

ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
INNOVATIVE DEVELOPMENT CENTER OF EDUCATION AND SCIENCE



**ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ:
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ**

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(6 ноября 2014г.)**

**г. Красноярск
2014г.**

Проблемы современной медицины: актуальные вопросы/Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Красноярск, 2014. 202 с.

Редакционная коллегия:

д.м.н., профессор Анищенко В.В. (г. Новосибирск), к.м.н. Апухтин А.Ф. (г. Волгоград), д.м.н., профессор Балязин В.А. (г. Ростов-на-Дону), д.м.н., профессор Белов В.В. (г. Челябинск), д.м.н., профессор Быков А.В. (г. Волгоград), д.м.н., профессор Грек О.Р. (г. Новосибирск), д.м.н. Гумилевский Б.Ю. (г. Волгоград), д.м.н., профессор Даниленко В.И. (г. Воронеж), д.м.н. Долгушина А.И. (г. Челябинск), д.м.н., профессор Захарова Н.Б. (г. Саратов), д.м.н., доцент Изможерова Н.В. (г. Екатеринбург), д.м.н., доцент Ильичева О.Е. (г. Челябинск), д.м.н., профессор Карпищенко С.А. (г. Санкт-Петербург), д.м.н., профессор Колокольцев М.М. (г. Иркутск), д.м.н. Куркатов С.В. (г. Красноярск), д.м.н. Курушина О.В. (г. Волгоград), д.м.н., член-корреспондент РАЕ Лазарева Н.В. (г. Самара), д.м.н., доцент Малахова Ж.Л. (г. Екатеринбург), д.м.н., профессор Нартайлаков М.А. (г. Уфа), д.м.н., профессор Смоленская О.Г. (г. Екатеринбург), д.м.н., профессор Тотчиев Г.Ф. (г. Москва), д.м.н., профессор Тюков Ю.А. (г. Челябинск), к.м.н., доцент Ульяновская С.А. (г. Архангельск), д.м.н., профессор Шибанова Н.Ю. (г. Кемерово), д.м.н., профессор Юлдашев В.Л. (г. Уфа)

В сборнике научных трудов по итогам международной научно-практической конференции «Проблемы современной медицины: актуальные вопросы» (г. Красноярск) представлены научные статьи, тезисы, сообщения студентов, аспирантов, соискателей учёных степеней, научных сотрудников, ординаторов, докторантов, врачей-специалистов практического звена Российской Федерации, а также коллег из стран ближнего и дальнего зарубежья.

Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных, не подлежащих открытой публикации. Мнение редакционной коллегии может не совпадать с мнением авторов. Материалы размещены в сборнике в авторской правке.

Оглавление

СЕКЦИЯ №1.	
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.01)	10
ОБЗОР СОЦИАЛЬНЫХ И МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ БЕСПЛОДИЯ Винокурова Р.Р., Ситдикова Л.Р.	10
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛОГЕННЫХ БИОМАТЕРИАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВА СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ПОСЛЕ ЛАЗЕРОДЕСТРУКЦИИ Сахаутдинова И.В., Муслимова С.Ю., Симакова Е.Л.	11
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Сахаутдинова И.В., Сыртланова Э.Р., Хабибуллина Р.Н.	12
ФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ Коваленко М.А., Кравченко Е.Н., Коваленко М.Ю.	15
СЕКЦИЯ №2.	
АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.01)	18
ПОЛИМОРФИЗМ ГИСТОЭНЗИМАТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЭЛЕМЕНТОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОДНОКРАТНЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАГРУЗОК ДО «ОТКАЗА» Эрастов Е.Р.	18
СЕКЦИЯ №3.	
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)	22
СЕКЦИЯ №4.	
БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)	22
СЕКЦИЯ №5.	
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ	22
ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА Кирьянова В.В., Горбачева К.В.	22
СЕКЦИЯ № 6.	
ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ	26
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ, СОДЕРЖАНИЕМ ЭСТРАДИОЛА И ТЕСТОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ Дуросова П.А., Ильин М.В.	26
СЕКЦИЯ №7.	
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)	28
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БЕСКАМЕННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ Бурудуди Н.М., Ранюк Л.Г.	28
СЕКЦИЯ №8.	
ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)	30
СЕКЦИЯ №9.	
ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)	30
СЕКЦИЯ №10.	
ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)	31
ОЦЕНКА ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ТЕРМАЛЬНЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД КУРОРТНОЙ ЗОНЫ «НИЛОВА ПУСТЫНЬ» ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ Шкляр А.П., Мануева Р.С., Ильина Л.И.	31
СЕКЦИЯ №11.	
ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)	34
ОПТИМИЗАЦИЯ НООТРОПНОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ У ГЛАУКОМНЫХ БОЛЬНЫХ Лысенко О.И., Коваленко Е.А., Мауланбердинова С.С., Рубина Э.Р., Золотовец Г.В.	34

ПОКАЗАТЕЛИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ И НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ ПРОФИЛАКТИКИ МИОПИИ Жукова Е.А., Шитова О.В., Коротаева К.Н.	36
СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ С МАКУЛЯРНЫМ РАЗРЫВОМ Балашевич Л.И., Платов Е.А., Нигматов Б.Ф.	37
ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ СЕТЧАТКИ Нигматов Б.Ф., Платов Е.А.	39
СЕКЦИЯ №12.	
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19).....	41
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ НА БАЗЕ АЛТАЙСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Елькова М.В., Кожевников В.А.	41
СЕКЦИЯ №13.	
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09).....	42
СЕКЦИЯ №14.	
КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05).....	43
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РИГИДНОСТИ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ Муссаева А.В., Зиборева К.А., Нагапетян Н.Т., Гусаковская Л.И.	43
ДИНАМИКА СЕГМЕНТА ST У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ Прекина В.И., Мамкина Н.Н., Ямашкина Е.И.	45
ПОКАЗАТЕЛИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛАПИНИНА И СОТОГЕКСАЛА Столярова В.В., Рыбакова Т.А., Лещанкина Н.Ю.	47
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ГЕМОСТАЗА И ФИБРИНОЛИЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ Федотова Л.А., Пластун М.Ю., Зорин В.Н.	49
СЕКЦИЯ №15.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09).....	52
РЕГУЛЯЦИЯ ПАТОГЕНЕЗА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА АУТОАНТИТЕЛАМИ КА-ДЕФЕНЗИНАМ И БЕЛКАМ ТЕПЛООВОГО ШОКА-70 Доманова Е.Т., Цыбиков Н.Н., Зобнин В.В., Соловьев С.Н.	52
СЕКЦИЯ №16.	
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00).....	54
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА Маленкова С.А., Каныбеков А., Асанова Б.М., Мухамеджанов К.Х., Нугманов Д.С.	54
СЕКЦИЯ №17.	
КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10).....	56
СЕКЦИЯ №18.	
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13).....	56
ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОСТГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА Баранова М.М., Мелашенко Т.В.	56
РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ТЕХНОЛОГИИ (+Н МРС) В ОПРЕДЕЛЕНИИ ВЫРАЖЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ Буткова Л.А., Маликов Д.А., Новиков В.А., Александров Т.А., Вовченко Е.В., Тащилкин А.И., Иванов С.В., Поздняков А.В.	58

СРАВНЕНИЕ ДОСТОВЕРНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И МАММОГРАФИИ, КАК СКРИНИНГОВЫХ МЕТОДОВ, ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ У ЖЕНЩИН, РАБОТАЮЩИХ НА ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОМ ТРАНСПОРТЕ Балашов А.Т., Васильев В.А., Востокова О.Л., Ларионова В.А., Макаров А.С., Румянцев А.В., Цеханович К.Б.	59
СЕКЦИЯ №19.	
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)	61
БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С КЕТОНЕМИЕЙ Каминская Л.А., Гирина К.Д., Бочкова Л.Р.	61
СЕКЦИЯ №20.	
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06).....	63
СЕКЦИЯ №21.	
МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04).....	64
ОПЕРАТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ - КАК СРЕДА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РИСКА ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ Марченко Д.В.	64
СЕКЦИЯ №22.	
НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27)	66
АБСТИНЕНТНЫЙ ГЕРОИНОВЫЙ СИНДРОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ Александров С.Г., Корытов Л.И., Сусликова М.И.	66
СЕКЦИЯ №23.	
НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18).....	68
СЕКЦИЯ №24.	
НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11).....	68
СЛУЧАЙ КРИПТОГЕННОЙ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ПАЦИЕНТКИ С ДИССОЦИАТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Полянский Р.В., Гарабова Н.И., Ноздрюхина Н.В., Струценко А.А.	68
СЕКЦИЯ №25.	
НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29).....	71
СЕКЦИЯ №26.	
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03)	71
АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МИОПИИ СРЕДИ СТУДЕНОВ ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ Толмачев Д.А., Нурисламова Р.А., Якаева Л.Н.	71
БИРИТМЫ В ЖИЗНИ СТУДЕНТА МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ Толмачев Д.А., Бродина О.В., Нугманов А.Ф.	72
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНДЕКСА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РФ И КБР Тхабисимова И.К., Инарокова А.М., Хавжокова М.М., Карданова Л.Д.	74
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ БОЛЕЗНЯМИ Шипова В.М., Воронцов Т.Н.	77
ДИНАМИКА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗА ГОДЫ РЕФОРМ (К ДВАДЦАТИЛЕТИЮ ПРИНЯТИЯ КОНСТИТУЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ) Гасников В.К., Герасимов К.В., Гуляшинова И.Д.	79
ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ Тарханов В.С., Андреев М.К., Егорочкина Ю.В., Муратова Е.В.	82
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФТИЗИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В КБР Карданова Л.Д., Инарокова А.М., Кимова Л.Ф., Тхабисимова И.К.	84
МНЕНИЕ ВРАЧЕБНОГО ПЕРСОНАЛА МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ Г.МОСКВЫ О РЕЗУЛЬТАТАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Бадма-Гаряев М.С., Филиппова В.И.	86

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ Попова Т.В.	88
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ (2004-2013 Г.Г.) Гриб М.Н., Орешина А.В., Туличев А.А., Денисенко А.В.	94
ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ ПАЦИЕНТОВ ГОСПИТАЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН ГОРОДА САРАНСК Ивлиева Е.Н., Скопина Ю.А.	96
ОЦЕНКА ВТОРИЧНОЙ ЗАНЯТОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА Мухаметзянов Д.И., Сибатагулина З.Р.	98
ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ВЫЯВЛЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ Гриб М.Н., Орешина А.В., Туличев А.А.	101
ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РАЗВИТИЯ В РАБОТЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ Тарханов В.С., Аншаков В.П., Егорочкина Ю.В., Муратова Е.В.	102
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ (2008-2012 Г.) Гриб М.Н., Орешина А.В., Туличев А.А.	104
САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ Каменских М.М., Агафонова В.А., Вивтоненко Н.С., Соловьева Л.П., Тимофеева А.А.	107
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ Бариева Л.Р., Валиуллина Л.Р., Бывальцев А.Н.	109
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ УДМУРТИЯ И РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН Ганбарова А.А., Духтанов И.В., Мамедова Л.О., Никифорова К.К.	110
УТОМЛЯЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ УЧЕБНОГО ДНЯ Духтанов И.В., Талипова Р.М., Кудрина Ж.А.	113
ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РОССИИ Ахильгова З.М., Гарипова И.Л., Хабибуллина А.Р.	115
ФАКТОРЫ РИСКА GESTАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА Бакланова Е.А., Фатхуллина Л.К.	117
ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА Григорьев П.Н.	118
ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ ПО МАТЕРИАЛАМ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ Демичева Т.П., Шилова С.П.	120
СЕКЦИЯ №27.	
ОНКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.12).....	122
НАДАНАЛЬНАЯ ПРОКТЕКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ НИЖНЕАПМУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ Куликов Е.П., Каминский Ю.Д., Потехина Е.А., Куликова Ю.Е., Виноградов И.Ю., Судаков И.Б.	122
СЕКЦИЯ №28.	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02).....	124
РТЕН, Ki67 и SOX-2 КАК ПРЕДИКТОРЫ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЕЛАЗИИ И ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЭНДОМЕТРИЯ Маковский А.А., Данилова Н.В.	124
КОРРЕЛЯЦИЯ ЭКСПРЕССИИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ p21 И p27 С ГЛУБИНОЙ ИНВАЗИИ В РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ АДЕНОКАРЦИНОМ ШЕЙКИ МАТКИ Комлева Р.А., Данилова Н.В.	127
СЕКЦИЯ №29.	
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)	128

СЕКЦИЯ №30.	
ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08).....	129
ЗНАЧЕНИЕ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ В ОЦЕНКЕ РЕАКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
Биянов А. Н., Софронова Л.В.	129
СЕКЦИЯ №31.	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00).....	131
СЕКЦИЯ №32.	
ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06).....	131
ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	
Тарханов В.С., Решетникова А.В.	131
СЕКЦИЯ №33.	
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25).....	134
СЕКЦИЯ №34.	
РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22).....	134
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕОДНОРОДНОСТЬ И АПОПТОЗ НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	
Дуросова П.А., Ильин М.В.	134
СЕКЦИЯ №35.	
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26).....	136
СЕКЦИЯ №36.	
СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05).....	136
СЕКЦИЯ №37.	
СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14).....	136
ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТАМИ	
Тиунова Н.В., Левин И.А.	136
ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА	
Гилина Т.А.	138
ПОДСЧЕТ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИНЕЙНЫХ РАЗМЕРОВ, ПЛОЩАДИ ОСЕВОГО СЕЧЕНИЯ И ОБЪЕМА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТТИСКОВ	
Муслов С.А., Арутюнов С.Д., Сакиева З.В.	141
ПРОГРАММНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ПЛОЩАДИ СЕЧЕНИЙ АЛЬГИНАТНЫХ ОТТИСКОВ	
Муслов С.А., Арутюнов С.Д., Сакиева З.В.	146
ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА ВАЛВИР В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА	
Тирская О.И., Казанкова Е.М.	148
СОВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНО-ТКАНЕВОЙ СИСТЕМЫ ПАРОДОНТА	
Коровкина А.Н., Коровкин В.В.	149
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА ЭСТЕТИЧЕСКОЙ РЕСТАВРАЦИИ	
Жданов С.Е., Жданова М.Л.	152
СЕКЦИЯ №38.	
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05).....	156
К ВОПРОСУ О ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ И НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ ЭКСПЕРТНЫХ УЧЕРЕЖДЕНИЯХ	
Шопен И.В.	156
СЕКЦИЯ №39.	
ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04).....	158

СЕКЦИЯ №40.	
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15).....	158
КОМПЛЕКСНЫЙ ПАТОГНОМИЧНЫЙ ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА	
Каралин А.Н., Лаврентьев А.В.	158
СЕКЦИЯ №41.	
ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24)	160
СЕКЦИЯ №42.	
УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23).....	160
СЕКЦИЯ №43.	
ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16).....	161
ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА МОЛОДЫХ БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО- УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	
Отпущенникова О.Н., Паролина Л.Е., Разина А.Ю.	161
СЕКЦИЯ №44.	
ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17).....	163
ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	
Карпушкина П.И., Пигачев А.В., Чапаев Н.А., Бякин С.П.	163
ЗНАЧЕНИЕ ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Федоров В.Э., Барсуков В.Ю., Чебуркаева М.Ю.	165
ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	
Мостовая Л.И.	167
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ В УСЛОВИЯХ ЯКУТИИ	
Тяптиргянова Т.М.	170
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ И ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	
Самородова А.А., Беребицкий С.С.	172
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЕПАТОПА НКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ	
Тяптиргянова Т.М.	176
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОПА НКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ	
Тяптиргянова Т.М.	178
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	
Васильева Е.А., Столин А.В.	180
СЕКЦИЯ №45.	
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02).....	181
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВИТАМИНА D: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
Санеева Г.А., Андреева Е.И., Унанова И.А., Францева А.П., Четверикова А.В., Авалиани Д.А.	181
СЕКЦИЯ №46.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)	184
ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ПРОГНОЗОВ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ БОЛЕЗНИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ЭБОЛА ОТ АКТИВНОСТИ МЕР ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ	
Бачинский А.Г., Низоленко Л.Ф.	184
СЕКЦИЯ №47.	
АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08).....	186
СЕКЦИЯ №48.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10).....	187

СЕКЦИЯ №49.	
ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03).....	187
АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЫ АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
Дударенкова М.Р., Нигматуллина Ю.У., Цыбина А.С.	187
СЕКЦИЯ №50.	
ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01).....	189
СЕКЦИЯ №51.	
ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06).....	189
ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛИКОПИДА И ЦИКЛОФЕРОНА ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ	
ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ	
Дианова Д.Г., Мингазова Л.Ф., Шлякова Р.Р., Ахунова Р.Р.	189
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРАТОВ САЛВИСАР И ВИПРОСАЛ В ПРИ	
ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА,	
СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ	
Шмырёва Н.В., Макарова М.Ю.	192
СЕКЦИЯ №52.	
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.02).....	194
ИЗУЧЕНИЕ АНТИЭКССУДАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ТРАВЫ ГЕРАНИ СИБИРСКОЙ (GERANIUM	
SIBIRICUM L.)	
Позднякова Т.А., Бубенчиков Р.А.	194
ОПРЕДЕЛЕНИЕ 2,4-ДИТРЕТБУТИЛФЕНОЛА В БИОЖИДКОСТЯХ МЕТОДОМ ПРОИЗВОДНОЙ	
СПЕКТРОФОТОМЕТРИИ	
Шорманов В.К., Цацуа Е.П., Асташкина А.П., Останин М.А.	196
СЕКЦИЯ №53.	
ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07).....	199
ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2014	200

СЕКЦИЯ №1. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ОБЗОР СОЦИАЛЬНЫХ И МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ БЕСПЛОДИЯ

Винокурова Р.Р., Ситдикова Л.Р.

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

В последнее время все больше супружеских пар сталкиваются с проблемой бесплодия. Существует два вида бесплодия: первичное – неспособность женщины забеременеть с начала репродуктивного возраста, то есть зачатие ни разу не произошло и вторичное – невозможность повторного зачатия после имеющейся беременности [3].

Ускоренный темп современной жизни, состояние здоровья, профессиональные вредности, социальные проблемы, загрязненная экология городов, химические вещества, добавляемые в продукты питания и бытовую химию, вызывая сенсбилизацию и повышая чувствительность организма, делают эту проблему актуальной [1].

Средняя продолжительность бесплодия в России составляет 7 лет, что является достаточно большой и угрожающей цифрой, требующей тщательного индивидуального обследования, лечения, максимально полного выявления и устранения этиологических факторов бесплодия.

Цель: определить социально-гигиенические и медицинские характеристики пациенток с бесплодием.

Материалы и методы: анкетирование проводилось методом сплошного отбора на базе гинекологического отделения 1 РКБ, женской консультации роддома №3 г. Ижевска за период с марта по сентябрь 2014 года. В нашем исследовании участвовало 100 женщин с страдающих бесплодием [2].

Результаты: городских и сельских жительниц составило примерно одинаковое соотношение: 56% и 44% соответственно. Средний возраст опрошенных составил 32,8 лет. Преобладающее большинство женщин имеет высшее образование – 57%, специальное – 40%, среднее – 3%.

Профессии и условия трудовой деятельности не всегда соответствуют санитарно-гигиеническим нормам. В процессе анкетирования удалось выявить наиболее распространенные факторы, влияющие на общее состояние: неудобное рабочее место и вынужденную рабочую позу отметили 69 из 100 опрошенных, резкие колебания температуры воздуха – 13 и недостаточную вентиляцию – 12, запыленность – 11 из 100 опрошенных, высокий уровень шума – 10, сквозняки – 6, наличие аллергенов отметили 5 женщин, низкую температуру – 3, высокую влажность – 2 пациентки и отсутствие профессиональных вредностей отметили 31 женщина.

Среди исследуемых женщин 72% состоят в браке, 28% не замужем. У 10% средний ежемесячный доход составляет 10-20 тысяч рублей, у 33% - 20-30 тысяч рублей, у 41% - 30-50 тысяч рублей, у 16% - более 50 тысяч рублей.

Анализ частоты вредных привычек показал, что 24 женщины из 100 курят, 9 - передают, 6 - периодически употребляют алкогольные напитки, но в целом, 61 из 100 опрошенных указывает на отсутствие вредных привычек.

У половины опрошенных имеется аллергия на различные вещества: чаще всего на пищевые продукты – 21 из 100 опрошенных, на пыльцу растений – 15, на лекарственные препараты – 7, на шерсть животных – 4, на бытовую химию – 1 на 100 опрошенных.

Структура перенесенных заболеваний у исследуемых выглядит следующим образом: на первом месте заболевания инфекционной природы (ОРЗ, ОРВИ, ветряная оспа) – 83%, на втором месте стоят заболевания пищеварительной системы (аппендицит, гастрит, холецистит) – 32%, на третьем месте – заболевания дыхательной системы (ангина, пневмония, бронхит) – 17%. Патологию щитовидной железы имеют 27% женщин, сахарным диабетом страдают 17%. Патологию гипофиза, надпочечников и туберкулез все исследуемые отрицают.

Средний возраст начала половой жизни 16,1 лет. Средний возраст начала менструации составляет 12,2 года. Продолжительность менструации в 3-5 дней отмечают 79 женщин, у 48 из 100 опрошенных безболезненный тип менструации. У половины женщин (52 женщины) менструация болезненна и у 21 из 100 опрошенных длительные (более 6 дней), что уже может насторожить о нарушении гормонального гомеостаза и препятствовать наступлению беременности. Так же на это может влиять соотношение массы и роста, а именно распределение подкожно-жировой клетчатки, которая является одним из источников продукта, из которого образуются половые гормоны. Рассчитали индекс массы тела и выяснили, что 19 женщин имеют недостаток веса, 28 - имеют

избыточный вес и больше половины опрошенных (53 женщины) имеют соотношение роста и веса в пределах нормы.

Любые медицинские манипуляции на женских половых органах могут стать причиной травматизации и повлиять на репродуктивную функцию. У исследуемых наиболее часто проводилось выскабливание полости матки – у 51 женщины, гистероскопия – у 43, лапароскопия проводилась у 37, установка внутриматочная спираль – у 3 женщин. У 23 опрошенных проводились какие-либо операции на брюшной полости.

Наиболее популярным методом контрацепции является прерванный половой акт – 63 из 100 женщин, комбинированные оральные контрацептивы – 35, презервативы – 24, внутриматочная спираль – 3 из 100 опрошенных.

Отягощенный гинекологический анамнез может усугублять развитие и течение бесплодия. Получили следующие результаты, что наиболее частым заболеванием является эрозия шейки матки – 57%, уреаплазменная инфекция – 41%, инфекция, вызванная хламидиями встречается в 23% случаев, сальпингоофорит в 8%, миома – 3%. Какую-либо патологию молочных желез имеют 19% женщин.

Наличие бесплодия у ближайших родственников отметили 14 женщин.

Средняя продолжительность бесплодия составляет 6,3 года. Как первичное заболевание оно регистрируется чаще - у 66%, как вторичное – у 34%.

Выводы: провели исследование и выявили некоторые социально-гигиенические факторы – вредные привычки (курение), вынужденная рабочая поза и нарушение режима дня. Медицинские факторы – аллергические заболевания, наличие сопутствующей соматической и гинекологической патологии, перенесенные инфекционные заболевания репродуктивной системы, эндокринная патология у пациенток. Все эти факторы прямо или косвенно могут влиять на развитие и течение первичного либо вторичного бесплодия.

Список литературы

1. Апресян С.В. Медико-психологические аспекты бесплодия./С.В. Апресян, А.А. Абашидзе, В.Ф. Аракелян//Акушерство гинекология репродукция. – 2013. - №1. – с. 8-10.
2. Ползиков М.Ю. Бесплодие... как не упустить ничего важного и не сделать ничего лишнего? Алгоритм действий гинеколога амбулаторного ЛПУ при выявленном бесплодии: / М.Ю. Ползиков // Оржин. Акушерство гинекология репродукция. – 2008. - №6. – с. 9-10.
3. Савельева Г.М. Гинекология/ Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко. – Москва: ГЭОТАР – Медицина, 2012.– 432 с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛОГЕННЫХ БИОМАТЕРИАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВА СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ПОСЛЕ ЛАЗЕРОДЕСТРУКЦИИ

Сахаутдинова И.В., Муслимова С.Ю., Симакова Е.Л.

