельствуют о клинической значимости ингибирования активности Pgp и необходимости проведения исследований *in vivo*. Значения K_i<10 свидетельствуют об отсутствии клинической значимости ингибирования P-gp и не требуют дальнейших исследований *in vivo*.

Вывод. Тестирование на принадлежность к ингибиторам P-gp в опытах *in vitro* является важным тестом при разработке лекарственных препаратов.

Определение ОМБ и оценка цитотоксичности синтетических производных халконов на культуре клеток НЕК 293А

Гаврилова Н.В., Исакова А.С., 5 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., старший преподаватель Короткова Н.В.

Введение. Реактивные формы кислорода приводят к окислительной модификации белков, липидов и НК, что приводит к нарушению их функции и разрушению. Необходим поиск антиоксидантов. Халконы представляют интерес для биохимии в связи с легкостью их синтеза и наличием антиоксидантной, антимикробной, противовоспалительной и др. видами активности. Для внедрения производных халконов в клиническую практику необходимо оценить их цитотоксичность по отношению к нормальным клеткам.

Цель. Изучить спонтанную окислительную модификацию белков клеток линии НЕК 293А в условиях воздействия (SLA 00021) и (SLA 00023). Оценить цитотоксичность указанных веществ с использованием клеточной линии НЕК 293А.

Материалы и методы. Объект-клетки линии НЕК 293А. Определение ОМБ проводили по методу R.L. Levine в модификации Е.Е. Дубининой. Карбонильные производные окисленных белков регистрировали на спектрофотометре. Оценка суммарного содержания окисленных производных белков проводилась по патенту кафедры. Цитотоксичность определяли с использованием МТТ-теста. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. Из полученных нами данных следует, что под действием SLA 00021 происходит понижение количества карбонильных производных, а под действием SLA 00023 – повышение.

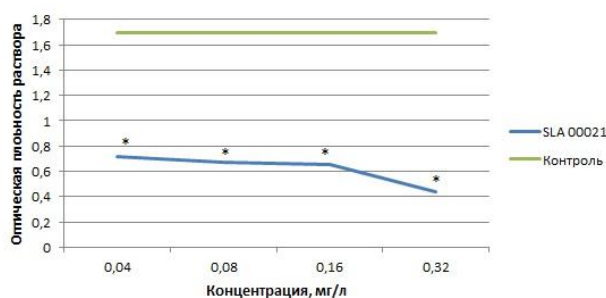
Таблица 1

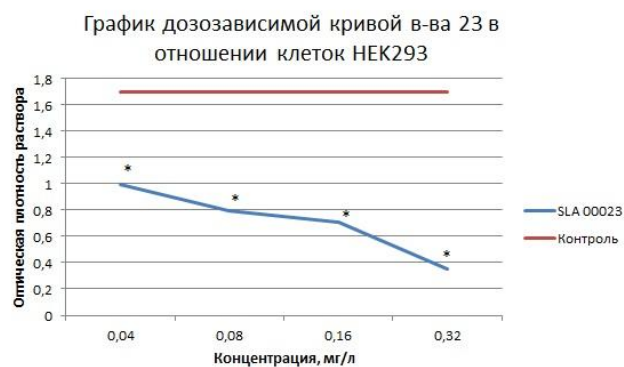
Значения суммарных площадей под кривой спектра спонтанной и металл-катализируемой ОМБ (ед.опт.пл./г белка) клеток НЕК 293А в условиях воздействия SLA 00021 и SLA 00023 относительно контрольной группы

	Спонтанная ОМБ	Металл-катализируемая ОМБ
Контроль	3,78 ± 1,19	7,09 ± 2,4
SLA 00021	2,61 ± 0,65	6,54 ± 2,12
SLA 00023	6,76 ± 1,9	16,03 ± 0,45*

* Статистически значимые отличия от контрольной группы (p<0,05)

График дозозависимой кривой в-ва 21 в отношении клеток НЕК - 293А





* Статистически значимые отличия от контрольной группы ($p < 0,05$)

При оценке цитотоксичности установлено, что под действием веществ SLA 00021 и SLA 00023 в высоких и средних концентрациях происходит понижение оптической плотности (активности митохондриальных ферментов), а при снижении концентрации- повышение оптической плотности.

Выводы. SLA 00021 обладает антиоксидантной активностью. SLA 00023 обладает прооксидантной активностью. SLA 00021 и SLA 00023 в высоких концентрациях цитотоксичны.

Клинические случаи двухсторонней энуклеации

Ковалева К.И., 6 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Колесникова М.А.

Введение. Глаукома – характеризуется постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления с последующей атрофией диска зрительного нерва и слепотой. Терминальная стадия глаукомы может осложняться развитием болевого синдрома, а также дегенеративно-дистрофическими изменениями роговицы, что в 30% случаев приводит к энуклеации.

Цель. на основе изучения историй болезни проанализировать причины энуклеации глаза при глаукоме.

Представлены клинические случаи терминальной глаукомы, осложнившиеся перфорацией роговицы и энуклеацией глазного яблока.

Больной С., 77 лет поступил в офтальмологическое отделение с жалобами на: отсутствие зрения, боли, выделение жидкости из левого глаза, отсутствие правого глаза. Страдает глаукомой обоих глаз около 15 лет, не лечился. Правый глаз удален 10 лет назад из-за терминальной болящей глаукомы. Ранее на левом глазу проведена экстракция катаракты. Зрение отсутствует на левом глазу 2,5 года. При поступлении: Справа анофтальм. Острота зрения левого глаза – «0» (ноль). Смешанная инъекция глазного яблока. Роговица отечная, мутная, в центральной части перфорационное отверстие с выпавшими оболочками и опорными элементами ИОЛ. Т-1. Диагноз: Терминальная болящая глаукома, артификация левого глаза. Дегенеративное состояние левого глаза: язва роговицы с перфорацией и выпадением внутриглазных оболочек. Анофтальм справа. Экстренно произведена энуклеация левого глаза.

Больной Р., 67 лет, поступил в офтальмологическое отделение с жалобами на: отсутствие предметного зрения, боли, гнойное отделяемое из правого глаза, отсутствие левого глаза. Страдает глаукомой обоих глаз около 25 лет, не лечился. Левый глаз удален 20 лет назад из-за терминальной болящей глаукомы. Предметное зрение на правом глазу отсутствует в течение 10 лет. Около двух месяцев назад стали беспокоить боли в правом глазу. При поступлении: Слева анофтальм. Острота зрения правого глаза – «0» (ноль). Смешанная инъекция глазного яблока. Роговица имбибирована гноем, обширный гнойный инфильтрат, кератомалиция, неоваскуляризация. Т-1. Диагноз: Терминальная болящая глаукома, дегенеративное состояние правого глаза: гнойная язва роговицы. Экстренно произведена энуклеация правого глаза.

Профилактикой слепоты от глаукомы и дегенеративных осложнений, заканчивающихся удалением глаза, является своевременная диагностика, адекватное лечение и диспансерное наблюдение глаукомных больных, что является залогом длительной стабилизации глаукомного процесса и сохранения зрительных функций.

Избыточная компенсаторная гипертрофия язычной миндалины после тонзилэктомии

Кузнецова А.Н., 5 курс, педиатрический факультет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Старкова Л.Н.

Актуальность. Тонзилэктомия является наиболее частой причиной компенсаторной гипертрофии язычной миндалины. Работ, посвященных изучению функции, диагностики и лечению гипертрофических процессов в области корня языка, крайне мало. Хирургические вмешательства в этой зоне нежелательны из-за опасности кровотечения и труднодоступности.

Цель. Сравнить клинические проявления, особенности диагностики и использованные методы лечения гипертрофии язычной миндалины после тонзилэктомий у трёх пациентов.

Материалы и методы. В данной работе рассмотрены два случая, наблюдаемые в ЛОР-отделении КБ им. Семашко г. Рязани и один – в ЛОР-отделении ЦРБ г. Кашира Московской области.

Результаты. Клинический случай №1 (архивные данные): наблюдение 25-летней давности. Пациентка Г., 54 лет обращалась с жалобами на чувство инородного тела в глотке, дискомфорт при глотании. Тонзиллэктомия проведена в 1973 году. Диагноз гипертрофии язычной миндалины подтверждён гистологически. Консервативное лечение неэффективно, выполнено частичное удаление миндалины с помощью коагуляции. В послеоперационном периоде отмечены обильные рецидивирующие кровотечения, которые привели в последующем к аспирационной пневмонии.

Клинический случай №2: Больная М. 68 лет в 2017 году обращалась с подобными жалобами. Тонзилэктомия выполнена в 1988 году, последние 18 лет страдает бронхиальной астмой. При непрямой ларингоскопии определялась гипертрофия правой доли язычной миндалины, закрывающая валекулу. При бронхоскопии подтверждено наличие гипертрофированных лимфоидных скоплений в правой валекуле до 0,7 см в диаметре. В крови обнаружены антитела к вирусу Эпштейн-Барра (NA IgG 88,7 у.е.). После курса консервативной терапии отмечено уменьшение симптомов заболевания.

Клинический случай №3: Больная К. 24 лет в 2016 году обращалась с жалобами на ощущение инородного тела в глотке, гнусавость, храп. Тонзилэктомия проведена в 2013 году. 13.05.2018г выявлен подчелюстной лимфаденит. При непрямой ларингоскопии определялась гипертрофия язычной миндалины с подозрением на новообразование (лимфому), в биоптате умеренный фиброз стромы, воспалительная инфильтрация с расширением и полнокровием сосудов. Рекомендовано наблюдение оториноларинголога.

Выводы. Представленные случаи выраженной гипертрофии язычной миндалины наблюдались у пациенток, которым была выполнена тонзиллэктомия от 5 до 30 лет назад. Лечение во всех случаях существенно отличалось между собой вследствие отсутствия выработанных единых алгоритмов ведения пациентов с данной патологией.

Биохимическое исследование слезной жидкости у больных глаукомой

Савосина С.Г., 4 курс, лечебный факультет
Научные руководители: ассистент Чернобавская М.Н.,
ассистент Судакова Е.А.

Введение. При первичной открытоугольной глаукоме (ПОУГ) многочисленные повреждающие факторы приводят к апоптозу. Доказана важная роль катепсинов в процессе апоптоза. Изменения их концентрации, активности или локализации рассматриваются как причина возрастных и нейродегенеративных заболеваний, в том числе и глаукомы, как одной из наиболее важных медико-социальных проблем современной офтальмологии.

Такие катепсины, как Н и L, вовлечены в процесс апоптоза нейронов. Они имеют широкое распространение в тканях и биологических жидкостях организма, в том числе, и слезной жидкости, которая может являться индикатором нарушения процессов метаболизма на различных уровнях.

Цель. Определение активности катепсинов Н и L в слезной жидкости у пациентов с ПОУГ.

Материалы и методы. Биохимические исследования проводили 27 пациентам, находящимся на диспансерном учете в поликлиническом отделении ГБУ РО «Областная клиническая больница им. Н.А. Семашко». Исследуемая группа представлена 15 пациентами (15 глаз) с различными стадиями ПОУГ (II и III). Возраст обследованных – от 42 до 65 лет. Контрольную группу составили 12 человек (12 глаз), не страдающих ПОУГ, в возрасте от 39 до 68 лет. Исследование активности катепсинов L и H в слезной жидкости производилось методом спектрофлуориметрии по Barrett A.J., Kirschke H. на базе центральной научно-исследовательской лаборатории ФГБОУ ВО «РязГМУ» Минздрава России.