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме: Одним из перспективных направлений в лечении хронического дистрофического процесса вульвы ввиду неэффективности традиционных методов терапии является применение аллогенных биоматериалов. В нашей клинике пациенткам с рецидивом склероатрофического лихена после лазеродеструкции была внедрена новая методика с использованием биоматериала «Alloplant® стимулятор регенерации». Оценка эффективности проводилась с учетом динамики клинических, цитологических и морфологических изменений

Ключевые слова: склероатрофический лихен, дистрофия, вульва, аллогенный биоматериал «Alloplant® стимулятор регенерации». Актуальность проблемы терапии дистрофических заболеваний вульвы обусловлена длительным, рецидивирующим течением болезни, мучительным характером клинических симптомов и отсутствием эффективных методов лечения. В последние годы отмечается рост заболеваемости и значительное омоложение патологии вульвы. До сих пор морфологами не принята единая классификация, а среди клиницистов не определена конкретная концепция этиологии и патогенеза дистрофических заболеваний вульвы, нет единого подхода к лечению. Многообразие взглядов на проблему этиологии и патогенеза склероатрофического лихена способствовало появлению нескольких направлений в лечении. Однако проблема терапии дистрофических заболеваний вульвы до настоящего времени остается нерешенной, так как ни один из предложенных методов лечения не предотвращает развития рецидива заболевания и не обеспечивает полного устранения местных морфологических проявлений. Применение деструктивных методов лечения влечет за собой развитие грубых

рубцовых деформаций, частота рецидивирования при этом составляет 64,6%. Основная идея лечения атрофических изменений заключается в стимуляции регенерации и дифференцировки собственных тканевых элементов. С целью коррекции дегенеративно-дистрофических нарушений мы применяли аллогенные биоматериалы. Во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии была разработана оригинальная технология обработки тканей («Alloplant®»), которая позволяет снизить иммуногенные свойства биоматериалов и нивелировать иммунный компонент клеточной реакции. Экспериментальные исследования, проведенные в последние годы, позволили разработать диспергированную форму биоматериала, которая в виде суспензии может применяться инъекционно как стимулятор регенерации тканей при дегенеративно-дистрофических процессах.

Цель исследования - оценить эффективность аллогенного биоматериала («Alloplant® стимулятор регенерации»), в лечении рецидива склероатрофического лишая после лазеродеструкции патологических очагов

Материалы и методы.

Проведено лечение 19 пациенток в возрасте от 45 до 57 лет с рецидивом склероатрофического лишая после лазеродеструкции. «Alloplant® стимулятор регенерации» вводился подкожно в области пораженного участка вульвы, инфильтрируя его. Количество вводимого биоматериала варьировало в зависимости от распространенности процесса, из расчета 1 доза биоматериала на 3-4 см² пораженной поверхности.

Результаты и обсуждение.

Во всех случаях рецидивирование отмечено в течение первых 6 месяцев после лазеродеструкции в виде увеличения площади поражения на фоне грубой рубцовой деформации и усугубления клинических проявлений (усиление зуда, болезненности). До введения биоматериала «Alloplant® стимулятор регенерации» была проведена этиотропная терапия герпетической инфекции у 1 пациентки (5,2%). В течение первых суток после введения биоматериала 2 женщины отметили общее недомогание, ломоту в теле (10,5%), на протяжении 2-3 суток сохранялся незначительный отек тканей вульвы в месте введения препарата. Болевой синдром не выражен, не требовал применения анальгетиков. Оценка эффективности лечения проводилась спустя 2 недели после введения биоматериала «Alloplant® стимулятор регенерации». Практически полное исчезновение зуда, жжения и болезненности отмечено в 80,6% случаев (15 пациенток); при явлениях дизурии, диспареунии 14 пациенток (74,3%) отметили значительное улучшение. Выраженный визуально-косметический эффект в виде уменьшения площади пораженной поверхности спустя 3 месяца после введения диспергированного биоматериала «Alloplant® стимулятор регенерации» отмечено в 47,3% случаев (9 пациенток). Цитологическая картина с явлениями уменьшения гиперкератоза отмечена в 84,2% случаев (16 пациенток). Взятие материала для гистологического исследования произведено на 15 сутки после введения аллогенного биоматериала, спустя 3 месяца и через год после лечения. Исследование динамики морфологических изменений в тканях позволит подтвердить клиническую эффективность данного метода.

Выводы.

На наш взгляд, деструктивные методы неприменимы в терапии склероатрофического лишая. Имея изначально грубый дистрофический процесс маловероятно получить полноценную регенерацию после хирургического лечения. Применение диспергированного биоматериала «Alloplant® стимулятор регенерации» в терапии склероатрофического лишая показывает высокую клиническую эффективность, однако этот вопрос подлежит дальнейшему изучению.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Сахаутдинова И.В., Сыргланова Э.Р., Хабибуллина Р.Н.

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Под нашим наблюдением находилось 78 женщин с эндометриоидными кистами яичников (ЭКЯ) в возрасте 24-45 лет с нереализованной репродуктивной функцией. В первую группу вошли 54 женщины с ЭКЯ до 3 см в диаметре, получавшие гормональную терапию. Во вторую - 24 пациентки с ЭКЯ более 3 см с комбинированным лечением, которое включало на первом этапе хирургическое лечение с последующим назначением гормональной терапии. Беременность наступила в течение года после окончания лечения у 6 из первой группы (11%), у 5 из второй группы (20,8%).

Эндометриозной болезнью во всем мире страдают более 170 миллионов женщин в возрасте от 15 до 49 лет.

Эндометриоз рассматривается как хроническое заболевание, требующее постоянного внимания и лечения. На сегодняшний день единая тактика по ведению женщин с эндометриозом яичников отсутствует.

Любое хирургическое вмешательство на яичниках сопровождается уменьшением овариального резерва, подтверждаемого снижением сывороточной концентрации АМГ (антимюллеровского гормона).

Ведение пациенток с ЭКЯ должно быть разработано индивидуально и зависит от возраста пациентки, формы и стадии заболевания, характера симптомов, репродуктивных задач. Основным критерием при определении тактики лечения женщин с эндометриозными кистами яичников (ЭКЯ), согласно большинства клинических рекомендаций, является их размер.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности различных методов лечения и частоты наступления и течения беременности у женщин с ЭКЯ.

Нами были обследованы 78 пациенток с ЭКЯ в возрасте 24-45 лет (средний возраст составил 28,9 лет). Всем пациенткам помимо общепринятых методов исследования, проводилось УЗИ органов малого таза (с подсчетом антральных фолликулов, объема яичников, оценкой кровотока, детальным изучением эхоструктуры кисты, яичника, окружающих тканей). Для определения овариального резерва изучалось содержание сывороточного АМГ.

Средний возраст менархе составил 12,6 лет, у большинства установились сразу. Одну и более беременностей в анамнезе имели 17 пациенток (21,8%). Первичное бесплодие у 23 (29,4%) пациенток, вторичное 7 пациенток (8,9%). Перенесенные оперативные вмешательства на яичниках: функциональные кисты яичников (6,4%), хирургическое лечение по поводу ЭКЯ (3,8%). Основные жалобы пациенток: тазовые боли у 38,5 %, альгодисменорея у 25,6 %, бесплодие у 23,1%, диспареуния у 12,8 %. По данным ультразвукового обследования двусторонний характер поражения яичников 29,5 %, односторонний у 55 пациентки -70,5%.

В зависимости от тактики ведения пациентки были разделены на две группы. В первую группу вошли 54 женщины с ЭКЯ до 3 см в диаметре с гормональным лечением, во вторую - 24 пациентки с размерами ЭКЯ более 3 см с комбинированным лечением, которое включало хирургическое лечение с последующим назначением гормональной терапии.

В процессе динамического наблюдения в большинстве случаев были выявлены следующие эхо-признаки, наиболее характерные для эндометриозных кист: мелкодисперсная взвесь (97,4%); двойной контур кисты в 44,9 % (в кистах до 3 см - 12,8%, более 3 см в 32,1%); наличие единичных или множественных включений повышенной эхогенности (44,8%-35 наблюдений). Также были выявлены различия по форме образования: округлая форма (у 63 пациенток-80,8 %), удлиненно-овальная форма (у 13-16,7%), неправильная форма (у 2-2,5%). При проведении доплерометрии кровотока вокруг образования в режиме ЦДК был единичным или отсутствовал полностью. В ткани яичника с пораженной стороны в 68 наблюдениях (87,2 %) выявлялось одно кистозное образование, два у 9% женщин в трех наблюдениях, три кистозных образования у - 3,8% женщин.

У 2 пациенток (2,6%) была выявлена сложная структура кисты (с неровными и четкими наружными контурами, содержимое со взвесью, с множественными либо единичными перегородками, с пристеночными гиперэхогенными включениями, чередующимися с зонами повышенной эхогенности). Консервативное лечение у данных пациенток оказалось без эффекта, и несмотря на небольшие до 3 см в диаметре размеры кистозных образований, было проведено оперативное лечение с последующим назначением диеногеста.

Результаты гормонального обследования женщин показали, что у большинства женщин функция яичников оказалась нормогонадотропной, при этом у 47 (60,3%) отмечалась гиперэстрогения, у 31 (39,7%) - нормоэстрогения. Данный факт показывает, что развитие эндометриоза яичников не всегда сопровождается гиперэстрогенией.

Содержание сывороточного АМГ у пациенток первой группы в среднем составил 7,42 нг/мл, во второй группе у женщин, перенесших оперативное вмешательство на одном из яичников в среднем 1,33 нг/мл, на обоих яичниках 0,43 нг/мл.

Полученные результаты показали, что в первой группе беременность наступила после 6 месяцев лечения у 11% женщин, у 3 в первой месяц после окончания лечения, у 3 через 3-4 месяца (у одной беременность наступила после ЭКО). Во второй группе беременность наступила у 5 женщин, у одной через 1 месяц после окончания приема диеногеста, у остальных в среднем через 6-12 месяцев (у 1 пациентки % анэмбриония). Все женщины встали на учет в женскую консультацию в сроке до 12 недель беременности. Первый и второй триместр у беременных обеих групп протекал без особенностей. У двух беременных из второй группы в третьем триместре были выявлены признаки преждевременного созревания плаценты и умеренное многоводие. Проведено соответствующее лечение. На данный момент беременности пролонгируются.

Своевременными родами на данный момент завершилась одна беременность у пациентки из первой группы. Течение послеродового периода без особенностей.

Рецидив ЭКЯ через 2 года отмечен у 3 пациенток (12, 5%), второй группы. В первой группе рецидивов не наблюдалось.

Результаты нашего исследования показали: у женщин с ЭКЯ до 3 см следует рекомендовать гормональную терапию диеногестом, с ЭКЯ более 3 см следует рассматривать комбинированное лечение на первом этапе хирургическое лечение с последующим назначением гормональной терапии. При лечении эндометриоза гормональные методы терапии должны использоваться как минимум в течение 3 месяцев, с оценкой эффективности в конце этого срока. При выявлении объемного образования в яичниках в диаметре до 3 см наблюдение в течение 2-3 менструальных циклов. При повторной визуализации образования рекомендовать пациентке прием диеногеста по схеме начиная с первого дня менструального цикла. Через 3 месяца оценивалась эффективность лечения (по клиническим и ультразвуковым признакам). При положительной динамике рекомендовалось продолжить прием диеногеста до 6-12 мес.

Список литературы

1. Буланов, М.Н. Ультразвуковая гинекология: в 3-х т. / М.Н. Буланов. – М., 2010. – Т. 1. – 259 с.
2. Влияние хирургического лечения эндометриомы яичников на овариальный резерв: итоги систематического обзора и мет-анализа // Проблемы женского здоровья. – 2012. - № 3.
3. Гинекология. Национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. – М.: Гэотар Медиа, 2009. – 1150 с.
4. Дурасова, Е.Н. Клинико-морфологические варианты и молекулярные особенности эндометриоза яичников : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.01 / Дурасова Екатерина Николаевна. – СПб., 2011. - 153 с.
5. Краснопольский, В.И. Влияние хирургического лечения эндометриоидных кист яичников на фолликулярный резерв при эндометриоз-ассоциированном бесплодии / В.И. Краснопольский, С.Л. Горский // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2009. - Т. 9, № 5. - С. 60-64.
6. Матвеева, Н.В. Влияние эндохирurgicalического коагулирующего воздействия на овариальный резерв / Н.В. Матвеева, А.Э. Тер-Овакимян // Доктор.Ру. - 2013. - № 1 (79). - С. 18-20.
7. Медицинские и социальные аспекты генитального эндометриоза / Л.В. Адамян, М.М. Сонова, Е.С. Тихонова [и др.] // Проблемы репродукции. - 2011. - № 6. - С. 78-81.
8. Пересада, О.А. Эндометриоз-диагностические, клинические, онкологические и лечебные аспекты / О.А. Пересада // Медицинские новости. - 2009. - № 14. - С. 14-25.
9. Радзинский, В.Е. Акушерская агрессия / В.Е. Радзинский. – М.: Status Praesens, 2012. – 688 с.
10. Сидорова, И.С. Особенности терапии эндометриоидных кист яичников / И.С. Сидорова, А.Л. Унанян // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2011. - Т. 5, № 1. - С. 29-32.
11. Состояние эндометрия у пациенток с бесплодием после оперативного вмешательства на яичниках [Электронный ресурс] / А.А. Лапшихин, К.Г. Серебrenникова, М.В. Самойлов [и др.]. – URL: <http://kk.convdocs.org/docs/index-166022.html>
12. Тихомиров, А.Л. Эндометриоз – современные возможности фармакотерапии / А.Л. Тихомиров, И.Б. Манухин, М.А. Геворкян // Русский медицинский журнал. - 2013. - Т. 21, № 23. - С. 1134-1136.
13. Ультразвуковая диагностика эндометриоза. III. Варианты изображения эндометриоидных кист яичников / В.Н. Демидов, А.И. Гус, Н.И. Волков [и др.] // Ультразвуковая диагностика. – 1996. - № 2. – С. 17-21.
14. Хачкурузов, С.Г. УЗИ в гинекологии. Симптоматика. Диагностические трудности и ошибки / С.Г. Хачкурузов. – СПб.: Элби, 1999. – 661 с.
15. Шкала оценки травматичности хирургических вмешательств в гинекологии / В.А. Бурлев, А.С. Гаспаров, А.Г. Меликян [и др.] // Проблемы репродукции. – 2003. - № 2. – С. 30–2.
16. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации для ведения больных/ под ред. Л.В. Адамян. – М., 2013. – 65 с.
17. Эндометриоз: от трудностей диагностики к новым возможностям терапии / В.Н. Прилепская, Е.В. Иванова, А.В. Тагиева, А.Б. Летуновская // Гинекология. - 2012. - № 4. - С. 4-8.
18. A dose-ranging study to determine the efficacy and safety of 1, 2 and 4 mg of dienogest daily for endometriosis / G. Kobler, T.A. Faustmann, C. Gerlinger [et al.] // Int. Gynaecol. Obstet. – 2010. – Vol. 108. – P. 21-5.
19. Burney, R.O. The genetics and biochemistry of endometriosis / R.O. Burney // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 25. – P. 280–286.
20. Dienogest inhibits nerve growth factor expression induced by tumor necrosis factor- α or interleukin-1 β / S. Mita, Y. Shimizu, A. Sato [et al.] // Fertil. Steril. – 2013. – Nov. 26. pii: S0015-0282(13)03201-9. doi:

- 10.1016/j.fertnstert.2013.10.038.
21. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.guidelines.endometriosis.org/>
 22. Hormonal and Surgical Treatments for Endometriosis and Risk of Epithelial Ovarian Cancer / A.S. Melin, C. Lundholm, N. Malki [et al.] // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2013. – Vol. 92. – P. 546-554.
 23. Hummelshoj, L. Endometriosis significantly impacts women's productivity at work, first worldwide study finds / L. Hummelshoj. - WERF: Press release, 2010. – P. 1—3.
 24. Multi-center studies of the global impact of endometriosis and the predictive value associated symptoms / K.E. Nnoaham, S. Sivanathan, L. Hummelshoj [et al.] // J. Endometriosis. – 2009. – Vol. 1, № 1. – P. 36—45.
 25. World Population Projection Tables by Country and Group, 2010 [Электронный ресурс]. - URL: <http://go.worldbank.org/KZHE1CQFA0>

ФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Коваленко М.А., Кравченко Е.Н.*, Коваленко М.Ю.

Ямало-Ненецкий Автономный Округ. г.Лабытнанги, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Лабытнангская городская больница, Государственное бюджетное образовательное учреждение Высшего профессионального образования Омская государственная медицинская академия Министерства Здравоохранения Российской Федерации*, г.Омск

Понятие об особенностях функционирования щитовидной железы при беременности, имеет огромное значение в практике врача акушера - гинеколога. Необходимо понимать какие сдвиги происходят в организме беременной женщины, чтобы правильно оценить и вовремя скорректировать отклонения от нормального течения. В данной статье проведен литературный обзор об особенностях функционирования щитовидной железы при беременности.

Заболевания ЩЖ с нарушением ее функции у женщин вызывают снижение фертильности, изменения нормального менструального цикла. Беременность и роды у этих женщин характеризуются высокой частотой осложнений: ранним токсикозом, гестозом (54,5%), хронической внутриутробной гипоксией плода (22,7%), дискоординацией родовой деятельности (35,2%), преждевременными родами (18,2%). У новорожденных от матерей с патологией ЩЖ возможно развитие перинатальной энцефалопатии, анемии, внутриутробной гипотрофии, наиболее часто происходит поражение центральной нервной системы (ЦНС) - гидроцефалия, микроцефалия, функциональные нарушения и эндокринной системы - врожденный гипотиреоз, тиреотоксикоз.

Репродуктивная система женщины представляет собой сбалансированную систему структурных и функциональных элементов. Как гипофизарно-тиреоидная, так и гипофизарно-гонадная системы функционируют под строгим контролем гипоталамуса, что в значительной степени, определяет функциональные взаимосвязи этих систем. Основой данных взаимосвязей считают высшие звенья многоступенчатой системы эндокринной регуляции -надгипоталамические структуры, действующие посредством нейростероидов, нейротрансмиттеров и нейропептидов, и гипоталамус, влияющий на нижележащие звенья посредством рилизинговых гормонов. Функция половой и тиреоидной систем регулируется тропными гормонами передней доли гипофиза (лютеинизирующим гормоном – ЛГ, фолликулостимулирующим гормоном – ФСГ, пролактином, тиреотропным гормоном – ТТГ), которые, в свою очередь, находятся под контролем таламо- гипоталамо- корковой синхронизирующей системы. Тиреотропин- рилизинг гормон (ТРГ) гипоталамуса является стимулятором синтеза не только тиреотропным гормоном, но и пролактина гипофиза. Как результат, дисфункция гипофизарно-тиреоидной системы приводит к изменению уровня и гонадотропинов, и пролактина. Регуляция синтеза и секреции тиреоидных гормонов, с одной стороны, осуществляется эффектами тиреотропным гормоном, а с другой стороны – ауторегуляторными процессами, происходящими в самой щитовидной железе, которые зависят от потребления йода и синтеза тиреоидных гормонов. Беременность сопровождается воздействием комплекса специфических для этого состояния факторов, которые в сумме приводят к значительной стимуляции щитовидной железы беременной.

Таковыми специфическими факторами являются:

- гиперпродукция хорионического гонадотропина;
- повышение продукции эстрогенов и тироксинсвязывающего глобулина;

-увеличение почечного кровотока и клубочковой фильтрации, приводящее к усилению экскреции йода с мочой;

- изменение метаболизма тиреоидных гормонов матери в связи с активным функционированием фетоплацентарного комплекса.

В первом триместре беременности плацента в больших количествах продуцирует хорионический гонадотропин, который имеет структурное сходство с тиреотропным гормоном. Гиперстимуляция щитовидной железы избытком хорионического гонадотропина и возрастающий в результате этого уровень тироксина по механизму отрицательной обратной связи могут приводить к снижению уровня тиреотропного гормона. Повышение уровня хорионического гонадотропина на 10.000 МЕ/л приводит к повышению уровня свободного тироксина на 0.6 ммоль/л и подавлению базального уровня тиреотропного гормона на 0.1 мЕд/л. В 18–20% всех беременностей наблюдается снижение уровня тиреотропного гормона ниже нормы. Кроме того, во II и III триместрах уровень тиреотропного гормона в большинстве случаев возвращается к нормальному (0,4–4,0 мЕд/л), но иногда может оставаться сниженным вплоть до родов. Еще одним косвенным стимулятором щитовидной железы является возрастающая на протяжении беременности продукция эстрогенов. Последние, стимулируют в печени синтез тироксинсвязывающего глобулина – основного транспортного белка тиреоидных гормонов. Увеличение продукции тироксинсвязывающего глобулина приводит к транзитному снижению свободных (не связанных с белком), биологически активных гормональных фракций, что, в свою очередь, ведет к дополнительной стимуляции щитовидной железы. На протяжении беременности происходит увеличение объема почечного кровотока и клубочковой фильтрации, что вызывает увеличение почечного клиренса йода и усугубление потери йода во время беременности. Особое значение для функционирования щитовидной железы во время беременности приобретает функционирование фетоплацентарного комплекса. До появления щитовидной железы у плода, а также на более поздних сроках беременности повышенная потребность в тиреоидных гормонах обеспечивается гиперстимуляцией щитовидной железы, избытком хорионического гонадотропина и плод снабжается частично проникающими через плаценту тиреоидными гормонами беременной женщины. Закладка щитовидной железы у плода происходит на 4–5-й неделе внутриутробного развития, на 10–12-й неделе она приобретает способность накапливать йод и синтезировать йодтиронины, а к 16–17-й неделе щитовидная железа плода полностью дифференцирована и активно функционирует.

Во второй половине беременности принципиальным дополнительным фактором гиперстимуляции щитовидной железы является изменение метаболизма тиреоидных гормонов, обусловленное формированием и функционированием фетоплацентарного комплекса. Благодаря исследованиям, проведенным в последние десятилетия, длительное время принятый факт о непроницаемости плаценты млекопитающих для тиреоидных гормонов признан несостоятельным. По современным представлениям плацента частично проницаема для тиреоидных гормонов, тироксин определяется в амниотической жидкости еще до того, как начинает функционировать щитовидная железа плода. Через плаценту не проникает тиреотропный гормон, легко проникают йод, тиреотропин-релизинг-гормон (тиролиберин, TRГ), тиреостатики (мерказолил, пропилтиоурацил) и антитела. Веским аргументом в пользу частичной проницаемости плаценты для тиреоидных гормонов является нередко нормальный и заверченный органогенез у плода при врожденном гипотиреозе, обусловленном дефицитом тиреоидной пероксидазы, при котором невозможен адекватный синтез тиреоидных гормонов у плода. Кроме того, тиреоидные гормоны определяются в тканях плода уже к 12-й неделе внутриутробного развития, когда фетальная щитовидная железа еще не способна в полной мере обеспечить плод тиреоидными гормонами. Тем не менее напрямую через плаценту проникают лишь ограниченные количества тироксин и трийодтиронин, а принципиальное значение в обмене йодтиронинов и йода между организмом матери и плодом имеет функционирование плацентарных дейодиназ

Плацента содержит большие количества дейодиназы 3-го типа, осуществляющей трансформацию тироксина в реверсивный трийодтиронин(гТ3), а также трийодтиронин в диодтирозин, т.е. превращение тиреоидных гормонов в биологически неактивные метаболиты. Важнейшей функцией дейодиназы 3-го типа является снижение концентрации трийодтиронин и тироксина в крови у плода (уровень последнего на момент родов составляет у плода около 50% от уровня такового у матери), а также обеспечение плода дополнительным количеством йода за счет дейодирования йодтиронинов беременной. В условиях дефицита йода дейодирование тиреоидных гормонов беременной за счет значительного возрастания активности дейодиназы 3-го типа может стать важным фактором в обеспечении плода йодом. С этой целью фетоплацентарным комплексом будут использованы дополнительные количества тиреоидных гормонов матери, что приведет к увеличению потребности в них и дополнительной стимуляции щитовидной железы беременной. По данным D.Glinoeg и соавт., в популяции с недостаточным потреблением йода около трети беременных женщин имеют уровень тироксина на уровне нижней границы нормы и ниже. Интересно, что примерно у 80% беременных женщин

уровень тироксина в ходе гестации так и остается предельно низким. И, напротив, у 90% беременных с высоким уровнем тироксина в I триместре беременности высокая концентрация гормона сохраняется и в дальнейшем. Подобные наблюдения указывают на значимость коррекции потребляемого йода уже с первых недель беременности, что позволит, в свою очередь, предупредить избыточное увеличение концентрации тиреотропного гормона и последующее развитие гипотиреоза. Увеличение потребления йода, по данным K.Pedersen и соавт. и D.Glinoer и соавт., способствует развитию беременности при уровне тиреотропного гормона на половину ниже того, что наблюдается при дефиците йода.

Таким образом, изменение функции щитовидной железы в ходе беременности необходимо рассматривать комплексно, как баланс между потребностью в тиреоидных гормонах и доступностью достаточного количества йода.

Несмотря на то, что вопросы взаимосвязи функции щитовидной железы и репродуктивной системы женщины в последние годы вызывают большой интерес ученых и клиницистов, исследования, посвященные состоянию репродуктивной системы женщин, имеющих патологию щитовидной железы, немногочисленны, а результаты их неоднозначны.

Список литературы

1. Алгоритм профилактики и лечения йододефицитных заболеваний: Методическое пособие для врачей/ Е.А. Трошина и др.- М., 2005.- 45 с.
2. Арбатская Н.Ю. Йод-дефицитные заболевания и беременность: профилактика, диагностика и лечение// РМЖ.- 2004,- Т. 12,- № 13.- С. 755-758.
3. Баранов А.А. и др. Медико-социальные последствия йододефицитных состояний. Профилактика и лечение: Пособие для врачей. М—Пермь 1999;43.
4. Бутова Е.А. и др. Программа профилактики йододефицитных заболеваний./ Е.А. Бутова, А.А. Головина, Е.А. Кочергина.// Матер. 5-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка».- М., 2003.-С. 40-41.
5. Бутова Е.А. и др. Йододефицитные заболевания и беременность/ Е.А. Бутова, А.А. Головина, Е.А. Кочергина // Российский вестник акушера-гинеколога.- 2004.- № 1.- С. 13-17.
6. Варламова Т.А., Шехтман М.М. Акуш и гин 2002; 3: 57—58.
7. Дедов И.И., Юденич О.Н., Герасимов Г.А., Смирнов Н.П. Пробл эндокринол 1992; 38: 3: 615.
8. Древаль А.В., Нечаева О.А., Камынина Т. Пробл эндокринол 2000; 46: 2: 42—45.
9. Коваленко Т.В. Здоровье и развитие детей, рожденных в условиях зубной эндемии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ижевск 2000;
10. Краснопольский В.И. Беременность и заболевания щитовидной железы, проблемы и перспективы.// Матер. IV Российского форума «Мать и дитя».- М., Авиаздат, 2002.- С. 343-345.
11. Лесникова С.В. Функциональное состояние щитовидной железы у --- — беременных женщин в регионе легкого йодного дефицита: Дис. канд.мед.наук. - М., 2005.- 103 с.
12. Логутова Л.С. и др. Особенности течения беременности и исходы родов при гипотиреозе./ Л.С. Логутова, В.А. Петрухин, Н.В. Шидловская.// Матер. 6-го Российского форума «Мать и дитя».- М., 2004.- С. 115-116.
13. Мурашко Л.Е. и др. Заболевания щитовидной железы у беременных.// Матер. IV Российского форума «Мать и дитя».- М.: Авиаздат, 2002.-С. 418-419.
14. Glinoer D. Maternal and neonatal thyroid function in mild iodine deficiency. In: The thyroid and iodine. Stuttgart—New York 1996;
15. WHO. Eliminating Iodine Deficiency Disorders Safely Through Solt Iodization: A WHO Statement 1994; WHO/NUT/94.4.

СЕКЦИЯ №2. АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПОЛИМОРФИЗМ ГИСТОЭНЗИМАТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЭЛЕМЕНТОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОДНОКРАТНЫХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАГРУЗОК ДО «ОТКАЗА»

Эрастов Е.Р.

Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород

В системах неживой природы преобладают структуры статичные, равновесные, определяющие относительно устойчивые пространственные взаимоотношения между элементами. В живых системах на первое место по значению выдвигается динамическая физиологическая структура взаимодействия между элементами во времени [2,3]. Кардинальным признаком живой системы является ее способность на основе взаимодействия с суперсистемой «узнавать» элементы последней. В результате узнавания факторов суперсистемы разворачиваются процессы адаптации. Дискретность взаимодействия формирует не только *обособленность систем*, но и последовательную *сменяемость* их состояний [2]. Известно, что универсальные адаптационные механизмы слагаются из механизмов частных, присущих конкретным живым объектам, поэтому на современном этапе развития науки исследователей особенно интересуют индивидуальные аспекты адаптационного процесса. Особенность наших исследований состояла в том, что фактор внешней среды (двигательная нагрузка) дозировался животному индивидуально по состоянию кардиореспираторного аппарата, определяемому в процессе эксперимента.

Цель исследования заключалась в выявлении особенностей гистоэнзиматической перестройки элементов пирамидной, экстрапирамидной систем и сегментарного аппарата при воздействии индивидуально дозированных двигательных нагрузок до «отказа».

Материал и методика. Работа проведена на 24 беспородных собаках-самцах. Первая группа (14 животных) была интактной. Вторая группа (10 животных) состояла из собак, которым дозировали однократные нагрузки до «отказа». Исследования проводились в соответствии с приказом Минвуза СССР № 742 от 13.11.84 «Об утверждении правил проведения работ с использованием экспериментальных животных» и № 48 от 23.01.85 «О контроле за проведением работ с использованием экспериментальных животных».

Скорость движения ленты тредмилла составила 15 км/час. После нагрузки животному внутривенно вводили 10% раствор тиопентала натрия (из расчета 0,5 мл на кг массы тела). Кусочки спинного мозга (четвертый поясничный сегмент), среднего мозга и моторной коры (поле Prc1) замораживали в охлажденном до -70° жидким азотом изооктане и после изготовления криостатных срезов инкубировали в средах для выявления сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и кислой фосфатазы (КФ) [4]. Фотометрию осуществляли на цифровом микрофотометре.

Математическую обработку первичных данных проводили при помощи компьютерной программы, позволяющей подсчитать средние значения и ошибку среднего, а также произвести разбивку выборки на заданное число классов с одновременным вычислением основных параметров информационного анализа. Достоверность определяли по критерию Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Интактные животные изучались как группа, позволяющая выявить диапазон колебаний активности изучаемых ферментов. Продукт реакции СДГ представлен в нейронах в виде полиморфных гранул фиолетового цвета, заполняющих цитоплазму, а иногда и аксонный холмик, на фоне которых выделяется светлое, неокрашенное ядро [7,8,9]. Обнаружено значительное колебание продукта реакции фермента, выраженное во всех изучаемых отделах центральной нервной системы, о чем свидетельствуют и предыдущие исследования [5,6]. Так, в мотонейронах спинного мозга, при среднегрупповом значении, равном $0,126 \pm 0,003$ у. е., этот показатель колебался от $0,105 \pm 0,001$ у. е. до $0,147 \pm 0,001$. Оптическая плотность продукта реакции фермента в интернейронах спинного мозга также обнаружила значительные колебания у отдельных собак, однако общий разброс был выражен в меньшей степени, чем у мотонейронов. При среднем показателе, равном $0,114 \pm 0,003$ у. е., минимальное значение составило $0,099 \pm 0,001$ у. е., а максимальное - $0,139 \pm 0,001$ у. е. Характерно, что оптическая плотность продукта реакции СДГ в интернейронах интактных животных принимает достоверно меньшее значение по сравнению с мотонейронами (на 9,52%, $p < 0,01$).

Выраженное колебание значений оптической плотности СДГ, отмеченное в нервных клетках, позволило разделить все нейроны на три класса - с высоким, средним и низким значением оптической плотности фермента.

Известно, что окислительные свойства мотонейрона являются одним из основных факторов, определяющих тип мышечных волокон, им иннервируемых. Так, двигательные клетки с высоким уровнем окислительного метаболизма иннервируют «окислительные» мышечные волокна, отличающиеся небольшим диаметром и относительно небольшой скоростью сокращения [10,11]. Что касается интернейронов переднего рога спинного мозга, то мы не нашли в литературе работ, посвященных типологическим особенностям этих клеток, основанным на уровне окислительного метаболизма. Тем не менее, типирование нервных клеток, учитывающее их гистoenзиматическую неоднородность, позволило углубить наши представления об адаптации отдельных клеточных популяций к воздействию изучаемых факторов внешней среды. Анализ процентного соотношения количества нервных клеток 1, 2 и 3 типа среди двигательных и промежуточных нейронов показал, что между ними нет существенных различий (Табл.1.)

Таблица 1

Относительная энтропия и распределение по типам нейронов различных отделов ЦНС на основе оптической плотности продукта реакции СДГ у животных интактной группы (%)

Объекты изучения	Относительная энтропия	Оптическая плотность		
		низкая	средняя	высокая
Мотонейроны спинного мозга	0,893± 0,014	30,96± 3,17	36,82± 3,00	30,23± 2,94
Интернейроны спинного мозга	0,885± 0,019	34,55± 3,57	35,91± 3,37	29,01± 3,02
Крупноклеточная часть КЯ	0,900± 0,011	27,27± 2,49	35,68± 3,09	36,59± 3,76
Мелкоклеточная часть КЯ	0,871± 0,017	33,86± 3,14	30,91± 3,02	35,00± 3,97
I слой Кору	0,871± 0,013	28,86± 3,72	34,54± 2,56	36,59± 3,76
III слой Кору	0,889± 0,015	29,77± 1,67	35,55± 2,84	35,45± 2,93
V слой коры	0,888± 0,015	34,46± 3,95	28,77± 2,91	34,55± 2,69
VI слой Кору	0,877± 0,015	30,46± 2,75	33,64± 3,49	35,91± 3,39

Продукт реакции КФ располагается в цитоплазме нейрона в виде темно-коричневых полиморфных гранул [12,13]. Оптическая плотность продукта реакции фермента колебалась во всех изучаемых отделах центральной нервной системы, однако эти колебания были менее выражены, чем у СДГ. По-видимому, гидролитические особенности нервной клетки обладают меньшей специфичностью, чем окислительные. Так, в мотонейронах спинного мозга этот показатель варьировал от 0,195±0,002 до 0,250±0,002 у. е., в интернейронах - от 0,175±0,003 до 0,237±0,002 у.е.

Оптическая плотность продукта реакции СДГ нейронов красного ядра колебалась в крупноклеточной части от 0,135±0,001 до - 0,199±0,002 у. е., в мелкоклеточной - от 0,138±0,001 до 0,206±0,002 у.е. Интересные результаты показал типологический анализ (Табл.1). Так, оказалось, что нейроны крупноклеточной части красного ядра по своим окислительным свойствам в большей степени однородны, чем нейроны остальных изучаемых нами отделов центральной нервной системы. Число нервных клеток, обладающих высокой оптической плотностью продукта реакции СДГ («окислительных») в этой структуре на 6,36% больше, чем в мотонейронах спинного мозга и на 7,58% - чем в интернейронах (p>0,05).

В коре больших полушарий обнаружена выраженная неоднородность оптической плотности продукта реакции СДГ в разных слоях. Так, максимальное среднее значение показателя - 0,180±0,004 у. е. - найдено в III слое, минимальное - 0,114±0,007 у. е. - в VI слое. Также как и в других отделах центральной нервной системы, найдены значительные колебания показателя в разных слоях. Так, в VI слое, характеризующимся наличием полиморфных клеток, колебания были максимальны - от 0,069±0,001 до 0,162±0,001 у. е. Типологический анализ

нейронов разных слоев показал, что они мало отличаются по процентному составу клеток с разным уровнем оптической плотности (Табл.1). Характерно, что во всех слоях коры преобладают нейроны «окислительные», что связано с особенностями метаболизма этого отдела мозга, который, по мнению многих авторов, наиболее чувствителен к дефициту кислорода. Максимальное число таких нервных клеток отмечено в I слое.

Клетки мелкоклеточной и крупноклеточной частей красного ядра по показателю оптической плотности КФ достоверно не отличались. Максимальное значение его выявлено в V слое коры. Характерно, что этот слой, представляющий собой многоуровневое, полиморфное образование, выполняющий преимущественно проекционные функции, обнаружил не только высокую гидролитическую активность, но и наибольший разброс показателя. Так, при среднем значении, равном $0,261 \pm 0,006$ у. е., оптическая плотность варьировала от $0,217 \pm 0,003$ у. е. до $0,312 \pm 0,003$.

Воздействие однократных нагрузок до «отказа» приводит к существенным изменениям изучаемых показателей во всех изучаемых отделах центральной нервной системы. Оптическая плотность продукта реакции СДГ в мотонейронах спинного мозга показала значения, достоверно меньшие по сравнению с интактной группой (на 11,9%, $p < 0,01$). По сравнению с интактной группой уменьшается процентное содержание клеток 2 и 3 типов, за счет чего число нейронов с низкой оптической плотностью СДГ возрастает с 32,96 до 41% ($p > 0,05$).

Оптическая плотность продукта реакции СДГ в промежуточных нейронах спинного мозга по сравнению с интактной группой достоверно меньше (на 9,65%, $p < 0,05$). Интересно, что при выраженном параллелизме динамики оптической плотности продукта реакции СДГ в мотонейронах и интернейронах, перестройка гистоэнзиматического профиля двигательных и промежуточных нервных клеток имеет совершенно иной характер. Уменьшение числа «окислительных» клеток, отмеченное и в популяции мотонейронов, происходит за счет увеличения нейронов не 1, а 2 типа. Таким образом, популяция промежуточных нейронов реагирует на однократные нагрузки до «отказа» со стандартной скоростью без привлечения таких мощных гликолитических резервов, которые используют двигательные клетки. По-видимому, это связано с теми воздействиями, которые испытывают мотонейроны со стороны скелетной мускулатуры, поскольку изменения, наблюдаемые в мотонейронах и в мышечных волокнах, ими иннервируемых, однонаправлены [14]. Интернейроны не обладают такой связью с периферией, как двигательные нервные клетки, чем, на наш взгляд, можно объяснить меньшую выраженность гликолитического процесса в этих образованиях. В нейропиле переднего рога спинного мозга обнаружены значения СДГ, на 21,2 % меньшие по сравнению с собаками интактной группы ($p < 0,05$).

Таблица 2

Относительная энтропия и распределение по типам нейронов различных отделов ЦНС на основе оптической плотности продукта реакции СДГ у животных, получивших однократные нагрузки до «отказа» (%)

Объекты изучения	Относительная энтропия	Оптическая плотность		
		низкая	средняя	высокая
Мотонейроны спинного мозга	$0,867 \pm 0,015$	$41,00 \pm 5,02$	$30,50 \pm 4,47$	$28,50 \pm 2,73$
Интернейроны спинного мозга	$0,891 \pm 0,014$	$32,00 \pm 4,66$	$41,50 \pm 3,69$	$28,50 \pm 3,52$
Крупноклеточная часть КЯ	$0,879 \pm 0,030$	$38,00 \pm 6,10$	$43,33 \pm 4,68$	$18,00 \pm 2,96$
Мелкоклеточная часть КЯ	$0,835 \pm 0,011$	$36,50 \pm 3,61$	$43,50 \pm 5,88$	$20,00 \pm 3,33$
I слой коры	$0,864 \pm 0,013$	$44,00 \pm 4,29$	$35,50 \pm 4,74$	$20,50 \pm 3,72$
III слой коры	$0,915 \pm 0,024$	$30,50 \pm 1,99$	$47,10 \pm 3,25$	$22,50 \pm 2,97$
V слой коры	$0,917 \pm 0,017$	$32,00 \pm 3,86$	$40,00 \pm 3,24$	$28,00 \pm 2,38$
VI слой коры	$0,858 \pm 0,027$	$38,00 \pm 4,39$	$39,00 \pm 4,89$	$23,00 \pm 2,96$

В отличие от спинного мозга, в нейронах крупноклеточной и мелкоклеточной частей красного ядра не обнаружено достоверно меньших значений оптической плотности этого фермента. Отмечена отрицательная динамика по показателю (на 10,3 и 9,94% соответственно, $p > 0,05$). Анализ популяции нервных клеток по типам показал, что по сравнению с животными интактной группы значительно уменьшается число «окислительных» нейронов. Это особенно выражено в крупноклеточной части, где уменьшение числа нейронов 3 типа идет преимущественно за счет увеличения клеток 1 типа, когда в мелкоклеточной части - за счет 2 типа.

Различные слои двигательной коры имели меньшее значение оптической плотности продукта реакции СДГ по сравнению с интактной группой. Максимальная разница обнаружена в III слое (на 16,1%, $p < 0,01$), минимальная - в VI (на 0,88%, $p > 0,05$). Анализ нейронной популяции с учетом типологии свидетельствует о достоверном снижении процента «окислительных» нейронов во всех слоях коры по сравнению с интактными животными. По сравнению с предыдущей экспериментальной группой число нейронов 3 типа уменьшилось в I и III слое, но увеличилось в V и VI слоях. Таким образом, в нижнем этаже коры при продолжении взаимодействия с сигналом происходит выравнивание процентного соотношения клеток различной оптической плотности, что свидетельствует об адаптации этой подсистемы к фактору среды. Процессы, наблюдаемые в верхнем этаже коры, связаны, на наш взгляд, с мощными гипоксическими изменениями, неизменно возникающими при нагрузках до «отказа».

Оптическая плотность продукта реакции КФ в мотонейронах спинного мозга обнаружила тенденцию к увеличению (на 3,57%, $p > 0,05$). В интернейронах динамики не выявлено. В красном ядре отмечено достоверное увеличение - в крупноклеточной части на 4,8% ($p < 0,05$), в мелкоклеточной - на 8,26% ($p < 0,01$). В коре больших полушарий также отмечено достоверное увеличение по сравнению с интактными собаками. Так, максимальная динамика выявлена в V слое (на 9,58%, $p < 0,01$), минимальная - в I слое (на 5%, $p < 0,05$).

Таким образом, животные интактной группы существенно отличались друг от друга по уровню оптической плотности окислительных и гидролитических ферментов. Выраженность этих отличий определяется уровнем организации центральной нервной системы. Так, в наиболее молодых в филогенетическом отношении отделах мозга (мелкоклеточная часть красного ядра и моторная кора) обнаружен наибольший диапазон колебаний этих показателей. Воздействие однократных нагрузок до «отказа» способствует значительному уменьшению этого диапазона. Уменьшение процентного содержания «окислительных» нервных клеток, зарегистрированное во всех изучаемых отделах мозга, свидетельствует о выраженных гипоксических изменениях, возникающих при двигательных нагрузках.

Список литературы

1. БЕЛОЦЕРКОВСКИЙ В.П., БЕЛОЦЕРКОВСКАЯ Е.Н., КАШИРИНА Н.К. Морфоэнзимологические аспекты влияния симпатической денервации сосудов головного мозга на церебральные структуры. //Таврический медико-биологический вестник. - 2013. - Том 16, №1, ч.1 (61). - С. 24 -28.
2. БИРЮКОВА О.В., СТЕЛЬНИКОВА И.Г. Работоспособность при двигательных нагрузках и гипокинезии. - Н. Новгород: НижГМА, 2011. - 176 с.
3. КОЧЕТКОВ А.Г. Адаптационный процесс: компоненты, закономерности. // Регенерация, адаптация, гомеостаз. - Горький, Горьк. медин-т, 1990.-С.57-67.
4. ЛОЙД З., ГОССРЯЦ Р., ШИБЛЕР Т. Гистохимия ферментов (лабораторные методы). - М.: Мир, 1982. - 271 с.
5. МАСЛОВ Н.В. Активность дегидрогеназ теменной коры крыс после действия гамма-облучения // Морфология. - 2010. - Т. 137, № 4. - С. 123.
6. НАСОНОВА Н. А., СОКОЛОВ Д. А. Структурно-функциональная характеристика стриопаллидарной системы при облучении ионизирующим излучением в малых дозах // Журнал анатомии и гистопатологии. - 2013. - Т. 2, № 1. - С. 43- 45.
7. CHALMERS G.R., ROY R.R., EDGERTON V.R. Adaptability of the oxidative capacity of motoneurons // Brain Res.-1992, Vol.570. - P.1-10.
8. CULLHEIM S., ULFHAKE B. Relations between cell body size, axon diameter and axon conduction velocity of triceps sure alpha motoneurons during postnatal development in the cat // J.Comp.neurol.-1979, Vol.188.- P.679-686.
9. DONSELLAAR Y., KERNELL D., EERBEER O. Soma size and oxidativy enzyme activity in normal and chronically stimulated motoneurons of the cat s spinal cord // Brain Res., 1986. -Vol.385. -P.22-29.
10. EXERCISE-INDUCED MORPHOLOGICAL AND BIOCHEMICAL CHANGES IN SKELETAL MUSCLES OF THE RAT / P.W. Watt, F. J. Kelly, D.F. Goldspink et al.// Journal Applied Physiology. -1982. - Vol. 53, N 5. - P. 1144 - 1151.

11. CROSS-ADAPTIVE RESPONSES TO DIFFERENT FORMS OF LEG TRAINING: SKELETAL MUSCLE BIOCHEMISTRY AND HISTOCHEMISTRY / W.D. Daub, H.J. Green, M.E.Houston et al.// Can. Journal Physiol. Pharmacol. -1982. - Vol. 60. - P.628-633..
12. MONOCHA S.L. Histochemical distribution of alkaline and acid phosphatase and adenosine triphosphatase in the brain of squirrel monkey.// Histochemie, 1970. -Vol.21-P.221-235.
13. SETHI J.S., TANWAR R.K. Comparative distribution of acid phosphatase and simple esterase in the mouse neocortex and hippocampal formation //Acta Anat.,1989.-Vol.135.- P.323 - 329.
14. EAGLESON K.L, BENNET M.R. Survival of purified motor neurons in vitro: effects of skeletal muscle-conditioned medium// Neuroscience Letters. - 1983. - Vol.38, №2. - P.187 - 192.

СЕКЦИЯ №3.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.20)

СЕКЦИЯ №4.

БОЛЕЗНИ УША, ГОРЛА И НОСА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.03)

СЕКЦИЯ №5.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА

Кириянова В.В., Горбачева К.В.

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г.Санкт-Петербург

Дисбиоз – это состояние, характеризующееся нарушением подвижного равновесия кишечной микробиоты, в норме заселяющей нестерильные полости и кожные покровы, возникновением качественных и количественных изменений в «микробном пейзаже» (2,8).

Наибольший удельный вес в аутобиоте человека и животных занимает микробиота пищеварительного тракта. При этом наибольшее количество микроорганизмов определяется в ротовой полости и толстой кишке (4, 12). Состав аутобиоты относительно постоянен, несмотря на влияние многочисленных факторов, оказывающих временное воздействие на микробиоту человека. Кишечные бактерии представляют собой сложную ассоциацию микроорганизмов, влияющих на жизнедеятельность друг друга и находящихся во взаимосвязи с организмом человека (9,12). Количество микроорганизмов в толстой кишке наиболее велико. В этом отделе пищеварительного тракта содержится $1-5 \cdot 10^{11}$ микробов в 1мл содержимого, а 10^{12} на 1мл микробов соответствует 30% каловых масс. В микробиоте толстой кишки численно доминируют анаэробные микроорганизмы, преимущественно состоящие из аспорогенных грамположительных и грамотрицательных палочек. Аэробные бактерии составляют в среднем 1-4%. Так называемая остаточная микробиота – *Staphylococcus*, *Clostridium*, *Proteus* и *Candidaspp.* – составляет 0,001-0,01% общего числа микробов; количество *Candidaspp.* в фекалиях $0-10^3$ КОЕ/г (3, 6, 11).

Микробиота кишечника, сложившаяся в процессе эволюции человека, выполняет в организме очень важные функции: защитную (антагонистическую, и через стимуляцию лимфоидного аппарата), пищеварительную (нормальная микробиота способствует ферментативному расщеплению сложных органических веществ и участвует в их всасывании), витаминобразующую (2,3, 8, 9)

Дисбиоз кишечника (ДК) может развиваться от различных причин, однако ведущим фактором при этом является нарушение защитных механизмов.

По этиологическим эндогенным и экзогенным факторам можно выделить следующие виды дисбиоза пищеварительного тракта:

1.Эндогенный дисбиоз:

а) Дисбиоз функциональный, возникающий вследствие пониженной секреции соляной кислоты в желудке, недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы и печени, дискинетических расстройств различных отделов кишечника.