Результаты и их обсуждение. Среди результатов каждой группы определялось значение медианы, верхнего и нижнего квартилей. Для катепсина L получены следующие результаты: опыт Me – 0,238 [Q1 – 0,158; Q3 – 0,633] против контроля Me – 0,042 [Q1 – 0,026; Q3 – 0,061]; статистически значимое повышение активности фермента $p < 0,01$. Для катепсина H получены следующие результаты: опыт Me – 0,04 [Q1 – 0,039; Q3 – 0,039] против контроля Me – 0,023 [Q1 – 0,017; Q3 – 0,028]; статистически значимое повышение активности фермента $p < 0,05$.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что биохимический состав слезной жидкости у пациентов с ПОУГ отличается от биохимического состава слезы пациентов без ПОУГ. Катепсины L и H принимают определенное участие в механизме апоптоза нейронов. Статистически достоверное повышение протеолитической активности катепсина L и H в слезной жидкости при ПОУГ по сравнению с группой контроля, позволяет судить о их определенной роли в патогенезе ПОУГ.

Кровотечения после тонзиллэктомии и факторы, влияющие на их возникновение

Задоя Д.И., 6 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: заведующий кафедрой глазных и лор-болезней,
к.м.н., доцент Колесников А.В.

Введение. Актуальность проблемы осложнений после тонзиллэктомии определяется частотой кровотечений, не имеющей тенденции к снижению. Частота послеоперационных кровотечений при тонзиллэктомии в настоящее время по сравнению с уровнем пятилетней давности находится примерно на одном уровне (7-8%).

Цель. изучить частоту послеоперационных кровотечений после тонзиллэктомии у пациентов лор-отделения ОКБ им. Семашко и оценить некоторые факторы риска развития послеоперационных кровотечений.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных, перенесших тонзиллэктомию в клинике оториноларингологии РязГМУ им. акад. И.П. Павлова за 2010-2017 годы и случаев кровотечений в послеоперационном периоде. Методика тонзиллэктомии во всех случаях была традиционная. Все больные получали внутримышечно антибиотик цефалоспоринового ряда в стандартной дозировке. За прошедшие 7 лет (2010-2017) выполнено всего 792 тонзиллэктомии у взрослых пациентов от 18 до 55 лет: оперированных по поводу хронического тонзиллита, токсико-аллергической формы 1-2 степени 586 случаев (74%); простой формы 206 случаев (26%).

Результаты. Послеоперационные кровотечения, которые требовали повторного хирургического вмешательства, отмечены в 32 случаях (4%). Летальность отмечена в 1 случае (0,12%).

Основными методами остановки послеоперационных кровотечений являлись использование тампонады ниш с гемостатическими средствами и ушивание кровоточащего сосуда. В результате данного набора вмешательств остановка кровотечения была достигнута у 31 пациента из 32, что составляет 97%. Дальнейший послеоперационный период у 31 пациента протекал без особенностей, выписка из стационара осуществлялась на 8-сутки, с последующим амбулаторным долечиванием. Хирургические мероприятия для остановки кровотечения после тонзиллэктомии. Выполненные хирургические мероприятия: тампонада миндалинковых ниш с гемостатическими средствами Ушивание миндалинковых ниш. Количество пациентов 239. Самое сильное интраоперационное кровотечение за всю историю клиники возникло у пациента в возрасте 55 лет, перенесшего 6 паратонзиллярных абсцессов с обеих сторон и потребовало ему ушивание ниш, гемотрансфузию и другие необходимые мероприятия. На 5 сутки после операции возникло повторное кровотечение. Все мероприятия по остановке кровотечения были неэффективны. В дальнейшем при аутопсии выявлено, что у данного пациента отмечалась не установленная при жизни сосудистая мальформация окологлоточного кольца справа.

Выводы. На тяжесть послеоперационного кровотечения, по нашим данным, наиболее заметно влияет: возраст пациента, форма хронического тонзиллита, давность и тяжесть заболевания, наличие паратонзиллярных абсцессов в анамнезе, атипичные сосудистые аномалии, которые проявляются в процессе операции.

Лучевая диагностика тератодермоида средостения

Провоторов Н.Ю., 6 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Крылова Е.А.

Введение. Опухоли и кисты средостения привлекают к себе все больше внимания со стороны врачей многих специальностей. В структуре онкологических заболеваний опухоли и кисты средостения составляют 3-7%. Чаще опухоли и кисты выявляют у лиц молодого возраста. Очень часто отмечается отсутствие симптомов клинического проявления у больных с новообразованиями средостения, вследствие особенности локализации. Поэтому многие больные поступают в специализированные отделения спустя длительное время после возникновения и обнаружения патологии в средостении.

Цель. Выявить основные лучевые признаки при выявлении тератодермоида средостения.

Материалы и методы. МР-томограммы больных с тератодермоидом средостения.

Результаты и их обсуждение. Тератодермоиды средостения чаще всего встречаются в возрасте 15-30 лет, чаще у женщин. Излюбленная локализация – средний этаж переднего средостения (70%). Зрелые тератодермоиды растут медленно, в большинстве случаев бессимптомно и клиническая картина развивается постепенно, в зависимости от размера опухоли и степени сдавления окружающих органов. Зрелые формы отличаются доброкачественным течением, незрелые – чаще, с самого начала развиваются как злокачественные опухоли, отмечается их быстрый рост; либо – малигнизируются в последующем. На МР-томограммах тератомы средостения определяются как тень, сливающаяся в медиальной части с тенью сердца, однородной структуры, с четкими гладкими контурами. В боковых проекциях выявляется точная локализация образования в средостении. Важным диагностическим признаком злокачественных тератом является обнаружение в толще опухоли плотных включений. Другой характерный симптом – их краевое обызвествление в виде скорлупы.

Выводы. Для ранней диагностики тератодермоида средостения ведущим методом является МРТ. Преимущество МРТ являются: отсутствие ионизирующего излучения, возможность многоплоскостной визуализации, способность характеризовать определенные типы тканей на основе интенсивности сигнала, лучшая детализация анатомических структур, более высокая чувствительность при выявлении патологических изменений ткани, для выявления озлокачествления опухоли.

Значение репродуктивных технологий в жизни семейной пары в 21 веке

Кузякина Г.А., 5 курс, лечебный факультет
Научные руководители: к.м.н., доцент Коваленко М.С., ассистент Рыбакова Т.Н.

Введение. ВИЧ – пандемия 21 века. На начало 2017 года общее число случаев ВИЧ-инфекции среди граждан России достигло 1 114 815 человек (в мире – 36,7 миллионов ВИЧ-инфицированных, в т.ч. 2,1 млн. ДЕТЕЙ). В практике врача

все чаще встречаются дискордантные пары. 54% взрослых и 43% детей с ВИЧ-инфекцией получают в настоящее время пожизненную антиретровирусную терапию. По всему миру АРТ охватывает 76% беременных и кормящих грудью женщин с ВИЧ-инфекцией. Существует 2 наиболее часто встречающихся вируса: ВИЧ-1 и ВИЧ-2, более редко – ВИЧ-3, ВИЧ-4. Пути передачи ВИЧ инфекции от матери к плоду: 1. восходящий; 2. нисходящий; 3. гематогенный. При повреждении фетоплацентарного барьера (из-за плацентита, фетоплацентарной недостаточности, отслойки плаценты) вирус свободно преодолевает этот барьер и проникает в организм ребенка.

Цель. Демонстрация клинического случая.

Материалы и методы. Изучить спектр возможностей ВРТ для ВИЧ-инфицированных пациенток. Ознакомиться с особенностями ведения таких женщин в до- и послеродовом периодах. Определить воздействие вируса на плод и способы его защиты. Выявить комплекс мер, направленных на профилактику.

Результаты и их обсуждение. Приводим сведения о родоразрешении женщины с ВИЧ-инфекцией (III субклиническая стадия) в Родильном доме №4 (ГБУ РО ГКБ №10). Беременная А., 30 лет. St. sterilis II 2 года, беременность вторая: I – 2013 г. – внематочная, удалена правая маточная труба II – 2017 г. – настоящее время (35-37 недель) – ЭКО (подсадка пятидневного криоконсервированного эмбриона в клинике «Мать и дитя», г. Самара), ягодичное предлежание. Равномерно суженный таз I степени. Болезнь, вызванная ВИЧ-инфекцией, путь передачи – половой, субклиническая стадия (выявлена в 2013г.). Пациентка была родоразрешена путём планового Кесарева сечения на сроке беременности 38-39 недель.

Выводы. На данном этапе развития медицины ВИЧ-инфекция является не абсолютным противопоказанием, а относительным для процедуры ЭКО в дискордантных парах. АРТ позволяет добиться длительной ремиссии и «сдержать» проявление признаков инфекции и ее перехода в СПИД. Перед проведением ЭКО необходимо с помощью АРТ снизить вирусную нагрузку, что позволит уменьшить риск инфицирования плода.

Врожденная аномалия уретры: парауретральный ход. Трудности диагностики

Тараскин И.С., 6 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Жиборев А.Б.

Введение. Удвоение мочеиспускательного канала – редкая врожденная аномалия. Редкость данной аномалии развития и ее клиническая картина, которая сходна своим болевым синдромом с проявлениями острого воспалительного процесса в нижних мочевых путях, предстательной железе и семенных пузырьках, обуславливает трудности и ошибки диагностики парауретрального хода.

Цель. Демонстрация клинического случая, иллюстрирующего проблемы, с которыми сталкивается уролог и его пациент в подобной клинической ситуации.

Материалы и методы. Больной К., 43 лет обратился на консультацию к урологу с жалобами на интенсивные боли (эпизодически сопровождающиеся потерей сознания) по ходу уретры, возникающие во время мочеиспускания или

эрекции. Интенсивность болевого синдрома напрямую зависела от напора струи мочи, что вынуждало пациента искусственно сдерживать мочеиспускание.

В течение трех лет данный пациент обращался к урологу с частотой в среднем 3 раза в год. При каждом обращении устанавливался диагноз «обострение хронического простатита» и назначались антибактериальные препараты различных групп и НПВС. Эффект от лечения в каждом случае был не выражен и краткосрочен.

При осмотре: наружные половые органы развиты по фенотипу, внешних признаков воспаления нет. При пальпации определяется локальная умеренно интенсивная болезненность в области скротального отдела уретры. Дополнительных объемных образований не определяется. Пальцевое ректальное исследование: предстательная железа не увеличена, с четкими ровными контурами, мягкоэластической консистенции, безболезненна. С целью уточнения диагноза назначено инструментальное исследование.

Результаты и их обсуждение. Уретроскопия: оптика 0⁰, слизистая уретры незначительно гиперемирована, чистая, на 2 см дистальнее мембранозного отдела на 6 часах условного циферблата определяется вход в парауретральный ход, распространяющийся в направлении мочевого пузыря и слепо оканчивающийся не доходя до уровня наружного сфинктера. Ретроградная уретрография: уретра туго заполнена контрастом, который попадает в мочевой пузырь. В бульбозном отделе уретры по задней ее стенке определяется затек контраста в парауретральный ход. При опорожнении уретры в парауретральном ходе контраст задерживается.

Учитывая, болевой синдром и неэффективность консервативной терапии больному предложено оперативное лечение. С учетом локализации образования принято решение о проведении эндоуретротомии. Под спинномозговой анестезией эндоскопическим крючком было произведено рассечение стенки уретры в проекции аномального образования. В результате операции просветы уретры и парауретрального хода были объединены. Послеоперационное течение без осложнений. Уретральный катетер удален на третьи сутки. В послеоперационном периоде мочеиспускание и эрекции проходили безболезненно.

Выводы. Несмотря на то, что парауретральный ход является редкой аномалией развития, необходимо проводить его активную диагностику при выявлении соответствующих симптомов или отсутствии клинического эффекта от стандартного лечения воспалительного процесса в уретропростатической зоне.

Рак уретры – трудности диагностики

Батулина А.Р., Пономарева О.В., 4 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Жиборев А.Б.

Введение. Первичный рак уретры – крайне редкое заболевание. Частота встречаемости менее 1% от всех раков мочеполовой системы. Женщины болеют чаще мужчин (соотношение 4:1). 5-летняя относительная выживаемость при раке уретры 54%. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу 60-75 лет. Преобладающим типом является переходно-клеточный рак (64%), затем плоскоклеточный рак (16%) и аденокарцинома (10%). По причине столь редкой встречаемости возникают сложности как в диагностике, так и в лечении данной патологии.

Цель. Демонстрация клинического случая.

Материалы и методы. Анализ данных лабораторных и инструментальных исследований, ретроспективный анализ историй болезни, анамнеза.

Результаты и их обсуждение. Больная П., 68 лет, поступила в областное урологическое отделение ГБУ РО №11, 24.09.2017 с предварительным диагнозом: новообразование уретры. Жалобы на учащенное затрудненное мочеиспускание появились 3 года назад. Результаты МРТ органов малого таза – в области шейки мочевого пузыря неправильной формы, неоднородная полипоидная масса, пролабирующая в проксимальный отдел уретры, размером 1,5*1,7*1,7. Цистоскопия: опухоль мочевого пузыря не подтверждена. Провели консервативную терапию цистита. В августе 2018 больная поступила с аналогичными жалобами. УЗИ мочевого пузыря – в проекции шейки неоднородное образование размером 29*23*26 мм, с активным кровотоком (режим ЦДК). Остаточной мочи – 100 мл. Уретроцистоскопия: разрастания ткани по всей окружности уретры, пролабирующие в мочевой пузырь, слизистая его не изменена. Проведена ТУР-биопсия. Окончательный диагноз: уротелиальная папиллярно-тубулярная аденокарцинома T₁N₀M₀G₃. Больная проконсультирована врачом-онкологом в ГБУ РО ОКОД, совместно с которым было решено произвести трансуретральную резекцию уретры. Выполнена ТУР-резекция уретры. Сейчас пациентка мочится удовлетворительно, остаточной мочи нет.

Выводы. Данные МРТ органов малого таза не были подтверждены при традиционной цистоскопии. Решающую роль сыграла уретроцистоскопия, проведенная после неэффективного лечения. Это подтверждает трудность диагностики такого редкого заболевания, как аденокарцинома уретры.

Кефалогематома у новорожденных. Поиск причин, вызвавших ее появление

*Маршинина А.В., Сафронова А.Е., 4 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Гусак Ю.К.*

Введение. Частота встречаемости в популяции по данным различных авторов варьируется 0,5-3% на общее число родов.

Цели и задачи. Проанализировать истории родов и истории новорожденных с кефалогематомой, сравнить полученные данные с контрольной группой и сформулировать предрасполагающие факторы к появлению кефалогематомы.

Материалы и методы. 143 истории родов. Группа контроля (№1) – 100 историй родов, отобранных случайным образом. Группа с кефалогематомой (№2) – 43 истории родов. Был проведен анализ данных и сравнение одинаковых параметров в обеих группах. Для всех значений был просчитан критерий Стьюдента.

Результаты. По возрастному параметру в группе №2 наблюдалось преобладание женщин в возрасте от 19-25 лет. По паритету беременности процент первобеременных и первородящих выше в группе №2 (54% к 38%). С увеличением срока гестации повышался процент кефалогематом. В размерах таза значительных различий не выявлено. По экстрагенитальной патологии наблюдалась тенденция к увеличению родильниц с заболеваниями сердечнососудистой системы и ЖКТ в гр. №2. Гинекологические заболевания: значимых различий не выявлено. В период беременности кольпит наблюдался у 53,5% (p<0,05) родильниц в гр. №2 и 34% в гр. №1. ОРЗ перенесли 60,5% (p<0,05) родильниц в гр. №2 и 38% в гр. №1. В процессе

родов обвитие пуповиной наблюдалось у 25,6% ($p < 0,05$) в гр. №2 и 10% в гр. №1. Также обращает на себя внимание появление кефалогематомы в результате операции кесарева сечения и применения вакуум-экстрактора. Стремительные роды наблюдались у 21% ($p < 0,05$) в гр. №2 и 5% в гр. №1. Гистологическое исследование последа показало, что воспалительные изменения в плаценте наблюдались у 48,8% ($p < 0,05$) в гр. №2 и 21% в гр. №1. Были проанализированы данные новорожденных. По весу, росту, обхвату головки и груди и оценке по шкале Апгар дети значительных различий не имели. Однако, имелась тенденция к увеличению крупновесных детей в группе с кефалогематомой.

Выводы. Доминирующего фактора выделить не удалось. Согласно полученным данным установлено, что возможными причинами в развитии кефалогематомы являются: воспалительные заболевания женских половых органов, ОРЗ, обвитие пуповиной, стремительные роды и воспалительные изменения в плаценте.

Структура соматической и гинекологической патологии у женщин репродуктивного возраста, перенесших миомэктомию

Лугачева К.Г., 6 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Репина Н.Б.

Введение. Миому матки диагностируют у 30-35% женщин репродуктивного возраста. Учитывая частоту распространения данной опухоли, актуально рассмотрение соматического и гинекологического статуса у таких женщин.

Цель. Изучить особенности соматического и гинекологического статуса у женщин репродуктивного возраста с миомой матки, перенесших оперативное лечение (миомэктомию).

Материалы и методы. Были изучены 31 история болезни женщин репродуктивного возраста, которым была проведена консервативная миомэктомия в гинекологическом отделении ГКБ№10 в течение 2017 года.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст исследуемых составил 32,2 лет. У 62% в анамнезе имелись роды; у 44% всех рожавших женщин отмечалась поздняя реализация репродуктивной функции. Опухоль в 59% случаев представлена множественными узлами, в 41% – одиночными узлами различного диаметра. Расположение: 97% случаев – тело матки, 3% – шейка матки. Локализация: интрамуральные узлы – 62%, субсерозные – 48%, субмукозные – 14%. Длительность заболевания с момента первичного выявления миомы до проведения миомэктомии в среднем составила 4,8 лет. В 100% случаев пациентки предъявляли жалобы на тянущие боли внизу живота, 61% – на обильные менструации. У 29% женщин по данным послеоперационного гистологического исследования были выявлены признаки дисциркуляции и некротические изменения в узлах миомы. Большая часть исследуемых имели сопутствующую гинекологическую патологию. У 29% наблюдались признаки гиперпролиферативного синдрома с сочетанием как минимум трех патологических пролиферативных состояний, среди которых – миома, эндометриоз – 34%, кисты яичников – 31%, фиброзно-кистозная мастопатия – 21%, гиперпластический процесс эндометрия – 7%. 31% исследуемых имели избыточную массу тела, 3%- ожирение 1 степени, 6% – нарушение толерантности к глюкозе. Причем 67% с гиперпролиферативным синдромом входили в группу с эн-

докринно-обменными нарушениями. Только 38% имели сопутствующую соматическую патологию, что связано с молодым возрастом рассматриваемых пациенток. В структуре экстрагенитальной патологии преобладали: НЦД – 16%, хронический гастрит – 16%, хронический пиелонефрит-13%. В данных лабораторных исследований обращали на себя внимание: железодефицитная анемия – 32%, связанная с хронической кровопотерей; тромбоцитоз – 19%, что подтверждает данные о тромбогенном влиянии клеток этой доброкачественной опухоли; гиперхолестеринемия – 41%, что часто сочеталось с избыточной массой тела и входило в структуру эндокринно-обменных нарушений.

Выводы. Риск заболеваемости миомой матки выше у нерожавших женщин и женщин с поздней реализацией репродуктивной функции. Показанием к миомэктомии явилось женское бесплодие, боли, обильные менструации, признаки активности миомы. Часто наблюдалась сопутствующая гинекологическая патология, особенно гиперпролиферативные процессы, развивающиеся на фоне эндокринно-обменных нарушений. Более характерными изменениями в лабораторных исследованиях стали железодефицитная анемия, связанная с хронической кровопотерей; тромбоцитоз; гиперхолестеринемия.

Роль витамина D в патогенезе и лечении гнездной алопеции

Буркина А.Г., 6 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: ассистент Шилин Р.Р.

Введение. Актуальность проблемы лечения гнездной алопеции на современном этапе значительно увеличивается, что обусловлено не только ростом заболеваемости среди лиц молодого возраста, но и повышением требований к внешнему виду как фактору, играющему роль в социуме. Многофакторность развития заболевания, клиническое разнообразие форм проявления обуславливают большие трудности в разработке эффективных методов терапии.

Цель. Изучить взаимосвязь уровня витамина D в сыворотке крови с прогнозом в лечении гнездной алопеции.

Материалы и методы. Под наблюдение находились 23 пациента на базе ГБУ РО «ОККВД» с клиническим диагнозом «гнездная алопеция, прогрессирующая стадия» с поражением волосистой части головы, в период с апреля 2018 по февраль 2019 года. Из них мужчин – 14, женщин – 9. Средний возраст – 32 года. Среди пациентов не было беременных и кормящих грудью женщин, больных с анемией, заболеваниями щитовидной железы и пациентов получающих в последние 2 месяца добавки витамина D.

Результаты и их обсуждение. Анамнез: у большинства пациентов гнездная алопеция развилась после сильного нервного стресса, у трех пациентов отмечался идиопатический характер алопеции. Пациенты неоднократно лечились, получая необходимую терапию (топические стероиды, средства, улучшающие микроциркуляцию, препараты цинка), без положительного эффекта. У всех пациентов был проанализирован уровень 25-ОН-D3 (кальциферол) в сыворотке крови; из полученных данных следует, что витамин D у всех пациентов находится в дефиците.

Обследование. Дерматологический осмотр. Трихоскопия. Общий анализ крови, тиреотропный гормон, тироксин свободный, ферритин. Анализ крови на 25-ОН-D3 (кальциферол).

Лечение. Витамин D (в комплексной терапии) в дозировке 20 000 ED утром 1 раз в день, с последующим переходом на 10 000 ED в сутки. Показатели эффективности терапии. Через 1,5 месяца приема витамина D отмечался активный рост терминальных волос, у большинства пациентов произошел регресс очагов, часть продолжает находиться на терапии витамина D.

Выводы. Таким образом, введение витамина D в схему лечения пациентов с гнездовой алопеции, продемонстрировала нам хороший клинический прогноз и 100% положительный терапевтический эффект.

Опыт применения генно-инженерных препаратов в лечение тяжелых форм псориаза

*Буркина А.Г., Лаишкова А.Р., 6 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: ассистент Шилин Р.Р.*

Введение. Псориаз – это социально – значимое хроническое иммуновоспалительное заболевание, которое приводит к существенному снижению качества жизни больных.

Дерматоз не угрожает жизни, но является причиной серьезных психологических проблем, поводом для самоизоляции, депрессии.

Цель. Оценить эффективность действия генно-инженерного препарата на основе блокирования интерлейкина – 17 (ИЛ-17) у пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми формами вульгарного псориаза.

Материалы и методы. Анамнез. Под наблюдением находились 5 больных. Из анамнеза: у данных пациентов дебют псориаза 10-15 лет назад, за последние 2 года дерматоз приобрел торпидное, непрерывно рецидивирующее течение. Пациенты неоднократно проходили стационарное лечение (гепатопротекторы, дезинтоксикационная терапия, метотрексат, узкополосная фототерапия 311 нм, мазевое лечение – топические стероиды, кератолитики, увлажняющие средства) – без значимого положительного эффекта. В результате чего рекомендовалось перейти на лечение генно-инженерным препаратом, мы использовали блокатор ИЛ-17.

Клиническая картина. У всех пациентов дерматоз носил распространенный, воспалительный характер. На коже верхних и нижних конечностей (преимущественно разгибательные поверхности), живота, спины, груди, волосистой части головы (с выходом за линию роста волос) множественные красные, резко инфильтрированные папулы и бляшки с серебристо-белыми чешуйками на поверхности. Субъективно отмечался интенсивный зуд в местах эффоресценций.