б) Дисбиоз нутритивный, возникающий при диспепсии, диарее, синдроме мальабсорбции.

в) Дисбиоз воспалительный, сопровождающий неинфекционное воспаление тонкой или толстой кишок (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит и т.д.).

г) Дисбиоз иммунодефицитный, возникающий у некоторых больных с недостаточностью специфических и неспецифических защитных факторов в локальной и общей иммунной системе (генетически детерминированные иммунодефицитные состояния, аллергические заболевания и т.п.).

2. Экзогенный дисбиоз:

а) Дисбиоз алиментарный, возникающий при употреблении нетрадиционных продуктов питания, недостаточном питании или при нефизиологических формах питания (например, белки одноклеточных водорослей, продолжительное парентеральное питание).

б) Дисбиоз постоперационный, возникающий в результате резекции желудка, обширной резекции тонкой кишки, синдрома приводящей петли, синдрома «слепой петли», тотальной ваготомии и т.д.

в) Дисбиоз постинфекционный, после перенесенных кишечных инфекций (брюшной тиф, сальмонеллез, шигеллез, амёбная дизентерия и т.п.).

г) Дисбиоз лекарственный.

д) Дисбиоз стрессорный, причиной которого может явиться эмоциональный и физиологический стресс при биоизоляции.

е) Дисбиоз радиационный.

Не уменьшая значение всех выше перечисленных факторов, мы считаем, что главная причина возникновения ДК – это патология желчного пузыря, которая приводит к нарушению поступления желчи в кишечник. Известно, что помимо своих пищеварительных функций желчь также обладает выраженной бактерицидной функцией. Она угнетает развитие кишечных бактерий и предупреждает развитие гнилостных процессов в толстом кишечнике. К тому же она нормализует микроэкологию кишки, стимулируя пролиферацию и слущивание энтероцитов.

Клинически ДК проявляется в виде острого и хронического колита, энтерита и даже гастроэнтероколита. Латентная форма ДК протекает компенсировано, проявляясь гиповитаминозом, тенденцией к запорам, метеоризмом, повторными простудными заболеваниями. Отмечаются астеновегетативные, психастенические расстройства, пищевая и ассоциированная аллергия, гистаминозависимые реакции. Как правило, это дисбиоз 1 и 2 степени. Местная (локальная) форма протекает субкомпенсировано, с дискинетическим синдромом, синдромом желудочно-кишечной диспепсии, полигиповитаминозом, нарушением минерального обмена. Распространенная форма протекает с колонизацией тонкой кишки и клинической картиной энтероколита с преобладанием энтерита и синдромом мальабсорбции или с бактериемией и исходом в сепсис (2,3, 6).

Диагностика дисбиозов основана на применении микробиологических, биохимических, иммунологических и клинических методов исследования. Бактериологическая диагностика дисбиозов основывается на количественном учете представителей различных микробов, заселяющих кишечник, с использованием широкого набора селективных и неспецифических питательных сред, аэробных и анаэробных условий выращивания. Показателем дисбиоза являются отклонения от нормального уровня микрофлоры человека. В большинстве случаев при ДК имеет место как ассоциация ряда условно-патогенных микробов, не характерных для нормального биоценоза, так и одновременно качественные изменения *E. coli* (гемолиз, снижение ферментативной активности, потеря подвижности). Весьма показательным для нарушенного биоценоза кишечника являются также количественные изменения облигатной микрофлоры: отсутствие роста бифидобактерий в минимальном разведении фекалий (10^{-7}) и резкое снижение кишечной палочки (менее 1 млн./г) (2,11).

Вид дисбиоза устанавливается на основании роста условно-патогенных микробов в посевах кала.

Лечение больных с ДК должно быть комплексным и предусматривает нормализацию кишечной микрофлоры, иммунобиологической реактивности и процессов пищеварения, купирование моторных расстройств и воспалительных изменений в слизистой оболочке, адсорбцию и удаление токсических продуктов из кишечника, восстановление нарушенных видов обмена, устранение энзимопатий, аллергических реакций (2, 9, 11). Все это подразумевает назначение целого комплекса препаратов, прием которых длителен и требует значительных материальных затрат. Вместе с тем известно, что методы физиотерапии могут влиять сразу на несколько звеньев патогенеза, значительно повышая эффективность терапии и ускоряя процесс выздоровления. Нами была разработана методика электрофореза микроэлементов. Лекарственный электрофорез представляет собой метод сочетанного действия постоянного электрического (гальванического) тока и вводимого с его помощью в

организм человека лекарственного вещества. Таким образом, на больного одновременно действуют 2 фактора: гальванический ток и лекарственный препарат. Гальванический ток – непрерывный постоянный электрический ток низкого напряжения (до 80 В) и малой силы (до 50 мА). Постоянный ток хорошо переносится больными различного возраста и разной тяжести заболевания, оказывая влияние не только на поверхностные, но и на глубоко расположенные органы. В результате действия тока происходит улучшение регионарного кровообращения в результате расширения сосудов и увеличения скорости кровотока, оказывается нормализующее влияние на периферический и центральный отделы нервной системы. В связи с этим гальванический ток улучшает трофику тканей, усиливает обмен веществ, обладает выраженным противовоспалительным эффектом. Гальванический ток способствует также активации процессов иммунитета и ускорению регенерации многих тканей. Наряду с действием тока, при лекарственном электрофорезе выраженное влияние на организм оказывает лекарственный препарат, вводимый в организм через кожу и сохраняющий при этом свои фармакологические свойства. Фармакокинетика медикамента при электрофорезе имеет свои особенности. Характерным является депонирование лекарства в коже и медленное его поступление за счет осмоса, диффузии и электрогенного перемещения в ток крови. Этим достигается длительное нахождение лекарства в организме и пролонгирование его действия. Распространяясь по всему организму, лекарственное вещество в больших концентрациях, чем при других методах введения, определяется в межэлектродном пространстве, т.е. в органах, пораженных патологическим процессом, на местах проекции которых располагаются электроды. Выводится лекарство из организма обычными путями. Особенностью электрофореза является также введение в организм малых доз лекарства, исчисляемых обычно миллиграммами, что обеспечивает отсутствие побочных реакций и алергизации организма. Однако при этом и небольшие дозы медикаментов оказывают необходимое, специфическое для них действие в связи со значительным повышением их фармакологической активности. Это объясняется одновременным действием тока, создающего благоприятный фон для действия лекарства, большей концентрацией последнего в пораженных органах, введением электрически активной и наиболее фармакологически действенной части лекарственных соединений. (13). Выбор лекарственных препаратов для введения их методом электрофореза осуществлялся нами исходя из их фармакологических свойств. Мы использовали электрофорез микроэлементов: цинка и серы. Цинк обладает бактерицидным и фунгицидным действием. Ему принадлежит важная роль в синтезе белков и нуклеиновых кислот. Входя в состав более 200 ферментов, цинк участвует в белковом, углеводном и жировом обменах; оказывает выраженное иммунокорректирующее действие. Цинк является фактором защиты клеточных мембран от действия оксидантов. К тому же отмечено, что при гастроэнтерологической патологии отмечается снижение концентрации цинка в крови, что требует включения цинка в терапию. Установлено, что цинк способствует купированию диареи. Сера входит в состав многих аминокислот, белков и других биологически активных элементов. Для серы характерно противовоспалительное и десенсибилизирующее действие, она нормализует обменные процессы в хрящевой ткани, в коже и ее придатках, улучшает трофику тканей (1). Нами была разработана оригинальная методика лекарственного электрофореза с использованием 3-х электродов. При этом раздвоенный электрод (анод) площадью по 150см² каждый располагается на передней поверхности живота в области проекции печени и поджелудочной железы и присоединяется к положительному полюсу аппарата. Лекарственные прокладки каждого из 2-х электродов смачиваются 6 мл 2% раствора сульфата цинка, для введения в организм цинка. Другой электрод (катод) площадью 300см², соединенный с отрицательным полюсом аппарата, размещается в нижнегрудном отделе позвоночника (зона Th₈-Th₁₂). Лекарственная прокладка этого электрода смачивается 6 мл 3% раствора тиосульфата натрия, для введения серы. Дозирование процедуры проводится по силе гальванического тока, которая подбирается индивидуально с учетом площади электродов и субъективных ощущений больного в пределах от 5-10 до 15мА. Продолжительность процедуры составляет 15-20-25 минут. На курс лечения назначают 10-15 процедур, проводимых ежедневно. Повторный курс лечения проводят по показаниям не ранее 4-5 месяцев, после первого.

Под нашим наблюдением в микологической клинике СПб МАПО находилось 231 больной ДК с повышенной пролиферацией *Candidaspp*.

Жалобы обследованных больных ДК с повышенной пролиферацией *Candidaspp*. были неспецифичны. Большинство больных (154 – 68%) предъявляли жалобы на неоформленный стул 2-3 раза в день без патологических примесей. У 111 (49%) пациентов были отмечены явления метеоризма. 102 (45%) пациента предъявляли жалобы на разлитую боль в животе.

Микробиологическое исследование кала позволило выявить повышенный рост *Candidaspp*, тенденцию к снижению роста бифидобактерий и лактобактерий. Среднее количество *Candidaspp*. в кале составило $42,17 \times 10^3 \pm 5,50 \times 10^3$ КОЕ/г; *E. coli* присутствовали в количестве $1,46 \times 10^8 \pm 0,2 \times 10^8$ /г; бифидобактерии $2,13 \times 10^7 \pm 0,39 \times 10^7$ /г; лактобактерии $1,98 \times 10^7 \pm 0,46 \times 10^7$ /г.

Изучение процессов пищеварения осуществлялось путем анализа данных копрограммы. Это исследование проведено у 128 (56%) больных. У всех больных были выявлены нарушения процессов пищеварения. Выраженная креаторея (у 83% больных) свидетельствует о нарушении внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Об этом свидетельствует также и достаточно выраженная стеаторея (у 35% больных). Появление в 36% случаев жирных кислот говорит об уменьшении поступления желчи в кишечник. По появлению у 84% больных катаринореи и у 88% больных крахмала можно говорить об ускоренной эвакуации пищевых масс из кишечника. Рост в кале в обильном количестве йодофильной микрофлоры подтверждает диагноз ДК.

При исследовании показателей периферической крови, проведенном у 100% больных, выявлены следующие средние значения: гемоглобин $118,92 \pm 0,38$ г/л; эритроциты $4,29 \pm 0,02 \times 10^{12}$ /л; цветной показатель $0,87 \pm 0,003$; лейкоциты $5,42 \pm 0,09 \times 10^9$ /л; палочкоядерные (п/я) лейкоциты $4,36 \pm 0,18\%$; сегментоядерные (с/я) лейкоциты $58,32 \pm 0,71\%$; эозинофилы $2,63 \pm 0,13\%$; базофилы - 0; лимфоциты $31,26 \pm 0,64\%$; моноциты $2,92 \pm 0,11\%$; СОЭ $16,37 \pm 0,35$ мм/ч. Следовательно, отмечено снижение показателя гемоглобина и увеличение СОЭ по сравнению с нормальными данными.

Состояние клеточного иммунитета было изучено у 69% пациентов. Субпопуляционный состав крови следующий: CD3 $48,13 \pm 0,80\%$, $0,843 \pm 0,032 \times 10^9$ /л; CD4 $35,45 \pm 0,70\%$, $0,616 \pm 0,026 \times 10^9$ /л; CD8 $12,61 \pm 0,52\%$, $0,219 \pm 0,011 \times 10^9$ /л. ИРИ $2,8 \pm 0,32$; лейкоциты $5,33 \pm 0,11 \times 10^9$ /л; лимфоциты $31,54 \pm 0,81\%$, $1,69 \pm 0,052 \times 10^9$ /л. Следовательно, определялась тенденция к снижению Т-клеточного иммунитета у больных ДК с повышенной пролиферацией *Candidaspp*.

Показатели гуморального иммунитета были изучены у 60% больных. Полученные нами данные свидетельствуют о достоверном снижении содержания иммуноглобулинов класса А, повышении содержания IgG и общего Ig E, тенденции к снижению содержания IgM у больных по сравнению с 20 здоровыми лицами контрольной группы.

Всем больным проводилась традиционная терапия: диетотерапия; фунгицидные полиеновые антибиотики, биопрепараты, содержащие живые бактерии (бифидумбактерин, лактобактерин); адсорбенты; поливитаминные комплексы peros.

Комплексная терапия в сочетании с электрофорезом микроэлементов проведена нами у 69 больных ДК с повышенной пролиферацией *Candidaspp*.

При проведении электрофореза микроэлементов отмечено быстрое и отчетливое купирование жалоб: у всех больных произошла частичная или полная нормализация стула и уменьшение или полное исчезновение болей в животе; только у 3 больных (10%) сохранился метеоризм.

При проведении электрофореза микроэлементов отмечалось достоверное уменьшение йодофильной биоты в кале, что свидетельствует об уменьшении ДК. Также можно говорить о нормализации функции печени и поджелудочной железы. Об этом свидетельствовало достоверное снижение креатореи, стеатореи, полное исчезновение игл жирных кислот. Снижение концентрации крахмала и целлюлозы в кале говорит о нормализации эвакуации пищевых масс из кишечника.

Наблюдалось достоверное подавление роста грибов рода *Candida* при применении электрофореза микроэлементов: снижение роста грибов в среднем в 42 раза, достоверно большее, чем при одной медикаментозной терапии в 20 раз; достоверное увеличение количества бифидобактерий (в среднем на 4×10^8) и лактобактерий (в среднем на $3,5 \times 10^8$), достоверно большее, чем при одной медикаментозной терапии в 10 раз.

Нормализация процессов пищеварения и восстановление микрофлоры кишечника привела к улучшению поступления питательных веществ в организм. Это подтверждается увеличением содержания общего белка крови в среднем на 5,71 г/л.

Достоверно уменьшилось содержание билирубина крови (на 4,5 мкмоль/л от исходного уровня), также отмечено снижение показателя тимоловой пробы на 0,89 ед. и концентрации АЛТ на 0,15 ммоль/(ч х л). Очевидно за счет стимуляции гальваническим током области печени и действия микроэлементов.

При проведении электрофореза микроэлементов отмечена выраженная стимуляция клеточного иммунитета, по сравнению с медикаментозной терапией. По данным иммунограммы отмечено достоверное увеличение относительного и абсолютного числа CD3, CD4, CD8. Оценка динамики состояния гуморального иммунитета у пациентов позволила выявить достоверное изменение содержания общего IgE (снижение на 58,53 г/л). Отмечалась тенденция к увеличению IgM, IgA. Это, по-видимому, объясняется гальванической стимуляцией печени и действием микроэлементов.

Таким образом, проведенные нами исследования позволили установить, что комплексное лечение с применением электрофореза 2% сульфата цинка и 3% тиосульфата натрия по трехэлектродной методике способствует быстрому и выраженному клиническому улучшению пациентов по сравнению с проведением одной

медикаментозной терапии. В группе отмечены более значительные изменения в состоянии микробного пейзажа кала и в показателях копрограммы, что является основным критерием положительного эффекта проводимой терапии.

Список литературы:

1. Авцын А. П., Жаворонков А. А., Риш М. А., Строчкова Л. С. Микроэлементозы человека. –М. Изд-во «Медицина». - 1991. – 496 с.
2. Барановский Ф. Ю., Кондрашина Э. Ф. Дисбактериоз и дисбиоз кишечника. - Санкт-Петербург. Издательство «Питер» - 2000г – 209с.
3. Беюл Е. А., Куваева И. Б. Дисбактериозы кишечника и их клиническое значение. // Клиническая медицина. 1986г. №11. С.37-44.
4. Блохина И. Н., Дорофейчук. Дисбактериозы. Ленинград. «Медицина». 1979г. – 175 с.
5. Броневец И. Н., Гончарик И. И., Демидчик Е. П., Сакович М. Н. Дисбактериоз кишечника. В кн.:Справочник по гастроэнтерологии. Минск. «Беларусь». 1998г. с.161-169.
6. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение. Руководство для врачей/под ред. А. В. Калинина и А. И. Хазанова. – Москва: Миклош, 2006. – с.256-269
7. Горбачева К. В. Применение методов физиотерапии в комплексном лечении дисбиоза кишечника с повышенной пролиферацией грибов рода *Candida*. - Автореф. дисс. . . кандидата .мед. наук. – СПб. – 2003г – 22с.
8. Гребенев А. Л., Мягкова Л. П. Кишечный дисбактериоз. – В кн: Болезни кишечника. М., Медицина. 1994г. с.134-142.
9. Красноголовец В. Н. Дисбактериоз кишечника. М. Медицина 1989г. – 207с.
10. Куваева И. Б. Обмен веществ организма и кишечная микрофлора. М. 1976г. – 248с.
11. Макаревич Я. А., Синельникова М. П., Прошина П. П. Новое в патогенезе и диагностике хронических колитов. – В кн.: Хронические заболевания кишечника. М. 1983г. т.35 с.79-84.
12. Нормальная физиология: Учебник/Под ред.А. В. Завьялова, В. М. Смирнова. – М.: МЕДпресс-информ - 2009. – с. 538-555
13. Физиотерапия и курортология. 1-й том/под ред. В. М. Боголюбова. – М.: Бином. – 2008 – с.162-179

СЕКЦИЯ № 6. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ, СОДЕРЖАНИЕМ ЭСТРАДИОЛА И ТЕСТОСТЕРОНА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Дуросова П.А., Ильин М.В.

Ярославская государственная медицинская академия, г.Ярославль

Обсуждение возможной роли половых гормонов в возникновении и развитии системной склеродермии (ССД) началось после того, как первые большие клинические обобщения выявили значительное преобладание среди больных женщин. В патогенезе ССД важное место занимает снижение уровня продукции стероидных гормонов корой надпочечников. Без восполнения гормонального дефицита невозможно подавить активность коллагенообразования, приостановить деструкцию коллагена соединительной ткани и добиться ремиссии[1].

Метаболическая активность и апоптоз нейтрофилов эффективно регулируются половыми гормонами. Действие это опосредовано через рецепторы эстрогенов, имеющиеся во всех иммунокомпетентных клетках, в том числе и в нейтрофилах [3]. Установлено, что рецепторы эстрогена подвергаются фосфорилированию, в результате чего нейтрофил мигрирует в очаг воспаления.

Помимо этого, эстрогены обладают опосредованным влиянием на функциональную активность нейтрофилов, осуществляемое через гуморальное звено иммунитета (усиленная продукция цитокинов: интерлейкинов, интерферонов, колониестимулирующих факторов и т.д.).

Эстрогены в физиологических концентрациях способны «продлевать» жизнь нейтрофильных гранулоцитов путем подавления механизма апоптоза и увеличения внутриклеточной продукции активных форм кислорода. При этом FAS-апоптоз остается интактным, а задержка ПКГ происходит на уровне митохондрий через систему цитохрома C[2].

Целью работы являлось исследование динамики функциональной активности нейтрофилов в зависимости от концентрации половых гормонов и установление наличия взаимосвязи между концентрацией эстрадиола, тестостерона, показателем эстрогении, интенсивностью свободнорадикальных реакций и уровнем апоптоза нейтрофилов у больных ССД.

Материалы и методы

В исследование были включены 28 больных системной склеродермией в возрасте от 18 до 72 лет (в среднем $45,5 \pm 16,2$ лет). Группу контроля составили 15 относительно здоровых добровольцев, сопоставимых по полу и возрасту с контингентом группы наблюдения.

Для верификации диагноза ССД использовали критерии Американской ревматологической ассоциации (1980). Выделение нейтрофилов периферической крови проводили на двойном градиенте плотности фиколла-урографина. Функциональную активность (ФА) клеток исследовали хемилюминесцентным методом. Для усиления хемилюминесценции (ХЛ) использовали люминол (ЛЛ), а также люцигенин (ЛН), который является селективным индикатором супероксид-аниона. О функциональном резерве клеток судили по коэффициентам активации хемилюминесценции (КА ХЛлл и КА ХЛлн), которые рассчитывали как отношение индуцированного показателя (иХЛлл и иХЛлн) к спонтанному (сХЛлл и сХЛлн). В качестве индуктора кислородзависимого метаболизма нейтрофилов использовали 1×10^9 взвесь убитых нагреванием клеток *S. aureus* штамма p-209.

Для определения экспрессии проапоптотического антигена bak на поверхности нейтрофилов использовали стрептавидин-био тинный метод (реагенты «DAKO Cytomation», Дания). Исследование проводили в соответствии со стандартным протоколом, учитывая процент bak-положительных клеток. Использовали моноклональные мышиные антитела к гранулоцит-ассоциированному антигену CD15 для положительного контроля и разводящую жидкость для антител в качестве отрицательного контроля.

Содержание эстрадиола (Э) и тестостерона (Т) в сыворотке крови человека определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Показатель эстрогении рассчитывали как соотношение тестостерона и эстрадиола (коэффициент Т/Э).

Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета прикладных программ Statistica 8.0 (StatSoft Inc., США). Осуществлялась проверка нормальности распределения количественных признаков. Для количественных признаков, имеющих распределение отличное от нормального, производилось вычисление медиан и интерквартильных интервалов (Me (25%; 75%)). Для сравнения двух независимых групп по одному признаку применяли критерий Манна-Уитни. Для изучения взаимосвязи двух признаков использовался корреляционный анализ по Спирмену. При установлении референтного интервала для количественных признаков использовалось процентильное определение нормы, основанное на измерениях, предпринятых на здоровой популяции. Критическое значение уровня статистической значимости принималось равным 5%.

Результаты

Выявлено статистически значимое повышение уровня эстрадиола в крови больных ССД в сравнении с показателями группы контроля $131,5 (94,5; 164,2) > 115,0 (30,0; 200,0)$, $p < 0,05$). Установлено, что коэффициент Т/Э статистически значимо отличался от такового в группе контроля, повышаясь при длительности заболевания менее 5 лет и более 10 лет и снижаясь при длительности заболевания от 5 до 10 лет. При проведении межгруппового статистического анализа обнаружено значимое повышение уровня эстрадиола при сравнении групп пациентов с длительностью заболевания от 5 до 10 лет и более 10 лет $148,9 (128,1; 184,4) > 98,0 (80,0; 131,0)$, $p = 0,042$.

Обнаружена тенденция к повышению уровня эстрадиола в группе больных с длительностью заболевания от 5 до 10 лет в сравнении с группой больных с продолжительностью заболевания менее 5 лет $113,0 (87,0; 137,0) < 148,9 (128,1; 184,4)$, $p = 0,064$ и увеличению эстрогении, которая сопровождается уменьшением коэффициента Т/Э $0,17 (0,1; 0,25) < 0,41 (0,17; 0,72)$; $p = 0,064$.

Сравнительный анализ показателей концентрации половых гормонов в крови больных ССД продемонстрировал статистически значимое снижение уровня тестостерона при подостром течении заболевания в сравнении с хроническим течением патологического процесса $0,18 (0,06; 0,27) < 0,34 (0,2; 0,41)$, $p = 0,049$. Статистически значимых различий изучаемых показателей в группах наблюдения в сравнении с контрольными показателями выявлено не было. В группе больных с подострым течением обнаружена тенденция к увеличению уровня эстрогении $0,28 (0,16; 0,45) > 0,13 (0,1; 0,18)$, $p = 0,07$ в сравнении с контролем.

Установлено, что резерв продукции супероксидного анион-радикала, по данным иХЛпн, у больных ССД находится в прямой корреляционной зависимости от коэффициента эстрогении ($r=0,49$; $p=0,005$, соответственно). Обнаружена умеренная прямая корреляция между уровнем эстрадиола и уровнем кислородзависимого метаболизма нейтрофилов ($r=0,31$; $p=0,034$).

Выявлено наличие прямой средней корреляционной взаимосвязи между резервом продукции нейтрофилами активных форм кислорода и концентрацией тестостерона в крови больных ССД ($r=0,45$, $p=0,05$).

Установлено, что у больных со средней функциональной активностью нейтрофилов обнаруживается умеренная обратная корреляция между концентрацией тестостерона и количеством клеток, склонных к апоптозу ($r=-0,64$, $p=0,04$).

Выводы

1. У больных ССД наблюдается повышение уровня эстрогении при длительности заболевания менее 5 лет и более 10 лет и его снижение при продолжительности заболевания от 5 до 10 лет.

2. Существует прямая корреляционная взаимосвязь между уровнем эстрогении, концентрацией эстрадиола и тестостерона и резервом продукции активных форм кислорода нейтрофилами.

3. Имеется обратная корреляция между концентрацией тестостерона и количеством нейтрофилов, склонных к апоптозу.

Список литературы

1. Галлямова, А.Ю. Очаговая склеродермия / А. Ю. Галлямова // Лечащий врач. – 2008. - №5. – С.44.
2. Ильин, М. В. Взаимосвязь между показателями кислородзависимого метаболизма, апоптоза нейтрофилов и концентрацией половых гормонов у больных системной красной волчанкой и системной склеродермией / М. В. Ильин, Е. Ю. Капрельянц, П. А. Мальцева, В. А. Романов, О. А. Хрусталева // Уральский медицинский журнал. – 2010. - №1. - С.88-91.
3. Sawako, Shindo Serine 216 Phosphorylation of Estrogen Receptor α in Neutrophils: Migration and Infiltration into the Mouse Uterus / Sawako Shindo, Rick Moore, Masahiko Negishi // PLoS One. – 2013; 8(12).

СЕКЦИЯ №7.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.28)

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БЕСКАМЕННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Бурудули Н.М., Ранюк Л.Г.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ

Ультразвуковое исследование желчного пузыря нашло широкое применение в диагностике и оценке активности воспалительного процесса в желчном пузыре при хроническом бескаменном холецистите (ХБХ).

В связи с этим, целью нашего исследования явилось изучение динамики ультразвукового исследования в оценке эффективности лазерного излучения в комплексном лечении больных с хроническим бескаменным холециститом.

Материалы и методы. Было обследовано 110 пациентов с хроническим бескаменным холециститом обоего пола (из них 24 чел. (22%) - мужчины, 86 чел. (78%) – женщины), в возрасте 20-68 лет. Все больные были поделены на две группы: основную (75 чел.) и контрольную (35 чел.), которые были сопоставимы по полу, возрасту, суммарной тяжести клинического состояния. Больные контрольной группы получали только традиционную медикаментозную терапию, которая включала в себя в зависимости от типа дисфункции желчного пузыря спазмолитики, анальгетики, желчегонные препараты, а при наличии микрофлоры в посевах желчи - антибиотики широкого спектра действия. Больные основной группы были поделены на 2 подгруппы наблюдения. В основу подразделения было положено применение различных методик низкоинтенсивной лазерной терапии (НИЛТ). В I подгруппу вошли 37 больных (33,6%), которые получали внутривенное лазерное облучение крови. Во II группу (38 чел. – 34,6%) вошли больные, которым проводили лазерную

рефлексотерапию. Пациентам основной группы лазерная терапия проводилась в комплексе с традиционной медикаментозной терапией.

УЗИ проводили в два этапа: а) обзорное сканирование, характеризующее структурные особенности желчного пузыря; б) оценка моторно-эвакуаторной функции с применением желчегонной пробы. Для выявления наиболее характерных признаков воспаления желчного пузыря при ультразвуковом исследовании анализировали следующие параметры: форму и толщину стенки пузыря, объем и гомогенность его содержимого, а также эхоплотность прилегающей ткани.

Результаты и их обсуждение. При сканировании уделялось внимание аномалиям формы желчного пузыря (ЖП). При анализе полученных данных были выявлены следующие аномалии в форме желчного пузыря: изгиб в теле в 21,8% (24 больных), изгиб в шейке в 22,7% (25 больных), изгиб в шейке и в теле – 19,1% (21 больной), изгиб в воронке – 8,2% (9 больных), S-образно изогнут – 9,1% (10 больных). В целом, аномалии формы желчного пузыря у больных с хроническим бескаменным холециститом имели место в 80,9% (у 89 больных), что подчеркивает несомненную роль деформаций в нарушении эвакуаторной функции и развитии воспалительного процесса в ЖП. У остальных 19,1% (21 больной) форма желчного пузыря была обычной.

Общепризнанным ультразвуковым критерием холецистита является утолщение стенки желчного пузыря, обусловленное воспалительной инфильтрацией и отеком, гипертрофией мышечного слоя, разрастанием соединительной ткани.

Динамика изменения показателей, изучаемых при УЗИ с желчегонной пробой в процессе лечения, представлена в Табл.1. Как видно из Табл.1 у всех обследованных нами больных толщина стенки желчного пузыря изначально до лечения была достоверно выше, чем у здоровых пациентов, где этот показатель составил $1,8 \pm 0,2$ мм. Так, в контрольной группе толщина стенки составляла $3,4 \pm 0,3$ мм; в I подгруппе основной группы $3,2 \pm 0,1$ мм; во II подгруппе $3,3 \pm 0,2$ мм ($p < 0,05$).

В процессе лечения нами отмечено уменьшение толщины стенки желчного пузыря, как в контрольной группе, так и в основной группе. Однако уменьшение толщины стенки ЖП после лечения в контрольной группе и в I-ой подгруппе основной группы не носит достоверного характера. При этом в контрольной группе этот показатель составил $3,2 \pm 0,2$ мм – после лечения, $3,4 \pm 0,3$ мм – до лечения ($p > 0,05$); а в I-ой подгруппе основной группы - $2,9 \pm 0,3$ мм и $3,2 \pm 0,1$ мм соответственно. ($p > 0,05$). Лишь только во II подгруппе основной группы отмечается достоверное уменьшение толщины стенок желчного пузыря как при сравнении до и после лечения – $3,3 \pm 0,2$ мм и $2,6 \pm 0,2$ мм соответственно ($p < 0,05$), так и при сравнении с контрольной группой – $3,2 \pm 0,2$ мм в контрольной группе после лечения и $2,6 \pm 0,2$ мм во II подгруппе после лечения ($p < 0,05$). Таким образом, только во II подгруппе больных после лечения нами отмечено достоверное снижение толщины стенки желчного пузыря по сравнению с показателем до лечения – $3,3 \pm 0,2$ мм и $2,6 \pm 0,2$ мм соответственно ($p < 0,05$). Эти данные позволяют нам считать, что включение в комплекс лечебных мероприятий лазерного излучения способствует снижению толщины стенок желчного пузыря, и в первую очередь за счет устранения воспалительной инфильтрации и отека, тогда как традиционная медикаментозная терапия не сопровождается достоверным уменьшением толщины стенок. Отсутствие уменьшения толщины стенок может свидетельствовать о незавершенности на фоне традиционной медикаментозной терапии воспалительной инфильтрации, что может быть одной из причин частых рецидивов заболевания.

Таблица 1

Динамика показателей УЗИ с желчегонной пробой у больных ХБХ.

Изучаемые показатели	Сроки обследования	Группа			
		Здоровые	Контрольная группа	Основная группа	
				I-ая подгр.	II-ая подгр.
Толщина стенок ЖП, мм	до лечения	$1,8 \pm 0,2$	$3,4 \pm 0,3^*$	$3,2 \pm 0,1^*$	$3,3 \pm 0,2^*$
	после лечения		$3,2 \pm 0,2$	$2,9 \pm 0,3$	$2,6 \pm 0,2^{**}; ***$
Исходный объем ЖП, мл ³	до лечения	$35,5 \pm 3,6$	$38,3 \pm 2,3$	$37,1 \pm 1,5$	$38,5 \pm 1,6$
	после лечения		$37,9 \pm 2,1$	$36,9 \pm 1,3$	$37,4 \pm 1,4$
Объем ЖП в конце желчегонной пробы, мл ³	до лечения	$14,6 \pm 1,4$	$19,1 \pm 1,5^*$	$18,9 \pm 1,6^*$	$20,6 \pm 1,8^*$
	после лечения		$16,9 \pm 1,7$	$15,6 \pm 1,5$	$12,5 \pm 1,4^{**}; ***$

* $p < 0,05$ – при сравнении показателей с группой здоровых

** $p < 0,05$ – при сравнении показателей внутри группы до и после лечения

*** $p < 0,05$ – при сравнении показателей после лечения в контрольной и основной группе.

Как показывает дальнейший анализ Табл.1, объем желчного пузыря в конце желчегонной пробы изначально до лечения был достоверно повышен во всех трех группах обследуемых в сравнении с группой здоровых пациентов и составил: в контрольной группе $19,1 \pm 1,5$ мл³ (при норме $14,8 \pm 1,4$ мл³), в I подгруппе основной группы $18,9 \pm 1,6$ мл³, во II подгруппе – $20,6 \pm 1,8$ мл³. После проведенного лечения только у больных, получающих лазеропунктуру (II подгруппа основной группы) отмечалось достоверное уменьшение объема желчного пузыря как при сравнении показателей внутри группы (с $20,6 \pm 1,8$ мл³ до $12,5 \pm 1,4$ мл³) ($p < 0,05$), так и при сравнении показателей после лечения в контрольной и II подгруппе основной группы – $16,9 \pm 1,7$ мл³ и $12,5 \pm 1,4$ мл³ соответственно ($p < 0,05$). В контрольной группе и в I-ой подгруппе основной группы отмечалось недостоверное снижение объема ЖП в конце желчегонной пробы как при сравнении показателей внутри группы (в контрольной – $19,1 \pm 1,5$ мл³ до лечения и $16,9 \pm 1,7$ мл³ после лечения ($p > 0,05$), в I –ой подгруппе основной группы соответственно $18,9 \pm 1,6$ мл³ и $15,6 \pm 1,5$ мл³ ($p > 0,05$)), так и при сравнении с показателями группы здоровых.

Таким образом, проведение желчегонной пробы под эхографическим контролем является весьма полезным для характеристики изменений функции ЖП при обострении ХБХ. Полученные при этом данные соответствуют данным литературы о противовоспалительном и нормализующем эффекте лазерной терапии на моторику ЖП и свидетельствуют о преимуществах включения лазерной терапии в комплексное лечение обострений ХБХ.

Список литературы:

1. Г.И. Клебанов, М.В. Крейнина, Е.А. Полтанов и др. К вопросу о механизме лечебного действия низкоинтенсивного инфракрасного излучения // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2001. - №3. – С. 286-289.
2. Ильченко А.А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей – М.: Анахарсис, 2006.- 448 с.
3. Козлов В.И., Буйлин В.А. Лазеротерапия с применением АЛТ «Мустанг» - М.: Аспект Пресс, 1995. – 89 с.
4. Плетнев С.Д. Лазеры в клинической медицине. Руководство для врачей - М: Медицина, 1996. – 128 с.
5. Радченко В.Г., Шабров А.В., Зиновьева Е.Н., Ситкин С.И. Заболевания печени и желчевыводящих путей: руководство для врачей – СПб.: СпецЛит, 2011 – 526 с.
6. Раппорт С. И., Расулов М.И., Лаптева О.Н. Лазертерапия и её применение в гастроэнтерологии // Клиническая медицина. - 1999. - №1. – С. 34-39.
7. Трухан Д.И., Викторова И.А., Лялюкова Е.А. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей: учебное пособие для системы послевузовского образования – СПб.: СпецЛит, 2011 – 127 с.
8. Тучина Л.М., Жук Л.Г., Порошенко Г.Г. Эпидемиология заболеваний печени и желчных путей г. Москвы // Рос. гастроэнтерол. журнал. – 2001. - №1. – С. 5-9.
9. Carruth J.A. Laser in medicine // Practitioner. – 1983. - vol. 227 (1384). – P. 1565-1574.

СЕКЦИЯ №8.

ГЕМАТОЛОГИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.21)

СЕКЦИЯ №9.

ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.30)

СЕКЦИЯ №10.
ГИГИЕНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.01)

ОЦЕНКА ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ТЕРМАЛЬНЫХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД КУРОРТНОЙ ЗОНЫ «НИЛОВА ПУСТЫНЬ» ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Шкляр А.П., Мануева Р.С., Ильина Л.И.

Иркутский государственный медицинский университет, г.Иркутск

Курортная зона «Нилова Пустынь» расположена в Тункинском районе, Республики Бурятия. На ее территории добывается термальная минеральная вода из эксплуатационной водозаборной скважины №1. Скважина была пробурена в 1956г. и имеет глубину 93м. Эксплуатационный дебит скважины составляет 650 м³/сут. Скважиной вскрыты породы фундамента Тункинской впадины, представленные докембрийскими амфиболовыми гнейсами и кристаллическими сланцами. На месторождении организована санитарно-водоохранная зона (в радиусе 100м), на территории зоны расположен ванный корпус.

Вода источника «Нилова Пустынь» относится к трещинно-жильному типу, генетически связанному с крупными региональными разломами. Азотные термы «Нилова Пустынь» обладают щелочной реакцией рН 7,4-8,5, окислительно-восстановительный потенциал на выходе колеблется в пределах 200–300. Восстановительная среда минеральной воды усиливается с глубиной. Характерной особенностью описываемых вод является сравнительно высокое содержание в них кремнекислоты 160-120 мг/л. Термальные воды обладают слабой радиоактивностью, количество радона колеблется от 16 до 90 эман. [2;3].

По данным мониторинга минеральных вод, воды курортной зоны «Нилова Пустынь» по химическому составу и целебным свойствам близки к минеральным водам Цхалтубо (Грузия), Белокурихи (Алтай), Мацесты (Сочи). По данным специалистов курорта Аршан, в «Ниловой Пустыни» достигаются хорошие результаты при лечении патологии опорно-двигательного аппарата [1;4;5].

Целью настоящего исследования являлась оценка оздоровительного и профилактического эффекта термальных минеральных вод курортной зоны «Нилова Пустынь», при остеоартрозе коленных суставов.

Для оздоровления 57 пациентов с остеоартрозом используют ванны с водой из скважины №2. Пациенты со средней и выраженной степенью тяжести течения ОА по индексу М. Lequesne[6]. Больные принимали по 10 ванн в среднем по 10 мин, при этом общее время воздействия радона составило 115,0±0,7 мин, доза облучения составила 3,7±0,2 мЗв. Бальнеологическая реакция отсутствовала у большинства.

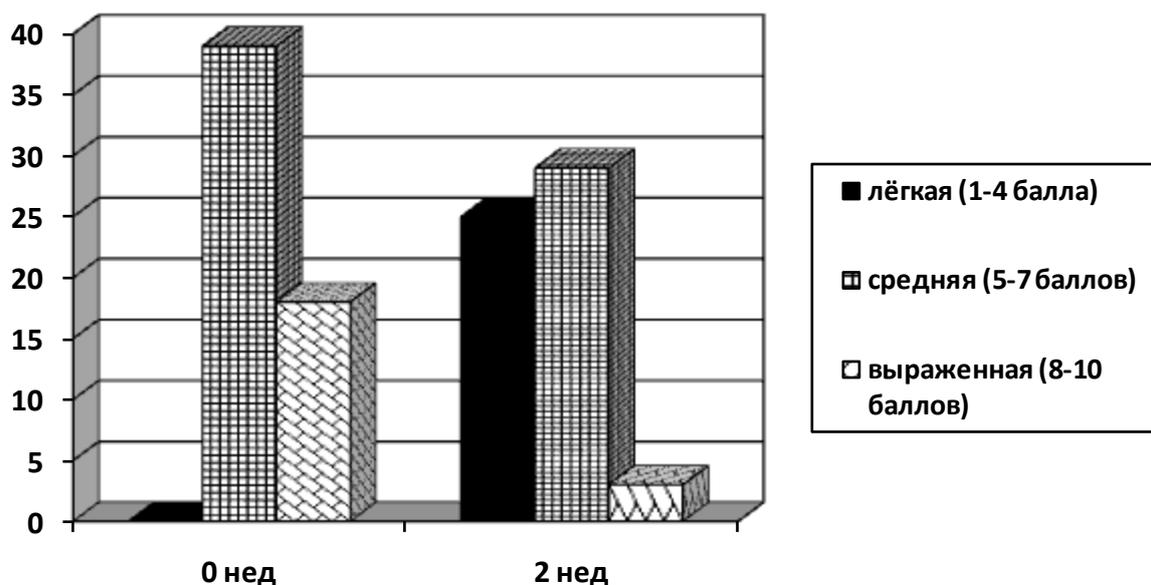
После завершения курса лечения состояние пациентов средней тяжести ОА коленных суставов значительно изменилось в положительную сторону, а в группе выраженной тяжести – таких сдвигов не произошло (Табл.1). У пациентов обеих групп особенно значительно подверглась регрессу ночная боль, увеличилась дистанция ходьбы и подъема по лестнице, а также расширился спектр движений повседневной активности.

Таблица 1

Изменение показателей выраженности симптомов ОА (n=57)

Временной интервал		Тяжесть ОА коленных суставов по индексу М. Lequesne, баллы	
		Средняя (n=39)	Выраженная (n=18)
До курса	0 неделя	6,9±0,4	9,8±0,5
После	2 неделя	5,6±0,7 (p<0,05)	9,0±1,0 (p=0,17)

Изменение суммы баллов тяжести ОА коленных суставов по индексу М. Lequesne, через 2 недели после начала бальнеотерапии представлена на Рисунке 1. Из него видно, что у пациентов со средней и выраженной тяжестью существенно уменьшилась сумма баллов по индексу М. Lequesne : у пациентов с выраженной степенью тяжести ($\chi^2=37,2$, df=2, p<0,001). В группе со средней тяжестью эффективность составила 64,1% (улучшение у 25 из 39 человек), в группе с выраженной тяжестью – 83,3% (улучшение у 15 из 18 человек), общая эффективность составила 70,2%.



Примечание: $\chi^2=37,2$, $df=2$, $p<0,001$

Рис.1. Изменение суммы баллов тяжести ОА коленных суставов по индексу М. Lequesne, через 2 недели после начала бальнеотерапии.

Таким образом, в результате применения минеральной воды курортной зоны «Нилова Пустынь» у пациентов с остеоартрозом коленных суставов удалось достигнуть оздоровительного эффекта, который выражался в регрессе клинической симптоматики болезни. Общая оценка оздоровительного эффекта вод после их применения составила 70,2%.

С целью оценки профилактического действия вод курортной зоны «Нилова Пустынь» в отношении рецидивов клинической симптоматики остеоартроза пациентам, получившим курс ванн, было предложено ответить на вопросы анкеты через 25 недель.

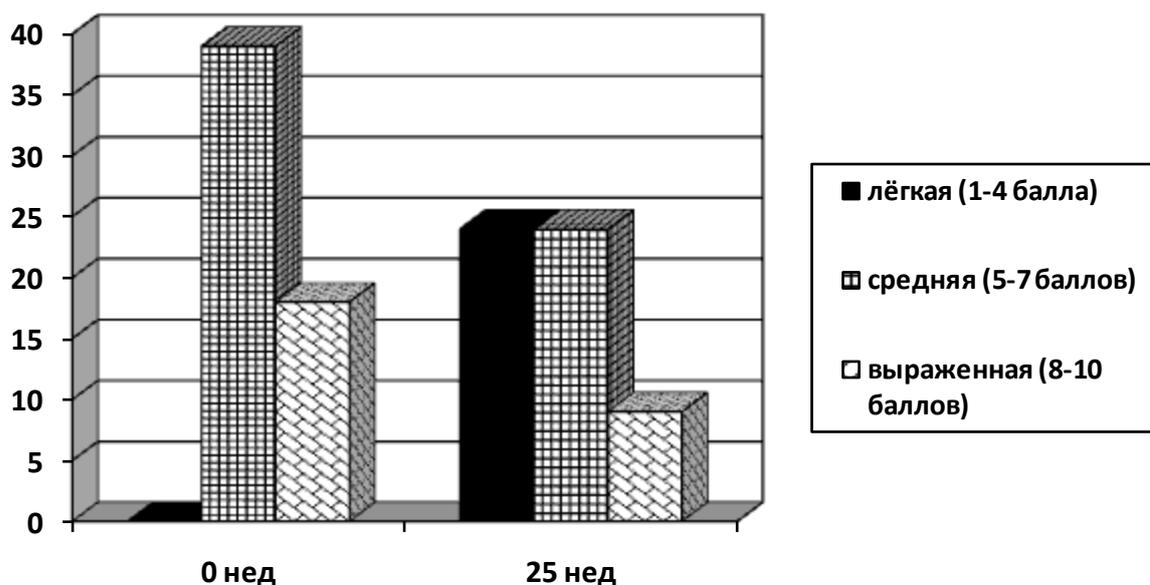
Через 25 недель наблюдения у больных обеих групп отмечено значимое улучшение более чем на 1 балл выраженности симптомов, что говорит о замедленном наступлении эффекта от санаторно-курортного лечения и его стойкости (Табл.2). У пациентов со средней тяжестью ОА по индексу М. Lequesne сумма баллов после применения вод составляла $5,6 \pm 0,7$ и сохранилась на том же уровне через 25 недель после принятия бальнеопроцедур.

Таблица 2

Изменение показателей выраженности симптомов ОА (n=57)

Временной интервал		Тяжесть ОА коленных суставов по индексу М. Lequesne, баллы	
		Средняя (n=39)	Выраженная (n=18)
До курса	0 неделя	$6,9 \pm 0,4$	$9,8 \pm 0,5$
Отдалённый период	25 неделя	$5,6 \pm 0,6$ ($p<0,05$)	$8,2 \pm 0,5$ ($p<0,05$)

В отдалённом периоде (через 25 недель) изучалась профилактика рецидивов симптоматики ОА коленных суставов. В общем она составила 60%, причём была более значительной для группы средней степени тяжести – 62% (24 человека с улучшением из 39), чем для группы выраженной тяжести – 56% (10 человек из 18).



Примечание: $\chi^2=37,2$, $df=2$, $p<0,001$

Рис.2. Изменение суммы баллов тяжести ОА коленных суставов по индексу М. Lequesne, через 25 недель после бальнеотерапии.

При сравнении общей эффективности бальнеотерапии через 2 и 25 недель в группах больных со средней и выраженной степенью ОА коленных суставов существенных различий не получено (70,3% и 56%, $z=1,473$, $p=0,141$). То есть у пациентов сохраняется эффект на всем периоде наблюдения после принятия бальнеологических процедур.

Таким образом, можно говорить о стойкости полученного после применения вод эффекта.

Список литературы

1. Бархутова Д.Д., Данилова Э.В., Намсараев Б.Б., Хахинов В.В. Лечебные минеральные воды Бурятии [Текст]. // Актуальные вопросы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии. / Под ред. Т.П. Сизых, В.И. Сонголова. – Иркутск-Аршан, 2005. – С. 10-13.
2. Беляев Т.Н. Курорт Аршан и Ниловские горячие воды [Текст]. / Т.Н. Беляев– Иркутск, 1916. – С. 35-45.
3. Борисенко, И.М. Отчет о результатах разведочных работ на минеральных источниках Ниловой Пустыни [Текст]. / И.М. Борисенко – Иркутск, 1966.
4. Царфис, П.Г. Природа и здоровье человека (лечебно-профилактические основы курортологии) [Текст]. / П.Г. Царфис – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: Высшая школа, 1987. – 480 с.
5. Шмидт, И.Р. Остеохондроз позвоночника [Текст]. / И.Р. Шмидт– Новосибирск, 1992. – 275 с.
6. Lequesne, M. Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee [Text]. / M. Lequesne, C. Mery, M. Samson, [et al.] // Scand. J. Rheumatol. – 1987. – Vol. 65 (suppl.). – P. 85-89.

СЕКЦИЯ №11. ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.07)

ОПТИМИЗАЦИЯ НООТРОПНОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ У ГЛАУКОМНЫХ БОЛЬНЫХ

Лысенко О.И., Коваленко Е.А., Мауланбердинова С.С., Рубинина Э.Р., Золотовец Г.В.

Кубанский государственный медицинский университет, г.Краснодар

Значительные успехи, достигнутые в изучении вопросов этиологии и патогенеза первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ), современные методы хирургического и медикаментозного лечения не всегда позволяют предупредить прогрессирование глаукоматозной оптической нейропатии (ГОН) и сохранить зрительные функции. Это заболевание является одной из причин необратимой утраты зрения и слепоты не только в России, но и во всём мире [2, 7, 10].

Важным направлением в лечении ПОУГ является вторичная нейропротекторная терапия. Она направлена на коррекцию метаболических нарушений, возникающих при глаукоме в зрительном нерве и головном мозге, улучшение местной микроциркуляции и трофики тканей, нормализацию реологических свойств крови, увеличение основного и коллатерального кровообращения [7, 11].