Лабораторные анализы. Общий анализ крови (без патологии). Общий анализ мочи (без патологии). Биохимический анализ крови (у всех пациентов отмечалось повышение уровня холестерина). ЭКГ (в норме). Рентгенография органов грудной клетки (патологии не выявлено). Серологические реакции на ВИЧ, сифилис, гепатит С, В – отрицательные. Диаскинтест (отрицательный). Тест на беременность у женщин (отрицательный).

Медикаментозная терапия. В качестве терапии использовался препарат, блокирующий ИЛ-17 в дозировке 120 мг, 4 инъекции, строго подкожно.

Результаты и их обсуждение. Показатели эффективности терапии. На фоне лечения, спустя 2 месяца, получив 4 инъекции препарата ВСВ-085, в качестве

монотерапии, произошел регресс очагов, на месте папул и бляшек резидуальные светло-коричневые пятна. В результате лечения побочных и нежелательных явлений не возникало.

Выводы. Таким образом, в результате нашего лечения биологическим препаратом блокатор (ИЛ-17) пациентов с тяжелым вульгарным псориазом, была доказана высокая эффективность, быстрый ответ на терапию и надежный профиль безопасности.

Влияние микоплазменной инфекции на беременность

Заверткина Э.А., Егорова Е.А., 5 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: заведующий кафедрой дерматовенерологии,
д.м.н. Жильцова Е.Е.

Введение. Данная проблема актуальна, так как микоплазменная инфекция остается одной из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости. Часто микоплазменная инфекция протекает бессимптомно, однако у некоторых она все же вызывает такие воспалительные заболевания урогенитального тракта, как уретрит, кольпит, цервицит.

При обследовании беременных (по данным статистики) у 20 – 50% беременных женщин обнаруживается *M. hominis*, у 80% – *Ureaplasma urealyticum*, у 30% – оба вида возбудителя.

Пациенток беспокоит покраснение, зуд или жжение наружного отверстия мочеиспускательного канала, выделения из влагалища белого или желтого цвета, боль внизу живота и в области поясницы, учащенное и болезненное мочеиспускание, боль при половом акте.

Микоплазменная инфекция приводит к развитию следующей патологии: у 9,4% больных женщин спонтанное прерывание беременности на ранних сроках, у 17% многоводие, у 39% преждевременное отхождение околоплодных вод, у 16% преждевременные роды, у 21,4% пиелонефрит беременных, у 27,8% преждевременное старение плаценты, у 49% гестоз, у 7% врожденные пороки плода.

Цель. Оценить влияния микоплазменной инфекции урогенитального тракта на течение и исход беременности.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 160 беременных женщин в возрасте от 17 до 36 лет на разном сроке беременности.

Для диагностики использовалась ПЦР.

Результаты и их обсуждение. По данным исследования: *Ureaplasma urealyticum* обнаружена у 105 человек (65,6%), *Mycoplasma hominis* в сочетании с *Ureaplasma urealyticum* – у 55 человек (34,4%), сочетание микоплазменной инфекции с бактериальным вагинозом у 128 человек (95,6%).

Лечение беременных с установленным диагнозом микоплазменной инфекции урогенитального тракта проводилось в условиях стационарного отделения ГБУ РО «ОККВД». Назначен десятидневный курс а/б терапии: Джозамицин 500 мг 3 раза в день. Дальнейшее наблюдение женщин проводилось в родильных домах № 2 и № 4 г. Рязани.

Выводы. Микоплазмы могут вызывать достаточно серьезные воспалительные процессы органов репродуктивной системы женщины и осложнить те-

чение беременности, а также привести в дальнейшем к бесплодию. Желательно обследоваться на половые инфекции еще на этапе планирования беременности. Это поможет избежать осложнений течения беременности и назначения лекарств в столь ответственный период.

Факторы риска развития атопического дерматита

Разинкова Д.В., 6 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: заведующий кафедрой дерматовенерологии,
д.м.н. Жильцова Е.Е.

Введение. Атопический дерматит (АтД) – мультифакториальное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением и возрастными особенностями локализации. Атопический дерматит занимает одно из ведущих мест в общей структуре аллергических заболеваний. Распространенность данного заболевания неуклонно растет во всем мире.

Цель. Определить факторы риска развития АтД. Изучить и проанализировать данные научной литературы по проблеме исследования.

Материалы и методы. Для определения факторов риска развития АтД использовалась научная литература, имеющаяся в свободном доступе PUBMED, CYBERLENINKA.RU.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время выделяют три ведущих патогенетических механизма:

1. генетическая обусловленность (теория inside-out и inside-in);
2. нарушение целостности кожного барьера;
3. инициация ряда иммунных реакций, приводящих к развитию аллергического воспаления в кожном покрове.

Триггерные факторы: Вещества аллергенной природы (пищевые, бытовые, пыльцевые и др.) Роль гельминтов: Продукты жизнедеятельности гельминтов и их токсины вызывают активацию иммунокомпетентных клеток, гиперпродукцию иммуноглобулинов, особенно IgE, а также образование иммунных комплексов и повреждение Т-клеточного звена иммунитета. Роль кожной инфекции: При Атопическом дерматите наблюдаются дисбаланс ТН2/ ТН3 клеток и нарушение неспецифического иммунитета, барьерных свойств кожи, что объясняет подверженность больных Атопическим дерматитом к различным инфекционным процессам, обусловленным вирусами, бактериями и грибами.

Экзогенные факторы, усугубляющих действие триггеров, входят климато-географические зоны с экстремальными значениями температуры и повышенной инсоляцией, антропогенное загрязнение окружающей среды, воздействие ксенобиотиков (промышленные загрязнения, пестициды, препараты бытовой химии, лекарственные средства и т.п.).

Основными факторами риска развития АтД на ранних этапах являются патология беременности, заболевания, перенесенные во время беременности, в особенности различные вирусные инфекции, несоблюдение гипоаллергенной диеты, курение и другие вредные привычки, угрозы выкидыша и нефропатии беременных.

Выводы. Имеющаяся генетическая предрасположенность к атопическому дерматиту может проявляться при действии целого ряда неблагоприятных факторов внешней среды.

Менингококковая инфекция: современные реалии

Наумова И.В., Серегина А.В., Иванникова А.В., 5 курс, педиатрический факультет
Научный руководитель: к.м.н., ассистент Агеева К.А.

Введение. Менингококковая инфекция-инфекция с высокой смертностью. 8-15% умирают через 24-48 ч после появления симптомов.

Цель. Проанализировать заболеваемость генерализованной формой менингококковой инфекции в Рязани за 2012-2018 гг. и на примере клинического случая проанализировать течение тяжелой формы менингококковой инфекции.

Материалы и методы. Проанализированы все случаи генерализованной менингококковой инфекции, госпитализированные в и/о ГБУ РО «ОКБ им. Н.А. Семашко» за 2012-18 гг. Всего было 6 случаев, 50% в 2018г. Подробно рассмотрим пример фульминантной формы менингококковой инфекции.

Результаты и их обсуждение. Больная 19 лет, заболела остро 15.10.18 вечером, Т тела 37,2°C. В ночь Т до 39°C, появилась головная боль, боль в шейном отделе позвоночника. В 17:10 потеряла сознание, однократно рвота и жидкий стул. Вызвана СМП. При поступлении: состояние тяжелое, положение пассивное, сознание ясное, вялая, ориентирована в месте и времени. Положительные менингеальные с-мы, кожные покровы бледные, цианоз губ, на коже туловища, конечностей элементы сыпи. Эпиданамнез: у соседки по общежитию симптомы назофарингита. АД – 60/0 мм рт.ст. ЧСС – 120/мин. LP: ликвор мутный, реакция Панди +, белок 0,967 г/л, цитоз 39 кл., п/я 72%, с/я – 28%, мон – 1%, лимфоциты 27%. При бактериоскопии: в мазке отмечаются ГР- кокки. Предварительный диагноз: Менингококковая инфекция: смешанная форма: фульминантный вариант. Менингококцемия. Менингит. Назначен цефтриаксон, левофлоксацин. На 3-й день в связи с падением SpO₂ до 82% больная переведена на ИВЛ. Добавлен меронем. На 5-й день в области правого надпочечника анэхогенное образование 21 x 11 мм. На 8-й день на R-грамме: ателектаз левого легкого. Из крови выделена N. meningitidis группы C. Добавлен амикацин. На 13-й день на R-грамме – пневмоторакс справа. На 15-й день на R-грамме ателектаз слева. Проведена санация всех очагов инфекции. На фоне лечения наступило выздоровление. Выписана с ДЗ: Менингококковая инфекция: генерализованная форма: менингококцемия, фульминантный вариант, менингит. Осложнения основного заболевания: ИТШ III-IV. Синдром полиорганной недостаточности: ОССН, острый ДВС-синдром, ОРДС, отёк головного мозга. 2 ст. полисегментарная пневмония. Ателектаз левого легкого. 2 ст. выпотной плеврит. Пневмоторакс справа. ЖКК. Анемия, тяжелой степени. Острая почечная недостаточность. Миоперикардит. Кровоизлияние в правый надпочечник. ИВЛ (16.10-6.11.18), трахеостома (от 29.10.18-8.11.18). Катетеризация правой подключичной вены. Некроз диаметром 1,5 см в верхней трети бедра слева. ВГЧ I типа, реактивация.

Выводы. При своевременном выявлении и ранней антибактериальной терапии исход менингококковой инфекции, как правило, благоприятный, однако тяжелое течение менингококковой инфекции часто сопровождается развитием тяжелых осложнений и вторичных инфекций.

Применение сводных таблиц для обработки медицинских данных

Блинов А.А., Галустян А.В., 2 курс, стоматологический факультет
Научные руководители: д.м.н., доцент Асфандиярова Н.С.,
старший преподаватель Дорошина Н.В.

Введение. Последние годы характеризуются увеличением числа больных с множественными хроническими заболеваниями (МХЗ), обусловленными ожирением и старением. Остается малоизученной роль сахарного диабета 2 типа (СД2) в формировании структуры МХЗ.

Задачи. Представление исходных данных в виде сводной электронной таблицы для последующей адаптивной обработки.

Материалы и методы. Исследовалось 2523 человека на наличие у них двух и более хронических заболеваний (данные представлены ГБУ РО ГКБ №10, ГБУ РО ГКБ №11, ГБУ РО Городская клиническая поликлиника №6 г. Рязани). Всего таких пациентов оказалось 2254 человека. Перечень заболеваний включал 15 позиций. Особое место отводилось СД2.

Все данные по больным были представлены в исходном виде по-разному: рукописно, в текстовом редакторе, сканированные рукописные документы. Использовалась общедоступная программа по работе с электронными таблицами. Была проведена фильтрация и сортировка полученных данных вручную с последующим занесением их в электронные таблицы, придуман дизайн. Данные отсортировывались по возрасту (согласно ВОЗ) и полу. Подсчитано количество заболеваний у каждого пациента. Использование стандартных функций в электронных таблицах позволили получить сводную таблицу как результат обобщения всей первоначальной информации. По ней можно найти любую детальную информацию.

Структура сводной информации организована так, что можно найти, сколько человек болеет определенной болезнью из нашего списка, при этом у скольких из них есть сахарный диабет, учтены при этом возраст и пол. Например, если взять артериальную гипертензию (АГ), то можно найти в таблице, что в возрасте от 18 до 44 лет ей болеют 80 человек, из них 50 мужчин и 30 женщин, из этой группы СД2 есть у 10 человек, из них 7 мужчин и 3 женщины и так для каждого заболевания и возрастной группы. Представленная электронная информация очень наглядна и удобна для дальнейшей обработки

Дальнейший анализ данных заключался в составлении четырехпольных таблиц сопряженности по каждому заболеванию для применения критерия хи-квадрат и отношения шансов развития МХЗ у больных СД2.

Результаты. СД2 выявлен у 407 больных (18,1%), соотношение м:ж – 1:2,53. При СД2 артериальная гипертензия преобладала в возрасте 18-59 лет ($p < 0,05$), стенокардия, хроническая сердечная недостаточность, цереброваскулярная болезнь, заболевания печени, почек – в возрасте 45-74 лет ($p < 0,001$), гемиплегия – в возрасте 45-89 лет ($p < 0,05$). В возрасте 60-74 лет онкологические заболевания чаще встречались у больных без СД ($p < 0,001$).

Ожирение, вне зависимости от наличия СД, ассоциировалось с большей обремененностью заболеваниями ($p < 0,05$).

Гендерное различие по МХЗ у больных СД2 заключалось лишь в преобладании инфаркта миокарда ($p < 0,001$) и язвенной болезни у мужчин ($p < 0,01$); у женщин

чаще встречалось ожирение, стеатоз печени в молодом возрасте, остеоартрит в общей группе ($p < 0,05$), по остальным заболеваниям различий не отмечено.

Заключение. СД2 встречается у 18,1% больных МХЗ. СД2, наряду со старением и ожирением, является фактором риска развития МХЗ.

Случай эндометриоидной аденокарциномы яичника на фоне пограничной эндометриоидной опухоли

Аверина М.М., 4 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Виноградов И.И.

Введение. Частота встречаемости злокачественных новообразований яичников – 5% от всех злокачественных опухолей. Из-за поздней диагностики и устойчивости опухолевых клеток к лечению данная патология – одна из основных причин смерти женщин. Поэтому важно обнаружить процесс не только на ранних стадиях, но и в те моменты, когда опухоль еще не подверглась малигнизации – в случае доброкачественных (ДОЯ) и пограничных опухолей (ПОЯ). ПОЯ – группа овариальных новообразований с благоприятным прогнозом, для которых характерны клеточная и ядерная атипия, выраженные в большей степени, чем в их доброкачественных аналогах, пролиферация эпителия, отсутствие стромальной инвазии.

Цель. Изучить клинический случай эндометриоидной аденокарциномы яичника на фоне пограничной опухоли.

Материалы и методы. Женщина 35 лет поступила в стационар ГБУ РО ОКОД в марте 2018 года с подозрением на опухоль яичника. Была проведена плановая экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника и ревизия тазовых органов. После оперативного лечения назначена химиотерапия с использованием карбоплатина и паклитаксела.

Результаты и их обсуждение. Макроскопическая картина опухоли: придатки в виде трубы без особенностей и яичника размерам 4x2,5x3,5 см с мелкими кистами и исходящим из него бугристым опухолевым образованием 5x3x4 см с сосочковыми разрастаниями по поверхности. Микроскопическая картина: ДОЯ – эндометриоидная цистаденома, по гистологическому строению напоминающая эндометрий в фазу пролиферации. В зоне перехода ДОЯ в ПОЯ появляются сосочковые структуры за счет пролиферации клеток с более выраженным полиморфизмом эпителиоцитов и увеличением размеров ядер. Зона эндометриоидной аденокарциномы – мелкие тубулярно-кистозные структуры, выстланные одним или несколькими слоями высокого призматического эпителия с крупными округлыми гиперхромными ядрами, с инвазией в подлежащие ткани. Выявляются участки плоскоклеточной дифференцировки. Патоморфологический диагноз: высокодифференцированная эндометриоидная аденокарцинома яичника на фоне эндометриоидной пограничной опухоли. На данный момент рецидивов опухоли и отдаленных метастазов не наблюдается.

Выводы. Необходимо тщательное исследование материала для выявления гетерогенности опухоли и генетическое исследование на перечисленные мутации для прогнозирования и оценки риска малигнизации.

Полиморфизм гена XPD при колоректальном раке

Григоренко В.А., 6 курс, лечебный факультет;

Ваганова С.Х., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Мерцалов С.А.

Введение. Продукт гена XPD является важным участником экцизионной репарации ДНК на уровне нуклеотидов. Многоплановость роли белка XPD подчеркивается значением полиморфного статуса его гена, определяющего как межиндивидуальные фенотипические различия в общем, так и предрасположенность к различным онкопатологиям в частности. Согласно данным мировой литературы, наблюдаются противоречивые мнения в отношении роли полиморфизма гена XPD при колоректальном раке. Часть работ, например мета анализ 2014 года (Tao Zhang, Dong-ming Zhang, Da Zhao), показали отсутствие достоверной связи наличия гена XPD Lys751Gln с повышенным риском развития колоректального рака. В то время как другая часть работ показала наличие связи повышенного риска развития колоректального рака при наличии гена XPD Lys751Gln, к примеру, исследование 2019 года (Jin D, Zhang M, Hua H). Таким образом, данные литературы неоднозначны и не охватывают российскую популяцию, ввиду чего изучение полиморфизма данного гена при колоректальном раке остается актуальной проблемой.

Цель. Оценить полиморфизм гена XPD у пациентов с колоректальным раком.

Материалы и методы. Была проведена оценка полиморфизма гена XPD у 143 человек. Основную группу составили 105 пациентов с колоректальным раком, проходивших обследование и лечение на базе Рязанского областного клинического онкологического диспансера в период с 2016-2018 гг. Группа была разбита в соответствии с половым признаком на мужчин (58 человек) и женщин (47 человек). Контрольную группу составили 38 здоровых добровольцев, которых также разделили в соответствии с половым критерием на 6 мужчин и 32 женщин. Обе группы были ранжированы на возрастные подгруппы 40-49 лет, 50-59 лет, 60-69 лет, 70-79 лет и 80-89 лет. Локализация опухолевого процесса в основной группе была разделена на рак прямой кишки (76 пациентов) и рак ободочной кишки (29 пациентов). Стадия опухолевого процесса была распределена в соответствии с классификацией TNM 8-е издание 2018 года. Генотипирование проводилось на базе ЦНИЛ ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России методом выделения ДНК из лейкоцитов венозной крови обследуемых с последующей ПЦР с электрофоретической детекцией результата. При исследовании полиморфизма гена XPD его состояние у конкретного индивида оценивалось как гетерозиготное (гетеро), гомозиготное по доминантной аллели (гомо1) и гомозиготное по рецессивной аллели (гомо2). Достоверность различий полиморфизма в группах оценивалась с использованием критерия хи-квадрата Пирсона.

Результаты и их обсуждение. Учитывая достоверные различия в исследуемых группах по половому составу, исследование было начато с оценки значимости пола в полиморфизме гена XPD. При проведении статистического анализа с учетом полового критерия, достоверных различий выявлено не было. При сравнении возрастных подгрупп внутри самих исследуемых групп, также не было выявлено достоверных различий. Полученные результаты свидетельствуют о том, что внутри самих групп возраст и пол не оказывают влияния на полиморфизм гена XPD. При дальнейшем анализе групп между собой были получены статистически достоверные разли-

чия. Так в подгруппе пациенток с колоректальным раком 60-69 лет наблюдалось превалирование гетерозиготной формы гена XPD Lys751Gln в отличие от лиц контрольной группы, где преобладала гомол форма. Различия достоверны ($p=0,017$). Ввиду того, что в старшей возрастной подгруппе в контрольной группе наблюдалось недостаточное для оценки количество наблюдений, пациенты старшей возрастной группы и пациенты мужского пола всех возрастных подгрупп сравнивались с целой контрольной группой. Было выявлено, что у пациентов с колоректальным раком 70-79 лет обоих полов преобладала гетерозиготная форма гена XPD Lys751Gln по сравнению с контрольной группой, где отмечалось одинаковое распределение гетерозиготной и гомол формы. Различия достоверны ($p=0,039$). Схожие результаты наблюдались при анализе пациентов мужского пола 70-79 лет. При проведении анализа полиморфизма исследуемого гена в зависимости от локализации и стадии опухолевого процесса статистически достоверных различий выявлено не было.

Выводы. Половой и возрастной критерии не оказывают влияния на полиморфизм гена XPD. Полиморфизм гена XPD имеет достоверные различия между пациентками 60-69 лет, пациентами 70-79 лет обоих полов, а также пациентами мужского пола 70-79 лет и здоровыми добровольцами. Локализация и стадия колоректального рака не связана с полиморфизмом гена XPD. Дальнейшее изучение полиморфизма гена XPD при колоректальном раке, по-видимому, имеет перспективы с позиции его взаимосвязи с течением заболевания у пациентов старшей возрастной группы.

Метастаз меланомы в текому

Смазнова Д.С., 4 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Виноградов И.И.

Введение. Меланома – это злокачественная опухоль нейроэктодермального происхождения, развивающаяся из меланоцитов, расположенных преимущественно в коже. Помимо кожной формы меланомы, составляющей более 90%, существуют также внекожные формы опухоли, к которым относят меланому слизистых, оболочек головного и спинного мозга, глазную меланому.

Следует отметить, что среди всех злокачественных опухолей кожи меланома занимает особое место. Причиной этого является раннее появление регионарных лимфогенных метастазов, но в значительно большей степени гематогенное метастазирование с развитием отдаленных метастазов. Во всем мире отмечается неизменная тенденция к постоянному росту заболеваемости меланомы кожи. Текома – доброкачественная гормон-продуцирующая опухоль яичника, возникающая в периодах пери- и постменопаузы, однако примерно у 10 % больных она встречается до 30 лет.

Цель. Рассмотреть спорадический случай метастазирования злокачественной опухоли в доброкачественную.

Материалы и методы. Пациентка П., 1988 г.р., в 2013 году была госпитализирована в ГБУ РО ОКОД с подозрением на меланому кожи правой ягодичной области. Там же была проведена операция по удалению данной опухоли.

Результаты и их обсуждение. При гистологическом исследовании: неизъязвленная пигментная лентиго-меланома в фазе вертикального роста, уровень ин-

вазии по Кларку – 2, толщина по Бреслоу – 2 мм. В крае резекции опухолевого выявлено не было. В марте 2018 года пациентка снова поступила с ГБУ РО ОКОД с подозрением на опухоль яичника.

Макроскопическая картина: Во время операции обнаружена опухоль яичника размером 19x15x10 см, на разрезе солидного вида с массивными очагами кровоизлияний, а также увеличенные подвздошные и обтураторные лимфоузлы в виде конгломерата размерами 5x5x4 см, плотной консистенции, серо-желтого цвета с участком кровоизлияния в центре 2x2 см.

Микроскопическая картина: на препарате видна четкая граница между меланомой и текомой, которая представлена большими округло-полигональными эпителиоидными клетками, формирующими тяжи, поля и гнезда, разделенные соединительнотканными прослойками с большим количеством капилляров.

Данный клинический случай закончился летально.

Заключение. Таким образом, среди большого многообразия неопластических процессов опухоли меланоцитарного генеза занимают ведущее место среди наиболее злокачественных, приводя к гибели больных через 6-8 месяцев с момента обнаружения первых метастазов.

Возможность применения жидкостной биопсии в диагностике колоректального рака

Шепелева В.К., 4 курс, лечебный факультет

Научные руководители: ассистент Кадыкова А.И.;
заведующий кафедрой гистологии, патологической анатомии
и медицинской генетики, к.м.н., доцент Деев Р.В.

Введение. По данным International Agency for Research on Cancer, колоректальный рак (КРР) занимает 2 место в структуре онкологической патологии России, число новых случаев на 2018 год составило 71.406. При обнаружении КРР на ранней стадии 5-летняя выживаемость пациентов составляет около 90%. Однако только 4 из 10 случаев колоректального рака обнаруживаются на этой стадии, в связи с тем, что использующиеся на сегодняшний день методы скрининга, имеют ряд недостатков. Имеющиеся способы скрининга, может заменить новый диагностический метод – жидкостная биопсия (ЖБ).