Остеохондроз позвоночника наиболее часто встречающаяся патология дистрофического и дегенеративного характера, поражающая межпозвоночные диски, тела позвонков, связочный аппарат, корешки нервов, фасции и мышечный корсет. Эта патология может вызвать сдавление позвоночной артерии (ПА), раздражение ее симпатического сплетения с распространением патологических импульсов на сплетения внутренней сонной и глазничной артерий (ГА) и привести к снижению кровотока в органе зрения и в затылочных долях головного мозга [1, 3, 4,5,6].

Периартериальная блокада позвоночной артерии (ПБПА) нормализует тонус церебральных сосудов, облегчает венозный отток, улучшает церебральное кровообращение и устраняет патологическое раздражение симпатического сплетения позвоночной артерии [8, 9, 12].

Цель исследования.

Выявить наличие дегенеративных изменений позвоночника и особенности гемодинамики в позвоночных артериях у больных с ГОН. Оценить возможность повышения зрительных функций при помощи ПБПА со стандартной консервативной терапией.

Материалы и методы.

Проведено обследование 120 человек (196 глаз) ГОН с нормализованным внутриглазным давлением (ВГД) в возрасте от 40 до 85 лет, из них мужчины – 53 человек, а женщин в количестве 67 человек. У всех пациентов ВГД было понижено медикаментозно или хирургически в среднем до $18,3 \pm 2,7$ мм рт.ст. Дополнительно к офтальмологическому обследованию проводилась рентгенография, а при необходимости магниторезонансная томография шейного отдела позвоночника с обязательной последующей консультацией вертеброневролога. Для диагностики гемодинамических нарушений определялась линейная скорость кровотока (ЛСК) при помощи ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) в экстракраниальных отделах ПА и ГА. После диагностики пациентов разделили пополам на основную и контрольную группы по 60 человек.

Больным контрольной группы проводилась традиционная консервативная терапия: нейропептиды (кортексин, семакс, церебролизин, ретиноламин), антиоксидантные препараты (пикаминол, мексидол, кавинтон, эмоксипин), препараты гинго-билоба (танакан).

Пациентам основной группы медикаментозное лечение было дополнено ПБПА. После определения остроты и границ периферического зрения, определялись ЛСК по ПА и ГА. У больного пальпировался поперечный отросток первого шейного позвонка. На 1,0 см ниже и медиальной его перпендикулярно вкалывалась игла на глубину около 2,0 см. Периваскулярно вводилось 2,0 мл 2% раствора лидокаина [12]. После 35-45 минутного отдыха повторно проверялись зрительные функции и ЛСК. Если со стороны этих показателей отмечалась положительная динамика, курс лечения продолжался от 3 до 10 инъекций.

Результаты и обсуждение.

108 (90%) рентгенограмм шейного отдела позвоночника свидетельствовали о наличии остеохондроза: снижения высоты межпозвоночных дисков, костные разрастания, сужение отверстий.

Анализ результатов УЗДГ – исследования разделил пациентов на группы, по показателям ЛСК в бассейне ПА. Первая - 34 (28,3%) человека характеризовалась нормальными показателями ЛСК по ПА, хотя 4 (3,3%) больных имели типичные для шейного остеохондроза жалобы и рентгенологические изменения. Среди остальных больных: у 70 (58,4%) пациентов выявлено понижение ЛСК по одной из позвоночной артерий и 16 (13,3%) пациентов имели двустороннее снижение ЛСК, в среднем на $15,1 \pm 0,5$ см/с ($40,1 \pm 0,06\%$). У 52 (43,3%) испытуемых отмечалась асимметрия кровотока от 20,0% до 80,0%.

68 (56,7%) пациентов имели понижение ЛСК в ГА в среднем на $7,1 \pm 0,2$ см/с (15,7%).

После курса лечения в основной группе положительный эффект наблюдался на 89 глазах (90,8%), а в группе контроля - на 55 глазах (56,1%). Прирост остроты зрения в основной группе составил $0,23 \pm 0,03$; расширение поля зрения (суммарно по 8 меридианам) - $66,5^0 \pm 2,5^0$. В группе контроля повышение зрительных функций составило соответственно - $0,17 \pm 0,04$; и $49,4^0 \pm 1,3^0$. С ПБПА наблюдалось увеличение ЛСК по ГА на $4,9 \pm 1,3$ см/с и по ПА на $6,5 \pm 1,2$ см/с.

Все пациенты основной группы хорошо переносили ПБПА. 29(48,3%) человек отмечали появление приятной теплоты на стороне инъекции, 36(60,0%) испытуемых основной группы сообщили об улучшении общего самочувствия: уменьшения головных болей по утрам после сна, тяжести в области затылка, шума в ушах. 7 (11,6%) больных заметили улучшение слуха.

Выводы.

1. В прогрессировании ГОН играют определенную роль: пониженное кровоснабжение в позвоночных артериях и патологическая импульсация от их симпатических сплетений, вызванные дегенеративными изменениями позвоночника.

2. ПБПА улучшает возможности медикаментозного лечения, повышая эффективность ноотропной, антиоксидантной терапии и препаратами гинго-билоба, широко применяемых для лечения ГОН.

Список литературы

1. Бабияк В.И., Акимов Г.А., Базаров В.Г., и др. /Вестибулярные и слуховые нарушения при шейном остеохондрозе. - К. «Здоровья», 1990. - С 22-27.
2. Бачалдин И.Л., Марченко А.Н. Возможность повышения эффективности метаболической терапии глаукомной оптической нейропатии после достижения «давления цели»// Офтальмология стран Причерноморья: сб. науч. тр. Краснодар. - 2006.-С.282–285.
3. Верещагин Н.В. /Патология вертебро-базиллярной системы и нарушение мозгового кровообращения. М.: Медицина, 1980. - 312с.
4. Веселовский В.П. / Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. - Рига, 1991.- 343 с.
5. Ветрилэ С.Т., Колесов С.В. / Краниовертебральная патология. - Медицина, 2007. - 320с.
6. Душин Н.В., Радыш Б.Б., Гончар П.А., Кутенёв А.В. Зрительные расстройства, как проявление транзиторных ишемических атак в вертебробазиллярном бассейне // Вестн. Офтальмол. – 2001.- №2.- С.27
7. Егоров Е.А., Алексеев В.Н., Мартынова Е.Б. и др. Патогенетические аспекты лечения первичной открытоугольной глаукомы.– М.: Медицина, 2001.– 119 с
8. Епифанов А.В./ Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика). Руководство для врачей 2-е издание Москва « МЕДпресс - информ» 2004. – с.11, 29,109 – 112с.
9. Жулев Н.М., Бадгарадзе Ю.Д., Жулев С.Н./ Остеохондроз позвоночника. руководство для врачей Санкт - Петербург, 1999. - С. 188, 198.
10. Либман Е.С., Чумаева Е.А., Елькина Я.Э. «Эпидемиологические характеристики глаукомы» НРТ Клуб России, сборник научных статей. Москва. - 2006.
11. Нестеров А.П., Егоров Е.А. Глаукома: спорные проблемы, возможности консенсуса. //Тез. докл. VIII съезда офтальмологов России, М. - 2005. - С.142
12. Кузнецов В.Ф./ Вертеброневрология.-Мн.: Книжный Дом, 2004. - 640с.

ПОКАЗАТЕЛИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ И НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ ПРОФИЛАКТИКИ МИОПИИ

Жукова Е.А., Шитова О.В., Коротаева К.Н.

ГБОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров

Ухудшение состояния здоровья в последние десять лет, по данным Министерства здравоохранения РФ наблюдается как среди детей в возрасте до 14 лет, так и среди подростков (15 - 17 лет). Состояние здоровья многих детей характеризуется напряжением адаптационных ресурсов организма, что говорит о повышенном риске возникновения клинически выраженной патологии.

Важнейший индикатор благополучия общества и государства, отражающий настоящую ситуацию и дающий прогноз на будущее – это состояние здоровья молодежи. В настоящее время характерным является увеличение количества молодых людей, имеющих различные отклонения в развитии и в здоровье. Поэтому актуальной на сегодняшний день задачей является формирование у студентов потребности ведения здорового образа жизни.

Среди факторов, влияющих на здоровье молодежи ряд авторов выделяет влияние процесса обучения. Распространение среди школьников и студентов близорукости, нарушений осанки, невращения и анемии эти авторы считают неизбежным следствием обучения. Нарушения зрения занимают в этом перечне одно из центральных мест. Кроме того, с каждым годом растет количество детей, входящих в группу риска по зрению, то есть детей, у которых при появлении даже незначительных неблагоприятных факторов могут возникнуть проблемы со зрением. Отмечено что с 1 по 8 классы - число детей с близорукостью возрастает с 3 до 30%. При этом патологические явления среди детей инновационных учебных заведений превышает аналогичные показатели учащихся обычных школ, поскольку объем учебных программ, их информативная насыщенность часто не соответствуют функционально-возрастным возможностям школьников (3).

Проблема близорукости, одним из показателей которой является снижение остроты зрения – является на сегодняшний день наиболее актуальной. По данным ВОЗ аномалиями рефракции глаза страдают более 45% населения всего мира. В России этот показатель равен 48% и, постоянно растет в связи с урбанизацией. У школьников отмечается рост аномалий рефракции, достигающий максимума к 11 классу [1]. Многие авторы отмечают устойчивую тенденцию снижения остроты зрения, связанную с началом процесса обучения.

Поступив в вуз, молодые люди сталкиваются с еще большей психоэмоциональной нагрузкой, значительной умственной работой, необходимостью адаптации к новым условиям обучения, режима дня, питания, а у ряда студентов и к новым условиям проживания и общения с окружающими. Рост заболеваемости студентов снижает эффективность учебного процесса, а в дальнейшем ограничивает их профессиональную деятельность. При этом почти 44% студентов имеют зрительные нарушения (4). При этом процент патологии от года к году растёт на 3% - 7%. По мере перехода с курса на курс относительное количество студентов с более высокими степенями близорукости увеличивается на 5% - 8%. Сниженный уровень здоровья, а также воздействие ряда факторов: плохая сбалансированность режима труда и отдыха, отсутствие элементарных валеологических знаний и навыков, наличие большой зрительно-смысловой и психической нагрузки, особенно у студентов с близорукостью на фоне умственного утомления, вызывает повышение уровня тревожности, ухудшая психосоматические параметры и аккомодационные возможности зрительного анализатора (3). Процесс обучения, так или иначе, неотъемлемо связан с длительной работой на близком расстоянии. Кроме того, применение телефонов и планшетов, в том числе и для обучения, значительно усугубило положение дел по заболеванию миопией среди студентов.

Конституциональными особенностями организма студентов различных этнических групп и воздействие неадекватных зрительных нагрузок, а также отсутствие мероприятий по профилактике нарушений зрения, может способствовать распространённости аметропий у студентов. По данным Журавлевой Е.В. (4) аномалии рефракции встречаются среди контингента, прибывшего из стран Юго-Восточной Азии, механизмы развития которой автор связывает со слабой адаптацией. При этом Журавлева Е.В. (2011) отмечает, что основным видом аномалии рефракции у студентов является миопия, ее распространённость среди российских студентов составляет 44,5%, у студентов из стран Африки 56,2%, у студентов из стран Юго-Восточной Азии 77,3%.

С этих позиций актуальными являются изучение распространённости снижения остроты зрения среди студентов и поиска причин, ведущим к ним. С целью выявления этих закономерностей в возрастной группе 18-20 лет провели исследование остроты зрения студентов 2-го курса КГМА.

В исследовании приняли участие 178 человек (43 юношей и 135 девушек) из КГМА. Средний возраст составил 18,8 лет. Предварительно были выявлены показатели рефракции с помощью метода зеркальной офтальмоскопии. Показатели остроты зрения у студентов в общем массиве составили для правого и для левого глаза соответственно $0,8 \pm 0,06$ и $0,77 \pm 0,05$. У юношей острота зрения составила в среднем на правый глаз $0,93 \pm 0,01$ на левый глаз $0,89 \pm 0,01$. У девушек студентов острота зрения составила на правый глаз $0,80 \pm 0,01$, а на левый глаз $0,78 \pm 0,01$. Эти показатели гораздо ниже условной нормы, которая считается за единицу. Так же показано что острота зрения у девушек ниже, чем у юношей. Процент лиц со сниженной остротой зрения среди девушек достоверно выше, чем среди юношей и этот показатель составляет соответственно $39,5 \pm 0,01\%$ и $54,07 \pm 0,06\%$, $p < 0,05$.

Предполагаем, что такой высокий процент лиц с нарушением в работу зрительного анализатора и снижение остроты зрения может быть вызвано избыточной зрительной нагрузкой на глаз которой подвергаются особенно студенты медицинских ВУЗов. Таким образом, у $50,56\%$ студентов острота зрения снижена по сравнению с нормой, а так же встречаются отклонения рефракции, эти данные превышают показатели распространенности снижения зрения по разным регионам.

По нашему мнению, одной из задач вуза в отношении сохранения здоровья студентов должна заключаться в формировании мотивации здорового образа жизни, что особенно актуально в отношении здоровья для студентов с ослабленным здоровьем. Поскольку период обучения в вузе — это время, когда наиболее интенсивно развиваются интеллектуальные и нравственные способности человека, происходит формирование его как специалиста, становления мировоззренческих, жизненных идеалов и убеждений.

Выводы:

1. Исследование показателей остроты зрения и рефракции у студентов является одним из надежных факторов оценки риска миопии и принятию мер по ее ранней профилактике.
2. При распределении студентов по учебным отделениям и медицинским группам для занятий физической культурой необходимо учитывать функциональное состояние зрительного анализатора.
3. В теоретический раздел по предмету нормальная физиология необходимо внести темы по гигиене зрения, умственного утомления и основам здоровьесбережения.

Список литературы

1. Журавлева Е.В. Адаптационные особенности зрительного анализатора у студентов различных этнических групп в процессе обучения/ диссертации, кандидат медицинских наук 2011, - Н.Новгород. – 138 с.
2. Марчук С.А. Профилактика нарушений зрения студентов педагогических вузов средствами оздоровительно-коррекционной гимнастики/ диссерт. К.пед.н., Екатеринбург, - 2004. – 189 с.
3. Петрова Н.Ф., Горювая В.И. СОВРЕМЕННАЯ ШКОЛА И ПРОБЛЕМА ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ // Успехи современного естествознания. – 2005. – № 11 – стр. 73-75 .
4. Norton, T.T. Myopia-Global Problem, Global Research / T.T. Norton, R. Manny, D.J. O'Leary // Optometry & Vision Science. April 2005. -Vol. 82, N4.-P. 223-225.
5. Rozhkova G.I., Zhukova E.A., Tokareva V.S. Relationship between distance dependence of visual acuity and refraction in junior school children.// Сенсорные системы. 2007. Т.29. № 1 С. 60-71.

СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ С МАКУЛЯРНЫМ РАЗРЫВОМ

Балашевич Л.И.¹, Платов Е.А.¹, Нигматов Б.Ф.²

¹ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

²ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Длительно существующая отслойка сетчатки представляет угрозу, как полной потере нейрорецепторов [Yoshioka H., 1967; Binder S., 1977; Kreissig I., Lincoff H., 1981; Hilton G.F., 1981; Tani P., 1981; McPherson A.R., 1982; Сергиенко А.Н., 1987; Oshima Y., Yamanishi S., Sawa M., 2000, Hassan T.S. et al., 2002] и развитие пролиферативных процессов в результате миграции клеток пигментного эпителия в стекловидно тело [Knott H. et al., 1993]. Если кроме периферического разрыва сетчатки, имеется разрыв в макулярной области, патогенетически целесообразна выбор хирургического лечение: витрэктомия с удалением эпиретинальной

мембраны и тампонадой витреальной полости силиконом [Brooks, H.L.Jr., 2000, Smiddy, W.E, et al. 2001, Bainbridge Jetal. 2013, . Но не всегда получается применить весь арсенал высокотехнологического дорогостоящего хирургического лечения, из-за ограниченности достаток средств.

Цель – представить клинический случай хирургического лечения регматогенной отслойки сетчатки в сочетании с макулярным разрывом.

Материалы и методы. В консультативную поликлинику Санкт – Петербургского филиала «МНТК «Микрохирургия глаза» им. С. В. Фёдорова», обратилась пациентка Г., 59 лет, с жалобами на низкое зрение на левом глазу. Из анамнеза месяц назад, после тяжелой физической работы заметила ухудшение зрения левого глаза (периодические “Мушки”, вспышки, мутность). Обратилась к офтальмологу по месту жительства, где было назначено консервативное лечение. Через 4 дня пациентка почувствовала резкое ухудшение зрения левого глаза, после чего пациентка была направлена в клинику МНТК «Микрохирургия глаза» им. С. В. Фёдорова, с диагнозом: OS – Регматогенная отслойка сетчатки.

В результате обследования: Острота зрения OS = 0.04 н/к. ПЗО:OS – 23.80мм. Глубина П/К: OS – 2.81мм. Толщина хрусталика: OS - 4.19мм. ВГД (пневмотонометрия): OS – 8.0 мм. рт. ст. Данные В-сканирования на OS – тотальная отслойка сетчатки высотой до 5.0мм. Деструкция стекловидного тела. Отслойка задней гиаловидной мембраны. Периметрия:OS – сужение полей зрения в верхней половине до 10⁰. ОКГ: OS – разрыв и отслойка в макулярной области. Данные офтальмоскопии - отслойка сетчатки в носовой и нижней половине с клапанным разрывом на 1ч., с захватом макулярной зоны. Исходя из результатов был установлен диагноз, OS – Регматогенная отслойка сетчатки, пролиферативная витреоретинопатия стадия В. Макулярный разрыв III стадии.

Пациентке была проведена хирургическое лечение (на 4ой недели от начала отслойки сетчатки), дозированной дренирование субретинальной жидкости с формированием клапанного разреза склеры и одномоментно воздушной тампонадой (пневморетинопексия) полость стекловидного тела, криокоагуляция в зоне разрыва сетчатки, экстрасклеральное пломбирование разрыва сетчатки. Сетчатка прилегла в ходе операции. Разрыв был заблокирован. После операции пациентка находилась в положении лицом вниз в течении нескольких дней до рассасывания воздуха. После операционный период проходил без осложнений.

Результаты и обсуждение.

После операции полное прилегание сетчатки. Результаты ультразвуковой В-сканирование: оперированная отслойка сетчатки, оболочки прилежат. Пломба на 1ч. прилегания сетчатки, острота зрения OS = 0.04 Sph 4.00 Cyl 2.00 ax 180⁰ = 0.07, поля зрения восстановилась до 45⁰. ОКГ – макулярный разрыв D=608 мкм, сетчатка в макулярной области прилежит. Таким образом, после хирургического лечения, с методикой - дренирование субретинальной жидкости с одномоментной пневморетинопексией и экстрасклеральным пломбированием было достигнуто полное прилегание сетчатки. После восстановления анатомического прилегания сетчатки, пациентке запланирована второй этап хирургического лечения макулярного разрыва, витрэктомия с удалением внутренней пограничной мембраны и тампонадой витреальной полости силиконом, по программе государственного обеспечения высокотехнологичных дорогостоящих операций. По нашему мнению, выбранная тактика увеличивает шансы на сохранение зрительных функций глаза.

Выводы.

Представленный клинический случай свидетельствует о том что, применение метода, дренирование субретинальной жидкости с пневморетинопексией и экстрасклеральное блокирование разрыва сетчатки позволяет за короткие сроки прилегание сетчатки и увеличивает шансы на восстановление зрительных функций.

Список литературы

1. Сергиенко А.Н., Столяров Г.С., Лепская О.В. Возможности восстановления зрения после операций по поводу отслойки сетчатой оболочки // Офтальмол. журн. – 1987. - №6. - С. 161 - 163.
2. Bainbridge J, Herbert E, Gregor Z. Macular holes: vitreoretinal relationships and surgical approaches. Eye (Lond). 2008 Oct;22(10):1301-9.
3. Binder S., Kutschera E., Weiss H. Macular function after successful surgery of retinal detachment // Klin. Monatsbl. Augenheilkd. – 1977. – Vol. 171. – P. 606 – 610.
4. Brooks, H.L Jr. Macular hole surgery with and without internal limiting membrane peeling. Ophthalmology. 2000; 107: 1939–1948.
5. Hassan T.S., Sarrafzadeh R., Ruby A.J., Garretson B.R., Kuczynski B., Williams G.A. The effect of duration of macular detachment on results after the scleral buckle repair of primary, macula-off retinal detachments // Ophthalmol. – 2002. – Vol. 109. – P. 146 – 152.
6. Hilton G.F., McLean E.B., et al. Retinal detachment: principles and practice // American Academy of Ophthalmology. San Francisco. - 1995. – P. 124.

7. Knorr H.L., Linde-Behringer M., Gossler B., Mayer U.M. Human retinal pigment epithelium in vitro: influence of low oxygen tension, glucose and insulin // *Ophthalmic Res.* – 1993. - Vol. 25. - № 4 - P. 226 - 234.
8. Kreissig I., Lincoff H., Witassek B., Kolling G. Color vision and other parameters of macular function after retinal reattachment // *Dev. Ophthalmol.* – 1981. – Vol. 2. – P. 77-85.
9. Oshima Y., Yamanishi S., Sawa M. Two-year follow-up study comparing primary vitrectomy with scleral buckling for macula-off rhegmatogenous retinal detachment // *Jpn. J. Ophthalmol.* – 2000. – Vol. 44. –P. 538 - 549.
10. Smiddy, W.E, Feuer, W, and Cordahi, G. Internal limiting membrane peeling in macular hole surgery. *Ophthalmology.* 2001; 108: 1471–1476
- Yoshioka H., Endo Y., Otaguro S. Follow-up of visual acuity in reattached eyes // *Nippon Ganka Kiyo* – 1967. – Vol. 18. – P. 669

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С РЕГМАТОГЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ СЕТЧАТКИ

Нигматов Б.Ф.¹, Платов Е.А.²

¹ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Минздрава России, г. Санкт-Петербург

²Санкт-Петербургский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова»
Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Регматогенная отслойка сетчатки относится к тяжелым заболеваниям глаза, которая без хирургического лечения может привести к стойкому снижению зрения или слепоте [8]. По данным различных научных работ, частота регматогенной отслойки сетчатки составляет 10 случаев на 100000 населения в год. Факторы риска возникновения регматогенной отслойки сетчатки относятся к различным хирургическим лечением, таким как оперативное лечение катаракты, миопии высокой степени, травмы глаза, витреохориоретинальные дистрофии. [7,9,12,13,16,18,19]. Известно, что своевременная хирургическая лечения, в ранние сроки после возникновения отслойки сетчатки, с использованием современных способов лечения анатомическое прилегание сетчатки достигается в 90-95% случаев. Однако не всегда после анатомическое прилегание сетчатки острота зрения остается высоким, по данным различных исследований, у 30% прооперированных пациентов острота зрения наблюдается 0,4 или ниже. Отслойка сетчатки с дистрофическими изменениями сетчатки часто приводит к серьезным зрительным нарушениям, особенно в процесс вовлекается отслойка макулярной области. [1,5,14].

Появление метода оптической когерентной томографии (ОСТ) позволяет исследовать причины неполного восстановления центрального зрения после успешных операций по поводу отслойки сетчатки. [11,15,17].

Цель исследования. Изучить характеристики пациентов с регматогенной отслойкой сетчатки.

Материалы и методы исследования. Обследованы 161 пациент с регматогенной отслойкой сетчатки. Все пациенты помимо сбора анамнеза и жалоб заболевания обследованы по методике, включающей визометрию, рефрактометрию, офтальмометрию, периметрию, биомикроскопию, непрямую офтальмоскопию с бесконтактной линзой на щелевой лампе и с трехзеркальной линзой Гольдмана, непрямой бинокулярной офтальмоскопией с переносным офтальмоскопом и налобным офтальмоскопом Скепенса-Померанцева, ультразвуковое А и В-сканирование. Полученные данные обследования были проанализированы с учетом возраста и пола, частоты различных факторов риска и длительности отслойки сетчатки.

Результаты и обсуждения. Средний возраст пациентов был 49 лет, большинство пациентов были женщины 54,6%, мужчины 45,4%. Пациенты с миопией составляли 60%, с изменениями парного глаза в частности оперированная отслойка сетчатки 10,5%, с периферическими хориоретинальными изменениями 19,3%. Степень выраженности пролиферативной витреоретинопатии (ПВР): ПВРА – 53%, ПВР В – 17%, ПВР С – 30%. Время поступления в клинику от начала заболевания: 62,7% пациентов обратились в течении 1 месяца, 13,7% обратились до 2 месяцев, 23,6% пациентов поступили в течении 3 месяцев. В большинстве случаев 93,8% имел место клапанный разрыв сетчатки, в 5,6% множественные периферические разрывы сетчатки, в одном случае (0,6%) отрыв сетчатки от зубчатой линии. Отслойка сетчатки в макулярной области регистрировалась у 78% пациентов. Пациенты с артефакцией составляли 20%.