Цель. Изучение методики проведения ЖБ и возможности ее применения для ранней диагностики КРР.

Материалы и методы. Анализ литературы с использованием открытых источников.

Результаты и их обсуждение. ЖБ – метод, основанный на определении в крови циркулирующих опухолевых клеток (ЦОК), циркулирующей опухолевой ДНК (цОДНК), экзосом и микроРНК, продуцируемых опухолью. ЖБ имеет ряд особенностей, связанных с пробоподготовкой. К таким особенностям относится, например, выбор специальных пробирок, которые стабилизируют генетический материал при длительном хранении, а также проведение двойного центрифугирования, позволяющий отделить цОДНК от форменных элементов крови. Для выделения ЦОК используются метод ISET (Isolation by Size of Tumor). Он основан на изоляции опухолевых клеток по размеру. Второй метод – CellSearch использует

технологии захвата эпителиальных клеток антителами, направленными против мембранного эпителиального антигена EpCAM.

ЖБ позволяет определить мутации в генах *KRAS*, *NRAS*, *BRAF*, участвующих в сигнальном пути EGFR. В 60-80% случаев КРР отмечается гиперэкспрессия рецепторов эпидермального фактора роста (EGFR). Сигнал через рецептор от EGF передается на геном клетки и оказывает влияние на дифференцировку, пролиферацию, миграцию, ангиогенез, апоптоз. При наличии активирующей мутации в генах, нарушается работа сигнального пути, и применение моноклональных антител (панитумумаб, цетуксимаб) к EGFR становится неэффективным.

Выводы. На сегодняшний день ЖБ является перспективным методом ранней диагностики опухолей и метастазирования. ЖБ позволяет подбирать таргетную терапию без проведения биопсии самой опухоли, т.к. для поиска генов-мишеней требуется только образец крови.

Случай септического шока у новорожденного ребенка

Вишнякова Д.А., 4 курс, педиатрического факультета

Научные руководители: заведующий кафедрой детских болезней с курсом госпитальной педиатрии, д.м.н., профессор Дмитриев А.В., заведующий ОРИТН ГБУ РО «ОКПЦ» Баскевич М.А.

Актуальность. Сепсис – жизнеугрожающее нарушение функций органов, вызванное реакцией организма хозяина на инфекцию. Септический шок является одним из самых распространенных в отделениях реанимации, развивается в 10–15% случаев сепсиса новорожденных. Летальность $\geq 50\%$.

Цель. Рассмотреть клинический случай септического шока у новорожденного ребенка

Описание. В роддоме появился ребенок от четвертой неосложненной беременности. ГВ 35 недель, родоразрешение путем КС по поводу ПРПО. Безводный промежуток 4' 22", Апгар 6/7, масса тела 2720г, длина тела 50 см. ОАК в норме. Через 2 ч после рождения на фоне развившейся ДН ребенок доставлен в ОРИТН, где налажена респираторная поддержка nCPAP с FiO₂ 35%. Показатели гемодинамики стабильны: ЧСС 140", АД= 51/34(42) mm Hg.

Предварительный основной диагноз: врожденная пневмония на фоне РДСН 1-2 сутки. Отмечена временная стабилизация состояния на фоне респираторной поддержки nCPAP, однако через 17 часов – отрицательная динамика (нарастание ДН), проведена назотрахеальная интубация трахеи с переводом на ВИВЛ с умеренно «жесткими» параметрами респираторной поддержки. Лабораторно: лейкоцитоз $18 \cdot 10^9$ /л, АСТ 66 Е/л. 3 сутки. На фоне лечения – прогрессирующая отрицательная динамика, нарастание ДН, клиника дистрибутивного шока. Рентгенограмма: симптом «белых легких», 2-х сторонняя пневмония. Эндотрахеально введен препарат экзогенного сурфактанта. Корректируется антибактериальная терапия, начат курс иммунокоррекции. АД: в течение суток – прогрессирующая артериальная гипотензия 58/34 (41)->35/17(25) mm Hg, интубационная поддержка добутамином и допамином на тах дозах с последующим добавлением адреналина гидрохлорида и гидрокортизона. УЗИ: выраженная легочная гипертензия (P_{ср} 57 mHg), но нет доступных методов ее коррекции – силденафил, магnezия противо-

показаны из-за снижения АД, добутамин не справляется. УЗИ: признаки гиповолемии (верхняя полая вена спадается $\geq 50\%$), последовательно вводятся три болюса из расчета 10 мл/кг: NaCl 0,9% и дважды гелофузин 4%. К концу 3х суток на фоне максимальных доз кардиотонических препаратов, ИВЛ с FiO₂ 100%, P_{in} 40-45 mbar регистрируется быстро прогрессирующая брадиаритмия до 30-40 в мин с переходом в асистолию. Проведены эффективные реанимационные мероприятия. Из-за чего же случилась остановка сердца? Причиной послужил синдром «пустого сердца» при дистрибутивном шоке. В связи с этим проведена высокообъемная инфузионная терапия по формуле Корнуэла: 10-15 мл/кг/час. Ребенок начал получать инфузию в размере 30-40 мл/час (700-800 мл/сут). ОАК в норме, б/х крови: СРБ 36, ПКТ >2 нг/мл, АСТ 42 Е/л, лактат 9,4->15->23,4 ммоль/л. Произведена коррекция основного клинического диагноза на ранний неонатальный сепсис, ДН III инфекционно-токсический шок, персистирующая легочная гипертензия. 4 сутки. В связи с нестабильной гемодинамикой на максимальных дозах кардиотонических и вазопрессорных препаратов произведена трансфузия альбумина 20%. 5 сутки. Отмечена стабилизация, осуществлена пошаговая редукция дозы инотропной поддержки с последующей отменой, редукция параметров ИВЛ. Высокообъемная инфузионная терапия, проводимая в течение 36 часов, прекращена. Лактат 4,4 ммоль/л. 6-27 сутки. Состояние с положительной динамикой, остается тяжелым за счет сохраняющихся респираторных, неврологических нарушений. Производится три попытки экстубации, однако в связи с нарастанием ДН ребенок каждый раз повторно интубируется.

На момент перевода из ОРИТН в ОПННД ГБУ РО «ОКПЦ» состояние тяжелое, стабильное по витальным функциям. В неврологическом статусе сохраняется с-м угнетения ЦНС. Энтеральную нагрузку усваивает полностью. Динамика веса с момента рождения положительная (+250 г).

Выводы. Сепсис, осложненный септическим шоком, является одной из самых тяжелых нозологий в ОРИТН. Клиническая и лабораторная картина может быть стертой. Грамотное сочетание полученных результатов дополнительных методов обследования позволяет разобраться в патогенезе критического состояния и проводить целенаправленную интенсивную терапию, направленную на разрыв «порочных» кругов патогенеза.

Оценка качества подготовки студентов старших курсов педиатрического факультета и ординаторов РязГМУ по вопросам грудного вскармливания

Лукичев В.Е., Ларина Н.А., 6 курс, педиатрический факультет
Научный руководитель: заведующий кафедрой факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии фдпо, д.м.н., доцент Белых Н.А.

Актуальность. Результаты научных исследований последних лет показывают, что питание ребенка влияет на его рост, развитие и состояние здоровья. А грудное молоко наиболее оптимальным продуктом питания ребёнка первых месяцев жизни.

Цель. Оценить уровень подготовки студентов старших курсов педиатрического факультета и ординаторов РязГМУ по вопросам грудного вскармливания (ГВ).

Материалы и методы. Анкетирование по вопросам ГВ (42 вопроса) 68 человек, из которых: 24 – студенты 5 курса, 24 – студенты 6 курса, 20 – ординаторы 1-го года по педиатрии и неонатологии.

Результаты. Оптимальным режимом питания ребенка первых 2–3 месяцев жизни «по требованию» считают 37,5% студентов 5 курса, 50% шестикурсников и 55% ординаторов. Среди студентов 5 курса 79,2% опрошенных считают, что пролактин стимулирует выработку молока, 79,2% – на 6 курсе и 80% ординаторов, а о том, что стимулирует выделение молока окситоцин – 83,3%, 70,8% и 80% соответственно. Среди опрошенных 12,5% пятикурсников, 41,7% студентов 6 курса и 75% ординаторов 1-го года обучения знают, что объем молока напрямую зависит от употребления жидкости кормящей матерью, и считают, что лактация зависит от частоты прикладывания ребенка к груди (58,3, 95,8 и 100% соответственно). Преобладающее большинство опрошенных студентов знают о том, что лактационный криз является физиологическим состоянием (70,8, 83,3, 75% соответственно) и в этот период необходимо отрегулировать питьевой режим матери и чаще прикладывать ребенка к груди. Среди респондентов 5 курса 29,2% знают, что исключительно ГВ ребенок должен получать до 6 месяцев, 37,5% – на 6 курсе и 30% ординаторов, при этом 41,7% студентов 5 курса, 58,3% 6-курсников и 75% ординаторов считают, что ребенок не нуждается в дополнительной жидкости.

Выводы. Проведенное анкетирование продемонстрировало, что уровень подготовки студентов старших курсов и ординаторов по вопросам грудного вскармливания неоднороден. Это свидетельствует о необходимости повышения знаний и профессиональных компетенций по вопросам физиологии и организации грудного вскармливания.

Оптимизация лечения больных с холедохолитиазом с использованием эндовидеотехнологий

Андрианова К.В., Завгородняя М.В., Симонов К.А., 6 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: д.м.н., доцент Зайцев О.В.

Введение. Обследовано 115 больных с верифицированным диагнозом желчнокаменная болезнь от 35 до 80 лет. Основная группа – 55 человек, прооперированных лапароскопически; контрольная – 60 человек, прооперированных лапаротомически. Проведен анализ результатов оперативного лечения и послеоперационного периода. Выявлено, что эндовидеохирургические вмешательства – метод выбора при холедохолитиазе.

Цель. Анализ ценности эндовидеохирургии при холедохолитиазе.

Материалы и методы. 115 больных с диагнозом ЖКБ разделены на основную группу (55 человек, прооперированных лапароскопически) и контрольную (60 человек, прооперированных лапаротомно). Критерии анализа: продолжительность операции; послеоперационный болевой синдром; длительность назначения анальгетиков; длительность пребывания в стационаре.

Результаты и их обсуждение. Болевой синдром в течение 6 часов после операции составил 2,41 балла в основной группе и 6,98 балла в контрольной. Из интраоперационных осложнений при лапароскопии чаще встречается вскрытие просвета желчного пузыря (7,27% против 3,33% в контрольной группе), при лапаротомии – кровотечение из ложа желчного пузыря (11,67% против 3,64% у основной группы). Длительность назначения анальгетиков в днях: основная группа – наркотические 1,37 и ненаркотические 1,98; контрольная – 3,36 и 4,17 соответственно. Пребывание в стационаре после лапароскопии – 7,1 дней, после лапаротомии – 10,96 дней. Длительность операции – 101,27 минут основной группы против 96,7 мин у контрольной.

Выводы. После лапароскопической операции менее выражен болевой синдром, сокращена длительность назначения анальгетиков и срок пребывания в стационаре. Из интраоперационных осложнений при лапароскопии чаще встречается вскрытие просвета желчного пузыря (7,27% против 3,33% в контрольной группе), при лапаротомии – кровотечение из ложа желчного пузыря (11,67% против 3,64% у основной группы). На продолжительность операции вид доступа не влияет. Эндовидеохирургия имеет преимущества и даёт хорошие результаты после операции, что даёт возможным считать их методом выбора у пациентов с ЖКБ.

Изучение метаболической и миграционной активности эндотелиальных клеток *in vitro*

Суров И.Ю., Стрельникова Е.А., Трушкина П.Ю., 5 курс, лечебный факультет;
Боженова А.Д., 2 курс, лечебный факультет
Научные руководители: к.м.н., доцент Короткова Н.В.,
к.м.н., доцент Мжаванадзе Н.Д.