Последнее время увеличивается поток больных, оперированных по поводу катаракты с имплантацией интраокулярной линзы. Совершенствование способов оперативное лечение катаракты приводит к расширению показаний, в том числе пациенты с начальной катарактой и миопией высокой степени, что в свою очередь способствует увеличению количества больных с артефакционной отслойкой сетчатки. Высокая частота развития

отслойки сетчатки при артификации способствует ряд факторов такие как, удаление или ослабление зонуло-хрусталиковой диафрагмы, образования дополнительного пространства, приводящее к статической и инерционной движению стекловидного тела [2]. У пациентов с отслойкой сетчатки при артификации, можно заметить более быстрое и выраженное проявление пролиферативных изменений сетчатки и стекловидного тела, чем на факических глазах. Это в свою очередь затрудняет выбор способа и объема хирургического вмешательства и часто предопределяет результаты лечения. Наряду с этим, у пациентов с артификацией нередко возникают некоторые затруднения при осмотре глазного дна.

По данным многих авторов, причиной образования разрыва сетчатке с последующей ее отслойкой является не степень миопии, а наличие витреохориоретинальных дистрофий, хотя действительно чаще встречаются при близорукости, пропорционально ее степени, но в 25-28% случаев определяется у пациентов с эмметропией или гиперметропией[6,9].

Успех хирургического лечения регматогенной отслойки сетчатки зависит от надёжного блокирования ретинального разрыва, при выраженных стадиях ПВР зависит от максимального устранения тракционного воздействия стекловидного тела на сетчатку, не устранения тракции является основной причиной новых разрывов и рецидивов отслойки сетчатки в позднем послеоперационном периоде [3,4].

Вывод. Пациенты с регматогенной отслойкой сетчатки составляют лица работоспособного возраста. Основными факторами риска регматогенной отслойки сетчатки являются: миопия и периферические витреоретинальные дистрофии, что особое внимание требует пациенты с данной патологией.

Список литературы

1. Азнабаев М.Т. Причины низких зрительных функций и методы реабилитации у больных после успешно оперированной отслойки сетчатки/ М.Т. Азнабаев, К.Н. Ахьямов, А.Э. Бабушкин // Вест, офтальмол. - 2005.-№ 5.- С. 50-52.
2. Волков В.В., Трояновский Р.Л. Афакия и отслойка сетчатки // Актуальные проблемы офтальмологии. М. 1981г. - С. 146-147.
3. Глинчук Я.И., Каштан О.В., Сидоренко В.Г. Лечение отслойки сетчатки осложнённой ПВР. // Материалы 6-го съезда офтальмологов России: Тез. Докладов,- М.- 1994,- с.132.
4. Глинчук Я.И., Субанбаева З.К., Киселев А.В. Клинический анализ отдалённых результатов лечения отёчно геморрагической формы диабетической ретинопатии. // Офтальмохирургия. - 1997.- №2.- с.68-75.
5. Имшенецкая Т.А. Применение оптической когерентной томографии для оценки результатов хирургического лечения регматогенной отслойки сетчатки / Т.А. Имшенецкая, О.А. Ярмак // Офтальмохирургия. -2007.- № 4.- С. 47-52.
6. Илыщкий В.В. Временное и постоянное эписклеральное пломбирование в хирургии отслойки сетчатки, её профилактика. // Диссертация на соискание учёной степени д.м.н. Москва - 1995.
7. Кривошеина О.И. Локальные и системные нарушения иммунитета при пролиферативной витреоретинопатии / О.И. Кривошеина // Вест, офтальмол. - 2007.- № 4.- С. 51-54.
8. Либман, Е.С. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России / Е.С. Либман, Е.В. Шахова // Тезисы VII съезда офтальмологов России. М., 2000. - С. 209-214.
9. Саксонова Е.О., Захарова Г. Ю., Платова Ж.А. и др. Периферические витреохориоретинальные дистрофии и профилактика отслойки сетчатки // Актуальные вопросы патологии сетчаткой оболочки и зрительного нерва. -М., 1982.-С. 144-152
10. Слепова О.С. Прогнозирование рецидивов отслойки сетчатки после операции по поводу регматогенной отслойки сетчатки /О.С. Слепова, С. Разик, Г.Ю. Захарова // Офтальмология. - 2006. № 1. -С.16-19.
11. Baba T, Hirose A, Moriyama M, Mochizuki M. Tomographic image and visual recovery of acute macula-off rhegmatogenous retinal detachment. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2004 Jul; 242(7): 576-81
12. Coppe A.M. Posterior vitreous detachment and retinal detachment following cataract extraction / A.M. Colucciello M. Rhegmatogenous retinal detachment / M. Colucciello, R. Rasier//Phys. Sportsmed. - 2009. - Vol. 37. - N2. - P. 59-65.
13. Coppe, G. Lapucci // Curr. Opin. Ophthalmol. - 2008. - Vol.19. - P. 239-242.
14. Ghazi N.G. Pathology and pathogenesis of retinal detachment / N. G.Ghazi, W.R. Green // Eye. - 2002. - Vol. 16. - P. 411-421.
15. Hagimura N, Suto K, Iida T, Kishi S. Optical coherence tomography of the neurosensory retina in rhegmatogenous retinal detachment. Am J Ophthalmol. 2000. Feb; 129(2): 186-90.
16. Kang J.H. Macular hole as a risk factor of choroidal detachment in rhegmatogenous retinal detachment / J.H.Kang, K.A. Park, W.J. Shin // Korean J. Ophthalmol.- 2008.- N 2.- P. 100-103.

17. Kaga T., Fonseca R.A., Dantas M.A., Yanuzzi L.A., Spaide R.F. Optical coherence tomography of bleb like subretinal lesions after retinal reattachment surgery. // Am. J. Ophthalmol. 2001. Jul. 132 (1): 120 -121.
18. Mity D. Rhegmatogenous retinal detachment in Scotland: research design and methodology / D. Mity, D.G. Charteris, D. Yorston et al. // BMC Ophthalmol: - 2009. - Vol.24. - P.9-12.
19. Sodhi A. Recent Trends in the Management of Rhegmatogenous Retinal Detachment / A. Sodhi, L. Leung, D.V. Do et al. // Surv. Ophthalmol. - 2008. - Vol. 53. - P. 50-67.

СЕКЦИЯ №12.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.19)

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ НА БАЗЕ АЛТАЙСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Елькова М.В., Кожевников В.А.

Алтайский государственный медицинский университет г. Барнаул

Актуальность. Проблема лечения гемангиом остается крайне актуальной, несмотря на постоянный интерес хирургов и множество предлагаемых методов лечения. По-прежнему отсутствуют четкие критерии выбора способа терапии и анализ его эффективности. Гемангиомы у детей – наиболее часто встречающиеся доброкачественные сосудистые опухоли. В качестве основной причины появления гемангиом у детей ряд авторов называют сосудистый дисэмбриогенез. Гемангиомы могут располагаться на любом участке тела, но преимущественно встречаются на голове и шее (60%), а также на туловище (25%) и конечностях (15%). Внешний вид варьирует в виде образований разных форм и оттенков в зависимости от уровня вовлечения дермы, глубины поражения, локализации. По статистическим данным за последние 10 лет заболеваемость новообразованиями детского возраста увеличилась в 2, 3 раза, и составила 241, 3 на 100 тыс. детского населения. Гемангиомы выявляются у 1, 1 – 2, 6 % всех новорожденных детей. К 1-му году этот показатель увеличивается до 10, 1 %. Соотношение мальчиков и девочек, страдающих гемангиомами, составляет 1:3. По клинической классификации, предложенной С. Терновским (1959 г.), различают простые, кавернозные, комбинированные и смешанные гемангиомы. Для диагностики гемангиом в настоящее время используется ультразвуковое исследование, которое может быть и пренатальным. В литературе описано множество различных методов лечения гемангиом у детей: криотерапевтический, хирургический, склерозирующее лечение, диотермокоагуляция, гормональная терапия, воздействие лазера и сверхвысоких частот. Большое количество методов лечения говорит об отсутствии единого подхода, отвечающего всем требованиям реконструктивной и эстетической хирургии. Расчет на регрессию гемангиом является ошибочным, а потеря времени значительно усложняет лечение.

Цель. Улучшить результаты лечения обширных комбинированных гемангиом и гемангиом сложной локализации у детей путем одномоментного применения криогенного и склерозирующего методов.

Материалы и методы. В хирургическом отделении Алтайской краевой клинической детской больницы за период с 2007 – 2014 г. проведено лечение 162 детей.

Результаты. Большинство больных были в возрасте от 3 до 6 месяцев (26,5%). С обширной кавернозной гемангиомой было 77 (47,5%) человек, с гемангиомой сложной анатомической локализацией – 85 (52,5%), в основном это девочки – 110 (67,9%). Локализация комбинированных гемангиом чаще в области головы, шеи – 45 (58,4%), в области грудной клетки, живота – 18 (23,4%), в области спины, на верхних и нижних конечностях – 6 (7,8%) и 8 (10,4%) случаев соответственно. У больных с гемангиомами сложной анатомической локализации опухоли располагались в основном в области лба – у 17 (20,0%), верхней и нижней губы – у 15 (17,7%), носа – у 11 (12,8%) больных. Осложнения гемангиом: кровотечение – у 25 (15,4%), изъязвление – у 36 (22,2%), нагноение – у 36 (22,2%), тромбоцитопения – у 71 (43,8%), анемия – у 38 (24,1%) больных, нарушение функции некоторых органов (носового дыхания, зрения) – в 15 (9,3%) случаях. С целью лечения патологии нами использовались следующие методы: криогенный, склерозирующий и сочетание склеротерапии и криодеструкции. У 130 человек (80%) после сеансов криосклерозирующей терапии отмечался хороший клинический и косметический результат.

Выводы. В лечении обширных комбинированных гемангиом и гемангиом сложной анатомической локализации метод выбора – сочетание склеротерапии и криодеструкции. Это приводит к хорошему

косметическому результату, сокращению сроков лечения, уменьшению числа наблюдений продолжающегося роста опухоли.

Список литературы

1. В.Н. Мазохин // Российские медицинские вести. 1997. - №4. - С. 36-39.
2. Агапов, В.С. Хирургическое лечение кавернозных гемангиом лица : автореф. дис. . докт. мед. наук / В.С. Агапов. М., 1990. - 39 с.
3. Буторина А.В. Современное лечение гемангиом у детей / А.В. Буторина, В.В. Шафранов // Лечащий врач. — 1999. — № 5. — С. 61-64.
4. Дегтев, М.В. Способ лечения вирусных бородавок и гемангиом: патент на изобретение / М.В. Дегтев, Е.В. Кожевников, Т.В. Бауэр, Н.В. Маркина. – №2336829 от 27.10.2008 г.
5. Джоджуа З.А. /Особенности лечения детей с гемангиомами челюстно-лицевой области. //С.-П. Стоматология детского возраста № 1-2., 2002., с. 70-72.
6. Диагностика и лечение обширных комбинированных гемангиом и гемангиом сложной анатомической локализации у детей / Е.В. Кожевников, Н.В. Маркина, В.А. Кожевников [и др.] // Детская хирургия. — 2009. — № 6. — С. 31-34.
7. Кожевников, В.А. Криокосметологические аспекты лечения гемангиом у детей / В.А. Кожевников, Н.В. Маркина, Т.В. Бауэр // Инновационные технологии в медицине и пластической хирургии : тезисы докладов Всероссийской научно-практической конференции. – Новосибирск, 2005. – С. 47–50.
8. Кожевников, В.А. Криокосметологические аспекты лечения гемангиом у детей / В.А. Кожевников, Н.В. Маркина, Т.В. Бауэр // Медицина в Кузбассе. – 2007. – №1. – С. 64–65.
9. Кожевников, В.А. Метод одномоментной криогенной и склерозирующей терапии в лечении детей с обширными комбинированными гемангиомами : рационализаторское предложение / В.А. Кожевников, Н.В. Маркина, Е.В. Кожевников, Т.В. Бауэр. – №847 от 18.10.2007 г.
10. Кожевников, Е.В. Комбинированное криогенное и склерозирующее воздействие на биоткани / Е.В. Кожевников, Н.В. Маркина, Т.В. Бауэр // Сборник тезисов по материалам межрегиональной конференции, посвященной 70-летию кафедры детской хирургии Омской государственной медицинской академии. – Омск, 2008. – С. 34–36.
11. Комбинированное лечение кавернозных гемангиом у детей / В.В. Шафранов, Ю.В. Тен, Н.В. Куров [и др.] // Детская хирургия. — 1987. — № 8. — С. 8-11.
12. Мельник, Д.Д. Криолечение гемангиом покровных тканей / Д.Д. Мельник, В.Э. Гюнтер, Е.В. Чугуй, Е.Н. Титова, И.И. Кужиливский // Детская хирургия. 2005. — №6. — С. 32-34.
13. Олейникова Н.Р. Комплексное лечение обширных гемангиом волосистой части головы и лица: Автореф. дисс... на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.00.35 «Детская хирургия» / Н.Р. Олейникова. — М., 1981. — 21 с.
14. Хирургические болезни детского возраста: Учебник: В 2 т. / Под ред. Ю.Ф. Исакова. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — Т. 2. — 584 с.
15. Шафранов В. Лечение гемангиом у детей / В. Шафранов, А. Буторина // Врач. — 1996. — № 9. — С. 17-18.

СЕКЦИЯ №13.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.09)

СЕКЦИЯ №14. КАРДИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.05)

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РИГИДНОСТИ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ

Муссаева А.В., Зиборева К.А., Нагапетян Н.Т., Гусаковская Л.И.

ФГБОУ ВПО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Уровень артериального давления (АД) подвержен значительным колебаниям. Физиологические изменения его значений наблюдаются во время сна, физической активности, являются результатом психоэмоциональных воздействий [2]. Активное изучение методики суточного мониторинга АД повлекло за собой интерес к анализу вариабельности давления. В исследовании PAMELA была продемонстрирована прогностическая роль этих показателей в оценке риска кардиоваскулярной летальности [6]. Однако не все авторы признают целесообразность анализа параметров вариабельности. Открытым остается вопрос о необходимости их изучения на фоне антигипертензивной терапии (АГТ). Согласно результатам исследования X-CELLENT при выраженном снижении давления лишь индапамид и амлодипин уменьшали его 24-часовую вариабельность по сравнению с кандесартаном [7].

В настоящее время накоплено достаточно доказательных данных, подтверждающих, что сосуды – один из главных органов-мишеней, которые поражаются при артериальной гипертензии (АГ) [1]. Вовлечение в патологический процесс сосудистой стенки сопровождается повышением жесткости и снижением эластичности крупных артерий. Крупными клиническими исследованиями продемонстрирована независимая предикторная роль артериального ремоделирования в развитии будущих сердечно-сосудистых катастроф [3]. Однако остаются недостаточно изученными параметры ригидности у больных АГ по данным суточного мониторинга.

Цель настоящего исследования заключалась в проведении сравнительной оценки показателей центрального (аортального) давления и сосудистой ригидности, а также их вариабельности по данным амбулаторного суточного мониторинга у здоровых лиц и больных с АГ 1-2 степени.

Материал и методы. Всего в исследование было включено 84 человек в возрасте от 25-60 лет. Из них в первую группу вошли 49 здоровых лиц, средний возраст которых составил $47,4 \pm 12,7$ лет. Критериями включения были: отсутствие жалоб, анамнестических и физикальных данных, указывающих на наличие сердечно-сосудистых заболеваний и / или поражение других органов и систем; ЭКГ покоя без патологически значимых изменений; отсутствие систематического / регулярного приема каких-либо лекарственных препаратов. Уровень офисного АД соответствовал нормальным значениям в соответствии с рекомендациями российского кардиологического общества (РКО): САД – $117,7 (110,2; 123,3)$ мм. рт. ст., ДАД – $73,4 \pm 6,1$ мм. рт. ст.; ИМТ – $24,9 \pm 3,8$ кг/м².

Вторую группу составили 35 пациентов с АГ, средний возраст $49,7 \pm 14,4$ лет. Пациенты этой группы имели офисные значения АД, соответствующие 1-2 степени повышения согласно рекомендациям РКО: САД – $143,0 (142,0; 146,0)$ мм. рт. ст., ДАД – $96,8 \pm 6,6$ мм. рт. ст.; ИМТ составил $22,5 \pm 3,6$ кг/м². Группы были сопоставимы по возрасту, полу, антропометрическим показателям.

Всем обследуемым проводили суточное мониторирование АД (СМАД) прибором VPLab с оценкой структурно-функциональных свойств сосудистой стенки технологией Vasotens («Петр Телегин», Россия). Анализировали среднесуточные показатели центрального (аортального) давления: САД_{ао}, ДАД_{ао}, СрАД_{ао}, ПАД_{ао}; центральный индекс аугментации $Aix_{ао}$, давление амплификации РРА. Кроме того, определяли суточные значения вариабельности аортального давления: $varСАД_{ао}$, $varДАД_{ао}$, $varСрАД_{ао}$, $varПАД_{ао}$; индекса аугментации в аорте $varAix_{ао}$, амплификации пульсового давления $varPPA$. При статистической обработке результатов использовали программу Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты и их обсуждение. По результатам, приведенным в табл. 1, параметры центрального давления преобладали у пациентов с АГ. Показатель $Aix_{ао}$ у больных группы 2 имел более высокие значения по сравнению со здоровыми лицами, что обусловлено ускоренным возвратом отраженной волны в условиях потери эластичности сосудистой стенки.

Таблица 1

Сравнительная характеристика среднесуточных показателей СМАД и сосудистой ригидности у здоровых лиц и больных АГ

Показатель	Здоровые лица	Больные с АГ
САД _{ао} , мм рт.ст.	108,0 (100,0; 112,0)	128,5 (124,5; 131,0)*
ДАД _{ао} , мм рт.ст.	74,0 (69,0; 78,0)	89,5 (83,5; 94,0)*
СрАД _{ао} , мм рт.ст.	88,5 (83,0; 92,0)	107,0 (103,0; 110,0)*
ПАД _{ао} , мм рт.ст.	33,0 (30,0; 37,0)	39,0 (36,0; 45,0)*
$\Delta i x_{ао}$, %	11,5 (-2,0; 20,0)	23,0 (4,5; 37,0)*
PPA	126,5 (123,0; 133,0)	125,0 (121,0; 135,0)

Примечания: * – $p < 0,05$.

Показатели вариабельности центрального (аортального) давления также были увеличены у пациентов, страдающих гипертензией (Табл.2). Параметр $var \Delta i x_{ао}$ на фоне повышенного АД имел более высокий уровень по сравнению с соответствующими значениями у нормотензивных лиц. По показателю вариабельности PPA группы не отличались.

Таблица 2

Сравнительная характеристика показателей вариабельности СМАД и сосудистой ригидности у здоровых лиц и больных АГ

Показатель	Здоровые лица	Больные с АГ
var САД ао	10,3±2,2	12,6±3,1*
var ДАД ао	9,8±1,8	11,1±2,1*
var СрАД ао	10,0 (9,0; 12,0)	12,7±2,8*
var ПАД ао	5,0 (4,0; 6,0)	7,0 (5,0; 8,0) *
$var \Delta i x_{ао}$	11,0 (9,0; 14,0)	14,4±3,5*
var PPA	9,0 (8,0; 11,0)	9,0 (7,0; 11,0)

Примечания: * – $p < 0,05$.

Выявленные отличия по сравниваемым параметрам аортального давления и жесткости, а также их вариабельности, предположительно, обусловлены потерей эластичности артерий в условиях повышенного АД. Известно, что на фоне АГ развивается нарушение архитектоники сосудистой стенки с увеличением жесткости уже на раннем этапе заболевания. Эндотелиальная дисфункция инициирует структурную перестройку артерий, включающую гипертрофию и гиперплазию гладкомышечных клеток, активацию синтеза коллагена, утолщение медиального слоя и фиброэластическое перерождение интимы [4,5]. Повышение жесткости артерий сопровождается повреждением эндотелиальных клеток и ускоренным развитием атеросклероза в сосудистой стенке, способствуя прогрессированию заболевания, а также развитию сердечно-сосудистых осложнений и смертности [4,5,6]. Кроме того, повышенная вариабельность АД в условиях увеличения последнего обычно ассоциируется с поражением органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка, атеросклероз сонных артерий и т.д.). А вопросы вариабельности параметров ригидности требуют дальнейшего изучения с целью определения вклада в развитие кардиоваскулярных событий и оценки эффективности АГТ.

Выводы

1. У больных артериальной гипертензией 1-2-й степени показатели, полученные при амбулаторном мониторинговании артериального давления и жесткости артерий, были существенно выше, чем у нормотензивных субъектов.

2. Значения вариабельности центрального (аортального) давления и сосудистой ригидности преобладали у больных на фоне повышенного АД по сравнению со здоровыми лицами.

Список литературы

1. Бойцов, С.А. Исследование ASCOT как аргумент в борьбе «нового» со «старым» и шаг к переоценке «системы ценностей» / С.А. Бойцов // *Consilium Medicum*. – 2006. – Т. 8, № 11. – С. 5-11.
2. Горбунов, В.М. Современные представления о вариабельности артериального давления / В.М. Горбунов // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. – 2012. – № 8(6). – С. 810-818.
3. Avolio, A. Central aortic blood pressure and cardiovascular risk: a paradigm shift? / A. Avolio // *Hypertension*. – 2008. – № 51. – P. 1470-1471.
4. Boutouyrie, P. Aortic stiffness is an independent predictor of primary coronary events in hypertensive patients: a longitudinal study / P. Boutouyrie, A. Tropeano, R. Asmar, et al. // *Hypertension*. – 2002. – V. 39, № 1. – P. 10-15.
5. Laurent, S. Aortic stiffness is an independent predictor of all-cause and cardiovascular mortality in hypertensive patients / S. Laurent, P. Boutouyrie, R. Asmar, et al. // *Hypertension*. – 2001. – V. 37. – P. 1236-1241.
6. Mancia, G. Long-term prognostic value of blood pressure variability in the general population: results of the Pressioni Arteriose Monitorate Loro Associazioni Study / G. Mancia, M. Bombelli, R. Facchetti et al. // *Hypertension*. – 2007. – № 49. – P. 1265-1270.
7. Zhang, Y. Effect of Antihypertensive agents on blood pressure variability. The NatriX SR versus Candesartan and Amlodipine in the Reduction of Systolic Blood Pressure in Hypertensive Patients (X-CELLENT) Study / Y. Zhang, D. Agnoletti, M.E. Safar et al. // *Hypertension*. – 2011. – № 58. – P. 155-160.

ДИНАМИКА СЕГМЕНТА ST У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

Прекина В.И., Мамкина Н.Н., Ямашкина Е.И.

Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева, г.Саранск

Показатели нормы при холтеровской записи электрокардиограммы (ЭКГ) являются наиболее трудными и часто спорными величинами. Еще Норман. Холтер отмечал, что значительные электрокардиографические изменения могут выявляться в течение обычной жизнедеятельности у клинически здоровых лиц [4]. Одни и те же результаты могут иметь разное диагностическое значение в зависимости от возраста, пола [3]. Анализ сегмента ST необходим прежде всего в диагностике ишемии миокарда, в том числе и безболевой. Вместе с тем, морфология сегмента ST зависит от многих факторов [1,2], а не только от недостаточного кровоснабжения миокарда. Мало изученным является вопрос о диагностическом значении изменений сегмента ST у практически здоровых лиц.

Цель исследования. Изучить динамику сегмента ST у практически здоровых людей старше 50 лет по данным холтеровского мониторирования.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 30 практически здоровых добровольцев (15 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 51 до 74 лет, средний возраст — $54,7 \pm 1,14$ года. Средний возраст мужчин и женщин существенно не различался.

Критерии включения: отсутствие жалоб; нормальные показатели артериального давления, ЭКГ в покое и данные флюорографии органов грудной клетки; отсутствие патологических находок при физикальном обследовании.