Введение. В статье представлены результаты экспериментов, направленных на изучение влияния внеклеточных ацидоза, алкалоза, лактатацидоза на миграционную способность и концентрации конечных метаболитов оксида азота в культуре эндотелиальных клеток пупочной вены человека (HUVES).

Цель. Изучение влияния алкалоза, ацидоза и лактатацидоза на миграционную активность и концентрации конечных метаболитов оксида азота в культуре эндотелиоцитов человека HUVES.

Материалы и методы. Материалом для исследования стали клетки HUVES, выделенные из пупочной вены человека. Было выполнено моделирование условий внеклеточных ацидоза (рН 7,19), алкалоза (рН 8,88) и лактатацидоза (рН 6,44). Отбор эффлюэнта производился один раз в сутки. В последующем произведено определение концентрации конечных метаболитов оксида азота II (NO) фотокolorиметрическим методом. Параллельно проводился анализ застарания повреждения путем нанесения царапины на клеточный монослой с последующей фиксацией изображений с фиксированным временным интервалом.

Результаты и их обсуждение. Моделирование алкалоза и ацидоза не оказало существенного влияния на метаболическую активность первичной линии HUVES с позиции выработки оксида азота. Внеклеточный лактатацидоз приводил к статистически значимому увеличению концентрации метаболитов оксида азота на вторые сутки (24-48 ч) эксперимента $p < 0.05$, что может свидетельствовать о развитии нитрозативного стресса.

В первые сутки (0-24 ч) при сравнении миграционной активности групп контроль и лактат-ацидоз с использованием t-критерия Стьюдента было получено статистически значимое различие ($p = 0.039$). На вторые сутки (24-48 ч) при межгрупповом сравнении получены статистически значимые различия между группами ацидоз и алкалоз ($p = 0.007$), ацидоз и лактатацидоз ($p = 0.004$).

Выводы. Условия внеклеточного лактатацидоза оказали наиболее неблагоприятное воздействие на метаболическую активность и миграционную способность эндотелиоцитов в сравнении с ацидозом, алкалозом и контрольной группами.

Клинический опыт реконструктивной хирургии позвоночных артерий в Рязанской области

Трушкина П.Ю., 5 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., доцент Пшенников А.С.

Введение. В статье рассмотрены особенности анатомического строения, диагностики и хирургического лечения пациентов с патологией позвоночных арте-

рий (ПА), а также приведены примеры реконструктивных вмешательств, выполненных в Рязанской области.

Цель. Рассмотреть особенности анатомического строения ПА, диагностики и подхода к оперативному вмешательству, проанализировать случаи реконструктивных вмешательств на ПА, выполненных в Рязанской области.

Материалы и методы. Было проанализировано 15 случаев хирургического лечения патологической извитости и атеросклеротического поражения ПА, выполненных в ОСХ ГБУ РО ОКБ г. Рязань с мая 2018 по март 2019 г. Было выполнено 13 реимплантаций ПА в подключичную артерию и 2 протезирования ПА.

При нормальной анатомии ПА берут начало от подключичных артерий. В 5% случаев левая ПА начинается от дуги аорты. Также ПА могут иметь отхождение от общих сонных артерий. Диаметр левой ПА в 50% случаев больше, а в 25% – равен диаметру правой. В 10% случаев встречается гипоплазия одной из артерий. К редукции кровотока по ПА приводят изменения: атеросклеротические стенозы, тромбозы, эмболии; посттравматическое расслоение, экстравазальные компрессии; деформации артерий. [4].

Диагностика: дуплексное сканирование БЦА, МСКТА или МРА, рентгеноконтрастная ангиография. Гемодинамически значимые стенозы в проксимальных отделах ПА считаются таковыми при превышении ЛСК 120 см/сек.

Показания к оперативному вмешательству: окклюзия ПА, стеноз ПА > 70%, патологическая извитость и экстравазальная компрессия. В отсутствие задних соединительных артерий в виллизиевом круге стеноз даже одной ПА может вызывать ВБН.

Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде после вмешательств на позвоночных артериях у пациентов с патологической извитостью и атеросклерозом ПА летальных исходов либо серьезных нежелательных явлений зафиксировано не было.

Выводы. Хирургическая коррекция патологической извитости и атеросклеротического поражения ПА дает хорошие результаты в раннем послеоперационном периоде и может использоваться сосудистыми хирургами, имеющими навыки выполнения вмешательств на ПА. Оценка отдаленных послеоперационных результатов требует дальнейшего наблюдения.

Особенности кровоснабжения перешейка поджелудочной железы

Семичёва А.А., Насибян Г.А., 5 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: ординатор кафедры госпитальной хирургии
Тараканов П.В.

Введение. Исследовано 15 статей по особенностям кровоснабжения, 10 статей по топографии протоковой системы поджелудочной железы и 15 органокомплексов верхнего этажа брюшной полости.

Цель. Изучить особенности топографии артериальных сосудов и строение протоковой системы перешейка поджелудочной железы и их значение.

Материалы и методы. Теоретическая часть – использовали литературные базы данных, проанализировали статьи по особенностям кровоснабжения и топографии протоковой системы перешейка поджелудочной железы. Собственное ис-

следование – препаровка 15 органокомплексов верхнего этажа брюшной полости с использованием метода предварительной инъекции сосудов наливочной массы.

Результаты и их обсуждение. Основным сосудом перешейка поджелудочной железы является перипанкреатическая артерия, топография которой постоянна. Так же встречаются дополнительные сосуды на передней поверхности перешейка поджелудочной железы. Топография главного панкреатического протока поджелудочной железы в области перешейка отличается своей вариабельностью, что может коррелировать с формой поджелудочной железы. Так же в области перешейка поджелудочной железы встречаются протоки второго порядка.

Выводы. Учет топографии трубчатых структур перешейка поджелудочной железы, при ее пересечении, может позволить снизить величину интраоперационной кровопотери, а так же возможно разработать уникальный метод пересечения поджелудочной железы, снизив тем самым частоту послеоперационных осложнений.

Бесфиксационный способ лапароскопической паховой герниопластики

Пархоменко А.А., 6 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: д.м.н., доцент Зайцев О.В.; д.м.н., доцент Натальский А.А., д.м.н.; профессор Тарасенко С.В.

Введение. Сравнение непосредственных и отдалённых результатов лапароскопической ТАРР паховой герниопластики с фиксацией сетчатого эндопротеза и без неё у пациентов с прямыми и косыми паховыми грыжами.

Цель. Цель исследования – сравнение непосредственных и отдалённых результатов лапароскопической ТАРР паховой герниопластики с фиксацией сетчатого эндопротеза и без неё у пациентов с прямыми и косыми паховыми грыжами.

Материалы и методы. Исследование было выполнено на клинической базе кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета и на базе Областной клинической больницы г. Рязани. В исследование были включены 145 пациентов с паховыми грыжами.

В первой группе (71 пациент) проводили ТАРР-пластику без фиксации сетчатого импланта. Во второй группе (74 пациента) выполняли классическую ТАРР-пластику с фиксацией сетчатого импланта. Обязательное условие: заступ сетчатого эндопротеза не менее 5 см от края грыжевых ворот во все стороны.

Исследовали следующие критерии: продолжительность оперативного вмешательства; выраженность послеоперационного болевого синдрома по ВАШ; частота и тяжесть послеоперационных осложнений; доза вводимых наркотических анальгетиков; средняя продолжительность госпитализации.

Результаты и их обсуждение. Время оперативного вмешательства в контрольных группах составляло соответственно $37,6 \pm 14,1$ и $35,5 \pm 15,2$ мин, $p=0,92$. В первой группе через 24 ч уровень боли по ВАШ составил $1,35 \pm 1,03$, во второй группе – $2,74 \pm 1,54$ ($p=0,45$). Доза наркотического анальгетика в 1-е сутки составила в первой группе $0,21 \pm 0,1$ мг, во второй – $0,46 \pm 0,05$ мг ($p=0,03$). Послеоперационные осложнения не превышали I степени у пациентов обеих групп. Средняя продолжительность пребывания в стационаре в контрольных группах составляло соответственно $4,1 \pm 1,2$ койко-дня и $5,2 \pm 1,1$. ($p=0,5$).

Выводы. Длительность операции достоверно не различается в первой и второй группах. Выраженность болевого синдрома по ВАШ через 24 ч и 5 сут в первой группе ниже, чем во второй. Различалась потребность в наркотических анальгетиках в пересчёте на морфин: $0,21 \pm 0,1$ и $0,46 \pm 0,05$ мг ($p=0,03$) в первой и второй группах соответственно. Эффективность бесфиксационного способа (отсутствие дислокаций сетчатого эндопротеза) не ниже, чем при общепринятой ТАРР-герниопластике.

Лапароскопическая техника наложения билиодегистивных анастомозов в условиях Wet Lab

*Завгородняя М.В., Симонов К.А., Суханов А.В., 6 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: д.м.н., доцент Натальский А.А.*

Введение. Анализ хирургических заболеваний ГБУ РО ГК БСМП за 2017 г. показал место патологии желчевыводящей системы, как ведущего заболевания.

Цель. Определить ценность освоения лапароскопической техники наложения БДА в условиях WetLab.

Материалы и методы. Теоретическое освоение техник БДА и практическая отработка лапароскопического метода в условиях WetLab.

В практической части работы вследствие анатомо-топографических особенностей данного лабораторного животного (мини-пиг) выбрана тактика наложения холецистоюноанастомоза.

1. Под эндотрахеальным наркозом сформировано операционное поле, наложены троакары и созданы условия пневмоперитонеума.

2. Осмотр органов брюшной полости, выделение желчного пузыря и отрезка кишки для формирования анастомоза.

3. Формирования «нижней» или задней «губы» анастомоза: кишка подведена к стенке желчного пузыря, наложен однорядный узловый шов между стенкой ЖП и кишки.

4. Надсечение серозной оболочки кишки с перфорацией стенки желчного пузыря монополярным крючкообразным электродом.

5. Формирование «верхней» или передней «губы» анастомоза аналогичное, а затем подтягивание швов и окончательное формирование холецистоюноанастомоза.

Результаты и их обсуждение. Оценка происходила при дальнейшем лапароскопическом доступе и проверке анастомоза на герметичность, прочность и эстетичность. В ходе отработки практической части работы в наложении анастомоза были достигнуты удовлетворительные параметры.

Выводы. Выбор метода БДА зависит от индивидуальных особенностей гепатопанкреатобилиарной системы пациента и профессионализма врача-хирурга. Отработка хирургических навыков в условиях операционной WetLab является важным условием формирования умений и повышения практической квалификации молодого специалиста.

Междисциплинарный подход к лечению гангрены (клинический случай)

Суров И.Ю., 5 курс, лечебный факультет
Научные руководители: к.м.н., доцент Пшенников А.С.,
к.м.н., доцент Мжаванадзе Н.Д.

Введение. Представлен клинический случай лечения пациента с критической ишемией левой нижней конечности, осложненной гангреной, с применением междисциплинарного подхода в виде совместного ведения больного врачами отделения сосудистой и гнойной хирургии.

Цель. Продемонстрировать возможности междисциплинарного подхода к лечению пациента с критической ишемией левой нижней конечности, приведшей к развитию гангрены.

Материалы и методы. Мужчина 68 лет поступил в клинику сосудистой хирургии с жалобами на боль в левой нижней конечности. Данные объективного осмотра: гиперемия кожных покровов левой голени, некроз мягких тканей нижней трети левой голени, сухая гангрена левой стопы. Пульс на левой наружной подвздошной артерии ослаблен, на бедренных и подколенной артериях отсутствует. Данные инструментальных методов исследования: при аортоартериографии слева наружная подвздошная артерия окклюзирована на протяжении 6 см, общая бедренная, глубокая бедренная артерии с неровными контурами, бедренная артерия окклюзирована от устья до нижней трети бедра. Диагноз: облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, подвздошно-бедренная окклюзия слева, IV стадия заболевания. Проведенное лечение: гибридное оперативное вмешательство – реканализация, баллонная ангиопластика, стентирование наружной подвздошной артерии слева, аутовенозное реверсивное бедренно-подколенное шунтирование слева выше щели коленного сустава. На шестые сутки после реконструкции на фоне компенсации кровообращения в отделении гнойной хирургии пациенту была выполнена трансметатарзальная ампутация левой стопы с некрэктомией. Проводилась инфузионная и антибактериальная терапия.

Результаты и их обсуждение. На фоне проведенного лечения наблюдалась положительная динамика в виде компенсации кровообращения в конечностях и состоятельности культи левой стопы. Лабораторные показатели за время лечения находились в допустимых диапазонах, явлений клинически значимых печеночной либо почечной недостаточности не отмечалось.

Выводы. Междисциплинарный подход к лечению гангрены вследствие критической ишемии нижних конечностей является эффективным, позволяет избежать высокой ампутации и сохранить опорную функцию стопы.

Сравнение показателей центральной гемодинамики в норме и у больных при проведении вводного наркоза барбитуратами, этап интубации

Абрамова О.В., Бочарников П.С.
Руководитель: к.м.н. Пимахина Е.В.

Введение. Гемодинамические сдвиги во время введения в наркоз могут быть причиной цепи патологических расстройств. Вводный наркоз – один из самых сложных этапов.

Цели и задачи. Сравнить тонус сосудистой стенки при вводимом наркозе и у больных гипертонической болезнью.

Материалы и методы. Для анализа и сравнения взяты основные показатели центральной гемодинамики: артериальное давление, среднее АД, пульсовое АД, ЧСС, ударный объем и сердечный выброс. Метод-тетраполярная грудная реография по Кубичеку (в модификации Ю.Т. Пушкаря). Измерения проводились у 44 человек. Критерии отбора: согласие пациента, возраст 18-60 лет, без оперативных вмешательств за последние 3 месяца, не злоупотреблявшие ЛС, наркотиками, не беременные, без аллергии, без экстренных патологий, с отсутствием ХОБЛ, ХСН, ХПН, туберкулез, печеночной недостаточности, психических заболеваний, предрасположенности к судорогам. Всем больным была проведена стандартная премедикация в палате внутримышечно за 40 мин до операции: Атропин 0,1% 0,1 мг/10 кг, Димедрол 1,43 мг/10 кг, Промедол 2% 0,5 мг/кг. Прекураризация: ардуан 0,014 мг\кг, тиопентал натрия 5 мг/кг, сукцинилхолин 2 мг/кг, гипервентиляция легких кислородно-воздушной смесью, интубация трахеи однопросветной эндотрахеальной трубкой.

Результаты. Анализируя данные, после введения Тиопентала Натрия и включения сознания отмечаются изменения всех гемодинамических показателей по сравнению с исходными на 20%-прямой кардиодепрессивный эффект. На этапе интубации отмечали повышение изучаемых показателей по сравнению с исходными значениями на 45-55% – активация трахео-кардиального рефлекса. Показатели гемодинамики на этапе интубации были выше, чем у группы с гипертонической болезнью в среднем на 10-15%.

Выводы. При проведении наркоза с применением барбитуратов происходят изменения гемодинамики сопоставимые с изменениями показателей при гипертонической болезни, что повышает степень операционно-анестезиологического риска. Для предотвращения таких изменений предлагаем применять бережную, максимально щадящую, быструю интубацию трахеи с применением местных анестетиков, а также введение препаратов, стабилизирующих сосудистую стенку, контроль АД на всех этапах вводимого наркоза, т.е. каждую минуту.

Внекишечные проявления болезни Крона

Кочетков Ф.Д.

Научный руководитель: к.м.н. Огорельцев А.Ю.

Введение. Болезнь Крона – хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание желудочно-кишечного тракта аутоиммунного генеза, характеризующееся сегментарным трансмуральным гранулематозным поражением различных отделов ЖКТ с развитием местных и системных осложнений. Поражение любых отделов ЖКТ, но чаще всего это терминальный отдел подвздошной кишки. К внекишечным проявлениям относятся: поражение глаз (увеит, иридоциклит); поражение кожи(узловатая эритема, пиодермия); поражение суставов (артрит, сакроилеит); склерозирующий холангит. Биологическая терапия – использование генно-инженерных препаратов, блокирующих медиаторы воспаления, что подавляет воспалительный процесс. Генно-инженерные препараты, зарегистрированные в России: Инфликсимаб (Ремикейд®, Фламмегис); Голимумаб (Симпони); Адалиумаб (Хумира); Цертомумаб Пэгол (Симзия).

Показания к операции: 1. Неэффективность консервативной терапии. 2. Осложнения: стриктуры, свищи, кровоизлияния, перфорация, токсическая дилатация толстой кишки.

Материалы и методы. Пациент А. Возраст 29 лет. С 2015г. страдает болезнью Крона с поражением подвздошной кишки. Получал преднизолон, азатиоприн с хорошим эффектом. В течение года прием препаратов прекратил. Октябрь 2016 г. гор. больница №11: острый орхоэпидидимит слева, назначено консервативное лечение. Ноябрь 2016 г. гор. больница №11: гнойный орхоэпидидимит справа, операция: эпидидимэктомия справа. Ноябрь 2017 г. гор. больница №11: Гнойный орхит справа, операция: орхоэктомия справа. Февраль 2018 г. урологическое отделение ОКБ: орхит единственного левого яичка.

Результаты и их обсуждение. Была проведена антибиотикотерапия с хорошим эффектом. Консультация колопроктолога, дообследование: УЗИ: Пневмотоз кишечника, преимущественно толстого. Стенка слепой кишки утолщена до 7 мм, рядом с ней инфильтрация. Над лоном визуализируется петля подвздошной кишки с утолщенной до 9 мм стенкой, включена в инфильтрат 90 x 59 мм. Сзади к ней прилежит сигмовидная кишка, между ними визуализируется свищевой ход 17 x 7 мм. ФКС до купола слепой кишки: слизистая розовая, гладкая, блестящая; на расстоянии 20 см от ануса визуализируется отверстие (свищевой ход?), окруженное по периферии псевдополипами. Ирригоскопия: данных на наличие межкишечного свища не получено. На КТ энтерографии в ГНКЦ им. А.Н. Рыжих: стенки дистальной подвздошной кишки утолщены до 13 мм, просвет неравномерно сужен. Умеренное расширение неизменной части подвздошной кишки до 44 мм. Ход кишки деформирован с формированием конгломерата, интимно прилежащего к ректосигмоидному переходу. Между тонкой и толстой кишкой на данном уровне определяется свищевой ход. Стенки слепой кишки неравномерно утолщены до 8 мм, просвет умеренно стенозирован. Стенки толстой кишки не изменены. Была проведена операция: Илеоцекальная резекция с резекцией свища, ушиванием дефекта сигмовидной кишки, илеоасцендоанастомоз. Начата биологическая терапия препаратом Цертоумаб Пэгол, которую пациент продолжает получать в настоящее время.

Выводы. Развитие орхита является крайне редким внекишечным проявлением болезни Крона; Орхит, ассоциированный с болезнью Крона, отличается тяжелым течением, может потребовать хирургического лечения и привести к потере органа; Лечение внекишечных проявлений болезни Крона требует мультидисциплинарного подхода с участием колопроктолога, гастроэнтеролога и других специалистов; Биологическая терапия снижает активность внекишечных проявлений болезни Крона, в частности орхита.

Современные методы лечения геморроидальной болезни

Кочетков Ф.Д.

Научный руководитель: к.м.н. Огорельцев А.Ю.

Введение. Первое упоминание о методах лечения геморроя было получено из египетского папируса и датировано 1700 годом до нашей эры. Что изменилось с тех пор? Расширился спектр методик, уменьшилась кровопотеря, однако выражение лица пациента претерпело мало изменений. Что же больше всего волнует пациентов? Анализ запросов двух основных поисковых систем показывает, что

наиболее часто запрашиваемые сочетания со словом «геморроидэктомия» касаются тяжести послеоперационного периода и стоимость процедуры. Главными отрицательными факторами послеоперационного периода представляются болевой синдром и длительные сроки заживления послеоперационных ран. Разработка новых методик призвана всего решить эти два вопроса. Самая удачная в практическом плане классификация хр геморроя отвела геморроидэктомии очень скромное место лишь при 4 стадии, отдавая приоритет малоинвазивным методикам. Анализ литературы последних лет показывает, что в большинстве стран Америки и Европы геморроидэктомию выполняют в 19-21% случаев.

Материалы и методы. Нам показалось интересным проанализировать результаты исследований, проведенных в разное время на базе отделения колопроктологии, в которых сравнивались результаты малоинвазивного лечения геморроя с применением латексного лигирования, операции HAL-RAR, и методик внутрипросветной геморроидэктомии с использованием аппаратов LigaSure и Harmonic. Распределение пациентов по полу, возрасту и стадии заболевания были сравнимы. По длительности вмешательства меньше всего заняло лигирование (5,2 минут), больше всего времени потребовало HAL-RAR (38,2 мин).

Результаты и их обсуждение. Распределение пациентов по полу, возрасту и стадии заболевания были сравнимы. По длительности вмешательства меньше всего заняло лигирование (5,2 минут), больше всего времени потребовало HAL-RAR (38,2 мин). Для оценки болевого синдрома использована визуальная аналоговая 10-бальная шкала. Результаты представлены в таблице: через 6 часов в группе лигирования отмечался минимальный уровень, максимальный был в группе LigaSure. Однако с 3 суток боль достоверно снижается быстрее в группах HAL-RAR и Гармоник. Сроки нетрудоспособности в группах внутрипросветной геморроидэктомии почти вдвое больше, чем после латексного лигирования и операции HAL-RAR. По результатам гистологического исследования удаленных узлов мы видим, что глубина коагуляционного некроза и выраженность сосудистой реакции больше после использования LigaSure. Может быть этим объясняется вдвое меньший болевой синдром в группе Harmonic на 3-и сутки по сравнению с LigaSure. По осложнениям: кровотечения достоверно чаще отмечены в группе ультразвуковой геморроидэктомии (все потребовали хирургической коррекции), послеоперационный тромбоз чаще наблюдался после лигирования и HAL-RAR. Наибольшая частота рецидивов отмечена в группе латексного лигирования. Подсчет стоимости процедуры не абсолютен: нами учитывалась стоимость аппарата, расходников, а также количество активаций каждой насадки.

Выводы. Подытоживая хочется отметить преимущества каждой методики. Тем не менее, на сегодняшний день мы не можем определить для себя какую-то одну наиболее универсальную малоинвазивную методику. Разнородность пациентов (по стадии, по наличию наружных узлов) ставит перед нами вопрос выбора методики в каждом конкретном случае. А если учитывать личные пожелания и предпочтения пациентов, то о стандартизации в этом вопросе говорить очень сложно. Мы хотели показать, что, выражаясь словами героев известного сериала, ИСТИНА в лечении геморроя пока ГДЕ-ТО РЯДОМ и впереди еще много работы до выработки четких алгоритмов в оперативном лечении геморроидальной болезни.

Научное издание

Сборник тезисов
призёров научно-практической
и научно-теоретической конференций
университета 2018-2019 уч.г.

Подписано в печать 14.06.2019.
Формат 60x84/16. Усл. печ. л. 4,01. Уч.-изд. л. 4,53.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России
390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9

Доступно по: http://www.rzgmu.ru/activities/scientific_activity/334/
Ссылка активна на 17.06.2019.