Критерии исключения: хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и пищеварения; вредные привычки (алкоголизм, курение); прием лекарственных препаратов на момент исследования; ожирение.

Холтеровское мониторирование проводилось с использованием системы «МИОКАРД-ХОЛТЕР» в 3-х отведениях (V2, V5, aVF) в течение 24 часов. Оценивали максимальную депрессию и элевацию сегмента ST, длительность эпизодов депрессии и элевации, и возможные причины отклонения сегмента от изолинии.

Результаты исследования и их обсуждение. В 2-х (6,67%) случаях автоматический анализ максимальной депрессии сегмента ST был ошибочным в связи с наличием помех. В большинстве случаев – 18 (64,29%) максимальная депрессия была менее 1 мм, в 10 (35,71%) - степень депрессии составила ≥ 1 мм. Частота регистрации депрессии сегмента ST ≥ 1 мм у мужчин и женщин была одинаковой. Все эпизоды были продолжительностью менее 1 мин, то есть имели неспецифический характер, что согласуется с данными литературы. А. Дабровски с соавт. отмечают, что депрессия сегмента ST более 1 мм регистрируется у 30-40% здоровых пациентов [1].

Наибольшая депрессия сегмента ST отмечалась в отведениях V5 и aVF и составила $0,76 \pm 0,08$ (от 0,2 до 1,8) мм и $0,76 \pm 0,07$ (от 0,2 до 1,5) мм соответственно, что превысило показатель в отведении V2 на 0,43 мм (на

56,58%) ($P < 0,001$). Почти все эпизоды (90-100%) регистрировались в период бодрствования при тахикардии (средняя ЧСС составила $111,00 \pm 5,01$) во время физической нагрузки, имели косовосходящий тип, что предполагает симпатико-адреналовый механизм депрессии сегмента.

У женщин степень депрессии была на $0,36$ мм (38,71%) более выраженной ($P < 0,05$), чем у мужчин и при большей ЧСС (Табл.1). Средняя ЧСС при которой наблюдалась максимальная депрессия сегмента у женщин превышала таковую мужчин на $19,35$ уд/мин ($P < 0,05$).

Таблица 1

Максимальная депрессия сегмента ST у практически здоровых пациентов старше 50 лет (мм) ($M \pm m$)

Отведения	Мужчины (n=15)		Женщины (n=15)	
	Депрессия	ЧСС/мин	Депрессия	ЧСС/мин
V2	$0,35 \pm 0,09$	$91,50 \pm 10,50$	$0,32 \pm 0,06$	$94,54 \pm 4,03$
V5	$0,57 \pm 0,12$	$100,58 \pm 8,26$	$0,93 \pm 0,11$ $P < 0,05$	$119,93 \pm 5,19$ $P < 0,05$
AVF	$0,74 \pm 0,13$	$93,71 \pm 6,57$	$0,78 \pm 0,06$	$107,29 \pm 4,09$

Примечание. P - ошибка достоверности различий в сравнении с показателем у мужчин.

По данным литературы у женщин депрессия ST выявляется в 30 раз чаще, чем у мужчин: в 0,8% случаев мониторингования у мужчин и в 30% случаев у женщин [1]. Причинами являются: влияние вегетативной нервной системы - возникает депрессия сегмента ST как проявление гиперсимпатикотонии, чаще у женщин (18% Ж и 1% у М) с сопутствующей тахикардией, без типичных стенокардитических болей, при физической нагрузке - что чаще всего связано с тахикардией.

При анализе максимальной элевации сегмента ST оказалось, что в 2-х (6,67%) случаях автоматический анализ также был ошибочным в связи с наличием помех. Эпизоды элевации сегмента ST регистрировались у 18 (64,28%) пациентов, при чем на 57,15% чаще у мужчин ($92,86$ против $35,71\%$) ($P < 0,05$). Продолжительность элевации составила более 1 мин.

Наибольшая элевация отмечалась в отведении V2 и V5 - $0,98 \pm 0,07$ (от 0,5 до 1,7) мм и $0,92 \pm 0,09$ (от 0,3 до 1,9) мм при ЧСС $83,26 \pm 2,86$ (от 66 до 110) в мин и $72,89 \pm 2,96$ (от 51 до 95) в мин.

По данным литературы значительная элевация сегмента ST (более 1 мм) регистрируется от 0 до 60% здоровых лиц, чаще у молодых [1, 3].

Таблица 2

Максимальная элевация сегмента ST у практически здоровых пациентов старше 50 лет (мм) ($M \pm m$)

Отведения	Мужчины (n=15)		Женщины (n=15)	
	Элевация	ЧСС	Элевация.	ЧСС
V2	$1,18 \pm 0,08$ $P < 0,001$	$85,00 \pm 4,07$	$0,75 \pm 0,05$	$81,38 \pm 4,12$
V5	$1,12 \pm 0,15$ $P < 0,05$	$70,92 \pm 3,71$	$0,74 \pm 0,08$	$74,86 \pm 4,70$
aVF	$0,89 \pm 0,13$ $P < 0,05$	$73,46 \pm 3,73$	$0,52 \pm 0,07$	$82,08 \pm 5,27$

Примечание. P - ошибка достоверности различий в сравнении с показателем у женщин.

В большинстве случаев (57-100%) эпизоды регистрировались в период бодрствования при нормальной ЧСС. У 7 (25%) пациентов элевация была обусловлена синдромом ранней реполяризации левого желудочка, которая встречалась у мужчин и женщин с одинаковой частотой - у 3 (21,43%) и 4 (28,57%) соответственно. В остальных случаях элевация была обусловлена ваготонией (регистрировалась в покое) и/или позиционными изменениями.

У мужчин степень элевации во всех отведениях была больше, чем у женщин: в отведении V2 - на $0,43$ мм (36,44%) ($P < 0,001$), V5в - на $0,38$ мм (33,93%) и aVF - на $0,37$ мм (41,57%) ($P < 0,05$).

Полученные данные согласуются с данными литературы. В норме допустима элевация сегмента ST в отведениях от конечностей до 1 мм, в грудных отведениях V1-V2 до 2-3 мм [3]. Особенно склонны к этому

пациенты с вегетососудистой дистонией, у которых элевация сегмента ST при проведении холтеровского исследования регистрируется в 10 раз чаще по сравнению с контрольной группой пациентов [1].

Выводы

1. У здоровых людей в возрасте старше 50 лет при ХМ регистрировались эпизоды депрессии сегмента ST более 1 мм и продолжительностью менее 1 минуты в 35,71% случаев, эпизоды элевации более 1 мм и продолжительностью более 1 минуты – в 64,28%.

2. Депрессии косовосходящего типа, регистрировались преимущественно в отведениях V5 и а VF, более выражены у женщин и обусловлены симпатикотонией.

3. Элевации сегмента ST наблюдались чаще в отведении V2, у мужчин и были обусловлены синдромом ранней реполяризации левого желудочка, ваготонией и позиционными изменениями.

Список литературы

1. Дабровски А. Суточное мониторирование ЭКГ / А. Дабровски, Б. Дабровски, Р. Пиотрович// – М.: Медпрактика, 2000. – 208 с.
2. Макаров Л.М. Холтеровское мониторирование. 3-е изд. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М». – 2008. – 456с.
3. Рябыкина Г.В., Соболев А.В. Холтеровское бифункциональное мониторирование ЭКГ и артериального давления – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА -М». – 2010. - 320с.
4. Holter N. Ann New York Academy of Science. – 1957. – 65. – 913.

ПОКАЗАТЕЛИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ПРОБЫ У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛАПИНИНА И СОТАГЕКСАЛА

Столярова В.В., Рыбакова Т.А., Лещанкина Н.Ю.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», медицинский институт,
г.Саранск

Введение. Фибрилляция предсердий является наиболее изученной аритмией, однако смертность от тромбоэмболических осложнений данного заболевания неуклонно растет [3;6]. Наличие выраженной дыхательной синусовой аритмии, является хорошо известным признаком высокой вагусной активности и, как правило, указывает на хорошее состояние сердечно-сосудистой системы [7]. Отсутствие же синусовой аритмии почти всегда является фактором неблагоприятным. Существует прямая связь между изменением состояния пациента и наличием синусовой аритмии [5]. Данный факт весьма важен, т.к. позволяет определить правильную направленность профилактического антиаритмического лечения у больных с пароксизмами фибрилляции предсердий [4]. Методика, позволяющая количественно оценить (что оценить) – дыхательная проба «брадипноэ – 6 в 1 минуту», которая информативна и не требует дорогой технической аппаратуры [1;2].

Цель работы. Изучить показатели пробы «брадипноэ – 6 в 1 минуту» у больных с пароксизмами фибрилляции предсердий на фоне комбинированного применения аллапинина и сотагексала.

Материалы и методы. Исследование было проведено у 85 человек. Пациенты были поделены на 3 группы: 1 группа – здоровые (n=38), 2 группа – (контроль) больные с диагнозом ИБС Стенокардия напряжения II-III ФК. Гипертоническая болезнь II-III ст. ХСН IIa ст., III ФК, без нарушений сердечного ритма, постоянно принимающие метопролол 25мг × 2 раза/день (n=38), 3 группа – больные ИБС Стенокардия напряжения II-III ФК. Гипертоническая болезнь II-III ст. IIa ст., III ФК, с нарушением сердечного ритма по типу пароксизмов фибрилляции предсердий, постоянно принимающие с профилактической целью комбинацию аллапинин 12,5мг × 3 раза/день и сотагексал 80мг × 2 раза/день (n=9).

Всем пациентам была проведена дыхательная проба «брадипноэ – 6 в 1 минуту» следующим образом: на фоне регистрации ЭКГ со скоростью 25мм/с во II стандартном отведении в течение 5 сек. производился вдох, в течение следующих 5 сек. – выдох, с 6-кратным повторением. После чего рассчитывалось отношение RRmax на вдохе к RRmin на выдохе. В норме дыхательный коэффициент больше 1,21; от 1,11 до 1,20 – пограничные показатели, а менее 1,10 свидетельствует о недостаточности влияния парасимпатической нервной системы.

Результаты. В 1 и 3 группах дыхательный коэффициент находился в пределах нормы (Рис.1.) и составлял 1,45±0,03 и 1,27±0,01 соответственно. Во 2 группе данный показатель находился в пределах пограничных значений и составлял 1,17±0,04.

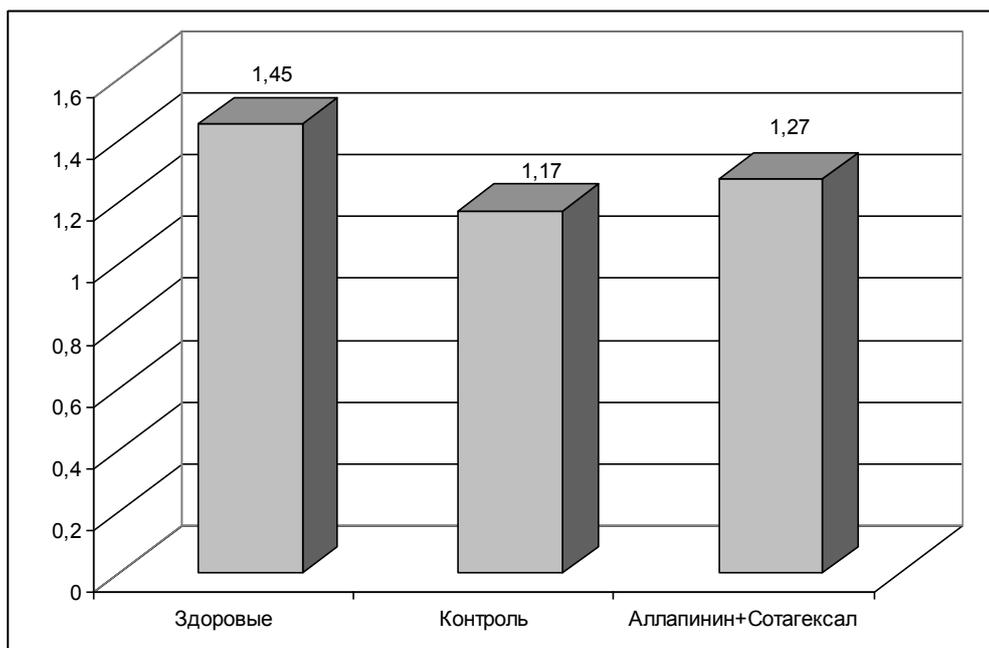


Рис.1. Количественные показатели дыхательной пробы у обследуемых групп

При сравнении группы больных, получающих аллапинин и сотагексал с группой здоровых лиц (Рисунок 2), наблюдалось преобладание последних на 13% ($p < 0,01$). В то время, как контрольная группа уступала больным с пароксизмами фибрилляции предсердий на 8% ($p < 0,05$).

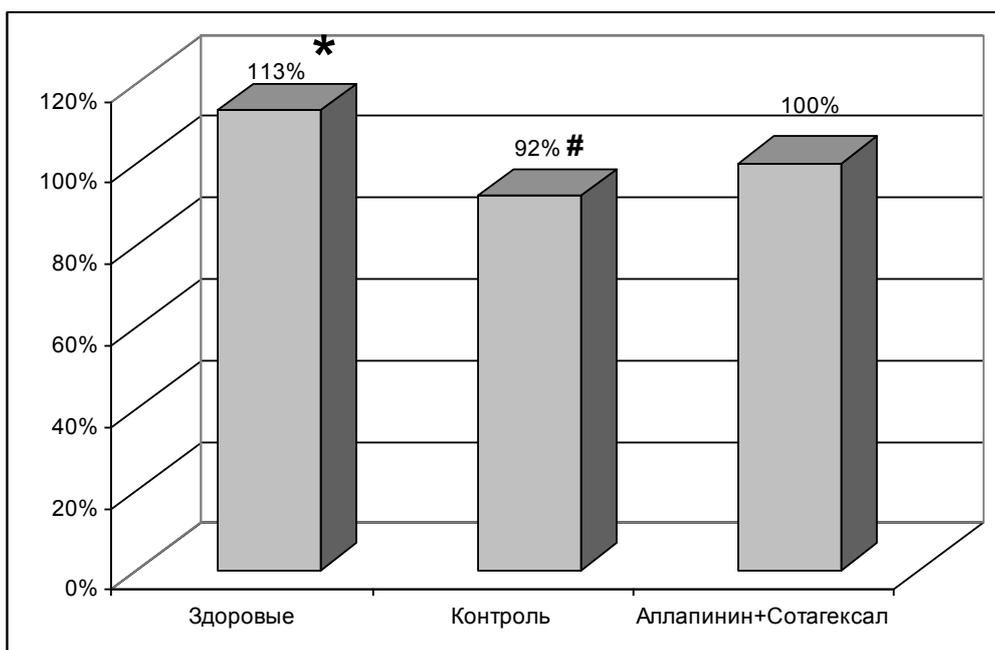


Рис.2. Сравнительная характеристика группы больных с пароксизмами фибрилляции предсердий, получающих комбинацию аллапинин+сотагексал

* достоверность отличий к 3 группе ($p < 0,01$);

- достоверность отличий к 3 группе ($p < 0,05$)

Выводы. 1. Дыхательный коэффициент у больных с пароксизмами фибрилляции предсердий, получающих с профилактической целью комбинацию аллапинина и сотагексала находится в пределах нормы, что указывает на слаженную работу вегетативной нервной системы и наличие резервных возможностей сердечно-сосудистой системы.

2. Процентное преобладание больных 3 группы, над группой контроля, указывает на правильно выбранную антиаритмическую терапию для данной группы больных и на низкую вероятность возникновения нарушения сердечного ритма по типу пароксизма фибрилляции предсердий в ближайшее время.

Список литературы

1. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение. / А.М. Вейн – М.: ООО «Мединформ. агентство», 2003. – 752 с.
2. Волков В.С. Фармакотерапия и стандарты лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы: Руководство для врачей. / В.С. Волков, Г.А. Базанов – М.: ООО «Мед.информ. агентство», 2010. – 360 с.
3. Голухова Е.З. Вариабельность сердечного ритма и методы ее оценки. / Е.З. Голухова, М.А. Алиева, Т.Т. Какучая, др. // Креатив. кардиол. –2009. – № 1. – С. 76-82.
4. Рыбакова Т.А. Влияние аллапинина и кордарона на некоторые показатели электрической нестабильности миокарда у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий. / Рыбакова Т.А., Столярова В.В. // Вестник аритмологии. – 2012. – Приложение А. – С. 83
5. Рыбакова Т.А. Оценка вегетативной регуляции деятельности сердца при пароксизмальной мерцательной аритмии по данным вариабельности сердечного ритма на фоне профилактической антиаритмической терапии. / Рыбакова Т.А., Костина М.В., Столярова В.В. // Materiály VIII Mezinárodní vědecko-praktická konference «Moderní vymoženostivědy – 2012». – Praha: PublishingHouse «EducationandScience», 2012. – S. 67-70
6. Чазов Е.И. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний: Рук.для практикующих врачей. / Е.И. Чазов, Ю.Н. Беленков, Е.О. Борисова и др. – М.: Литтерра, 2005. – 972 с.
7. Шахматова К.И. Более раннее развитие электрической нестабильности миокарда у лиц стрессовых профессий. / Шахматова К.И., Осипова И.В., Куликов В.П. и др. // Журнал «Фундаментальные исследования». – 2008. – № 1. – С. 119-120.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ГЕМОСТАЗА И ФИБРИНОЛИЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ

Федотова Л.А., Пластун М.Ю., Зорин В.Н.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г.Симферополь

Согласно современным представлениям, одним из основных механизмов развития и прогрессирования ИБС является дестабилизация гемоваскулярного гемостаза. Нарушение функционального состояния эндотелия, повышение агрегационной активности тромбоцитов, вязкости крови играет роль триггера развития ИБС, обуславливая тяжесть течения и прогноз заболевания [4,8,9].

У здоровых лиц пожилого возраста наряду с умеренной хронической активацией системы свертывания крови происходит компенсаторное увеличение интенсивности фибринолиза. У больных ИБС выраженная гиперкоагуляция крови сопровождается депрессией фибринолитической системы, что приводит к дисбалансу коагуляции и фибринолиза. Последнее существенно увеличивает риск развития тромботических осложнений [3,4].

Для больных ИБС характерно снижение фибринолитической активности крови в ночные и ранние утренние часы [6].

У больных ИБС отмечается угнетение как ферментативного, так и неферментного фибринолиза, которое коррелировало с тяжестью клинических проявлений заболевания [1,7].

Изменение параметров фибринолитической системы свидетельствует о реакции всего эндотелия и не несет информации о ближайшем прогнозе заболевания. Системное повышение ингибитора активатора плазминогена не эквивалентно активации местных процессов свертывания крови, равно как и увеличение продукции активатора плазминогена не свидетельствует об усилении местного фибринолиза [2].

Определение общей фибринолитической активности крови не дает существенной информации, поскольку этот показатель снижен не только у больных ИБС, но и здоровых людей вследствие наличия прочной связи плазмينا с антиплазминами [5].

С учётом сказанного, в работе ставилась цель изучить отдельные показатели гемостаза и фибринолиза у больных ишемической болезнью сердца, течение которой осложнилось постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС).

Под наблюдением находилось 43 человека, из них 23 страдали атеросклерозом коронарных артерий с клиникой ишемической болезни сердца (I-я группа), у 19 была диагностирована ИБС с постинфарктным кардиосклерозом (II-я группа). Контрольную группу составили 22 практически здоровых человека. Средний возраст здоровых людей 36 лет, больных ишемической болезнью сердца 55,5 года, больных с сопутствующим ПИКС 57,5 года. Ишемическая болезнь сердца устанавливалась на основании типичной клинической картины стенокардии покоя или напряжения, наличия документированного инфаркта миокарда в анамнезе, рубцовых изменений миокарда или признаков хронической коронарной недостаточности по данным ЭКГ, стойких или упорно рецидивирующих нарушений ритма сердца и проводимости, не связанных с воспалительными и дистрофическими поражениями сердца иного генеза, рентгенологических признаков поражения аорты, стойких нарушений липидного обмена, особенно атерогенных типов гиперлипотеидемии. В сомнительных случаях данные о дефиците коронарного резерва сердца выявлялись в процессе тредмил-теста.

Исследовались кровь из кубитальной вены и утренняя порция мочи. Для определения отдельных показателей гемостаза и фибринолиза использовались реактивы и стандартные методики научно-производственной фирмы «SIMKO Ltd» (Россия).

Статистические расчеты проводились с использованием пакета прикладных программ Statistica 10, Microsoft Excel. При анализе применялся метод вариационной статистики для количества переменных величин (вычислялись такие показатели, как n, среднестатистическая медиана, стандартное отклонение).

Результаты исследования отдельных показателей гемостаза и фибринолиза отражены в представленной Табл. 1.

Таблица 1

Показатели активности свертывающей и фибринолитической систем у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда.

Показатели	Норма n=20	ИБС (n = 23)	ИБС+ПИКС (n=19)
Фибриноген, г/л	3,10 ± 0,8	3,60 ± 0,14 p ₁ >0,05	3,84 ± 0,16 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05
Антитромбин Ш, (АТ Ш), %	100,0 ± 2,2	88,1 ± 1,7 p ₁ <0,01	80,3 ± 1,6 p ₁ <0,001 p ₂ <0,05
Урокиназная активность, (УКА), %	100,0 ± 9,02	91,5 ± 8,03 p ₁ > 0,05	89,4 ± 6,6 p ₁ >0,05 p ₂ >0,05
Активаторная активность крови, %	100,0 ± 2,3	91,9 ± 2,0 p ₁ <0,01	81,4 ± 1,5 p ₁ <0,001 p ₂ <0,01
БДАП, %	100,0 ± 6,4	112,4 ± 2,3 p ₁ <0,05	113,6 ± 2,5 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05
МДАП, %	100,0 ± 3,4	108,5 ± 3,2 p ₁ <0,05	110,2 ± 3,6 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05

Плазмин, %	100,0 ± 8,5	82,3 ± 4,1 p ₁ <0,05	78,4 ± 2,1 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05
Плазминоген, %	100,0 ± 7,5	86,5 ± 3,2 p ₁ <0,05	82,3 ± 2,4 p ₁ <0,05 p ₂ >0,05
СФА, %	100,0 ± 7,2	83,3 ± 1,17 p ₁ <0,05	81,4 ± 2,45 p ₁ <0,05 p ₂ >0,5

Примечание: p₁ – достоверность различий по сравнению с нормой; p₂ – достоверность различий при сравнении показателей основных групп.

Из Табл.1 следует, что концентрация фибриногена в крови у обследуемых больных не выходит за пределы физиологического диапазона. В первой группе этот показатель составил 3,60±0,14 г/л (p₁>0,05), во второй 3,84±0,16 г/л (p₁>0,05). Сравнение полученных показателей между собой достоверных различий также не выявило (p₂>0,05).

Анализ активности антитромбина III (АТ III) показал, что для больных ИБС характерно угнетение активности этого антикоагулянта, наблюдающееся у всех обследуемых пациентов. В первой группе этот показатель был снижен на 11,9%, относительно нормы (p₁< 0,01). Еще более выраженное угнетение антикоагулянтной активности крови отмечалось у больных ИБС с инфарктом миокарда в анамнезе – 80,3±1,6% (p₁< 0,001). При этом полученный показатель был существенно меньше показателя первой группы и эта разница достигала степени достоверности (p₂<0,05).

При определении отдельных компонентов системы фибринолиза было выявлено снижение активности активаторного звена. Более динамичными оказались уровни активности активатора плазминогена в крови. Так, у пациентов с ИБС без сопутствующего постинфарктного кардиосклероза активаторная активность крови составила 91,9± 2,0%, что значительно и достоверно ниже предела физиологических колебаний (p₁< 0,01). В группе больных, перенесших инфаркт миокарда активность активатора плазминогена в крови была еще ниже – 81,4±1,5%. Причем, полученные цифры оказались не только вне пределов физиологического диапазона, но и были существенно меньше показателя активаторной активности крови, зарегистрированного в первой группе больных ИБС (p₂< 0,05).

Сниженными оказались и концентрации плазминогена и плазмينا, при этом степень снижения существенно не зависела от сопутствующего ПИКС.

Активность ингибиторного звена системы фибринолиза изучалась на примере определения содержания медленно- и быстродействующих антиплазминов. Активность их оказалась повышенной. Причем, уровень БДАП был несколько более высоким, чем антиплазминов замедленного действия. Сравнительный анализ указанных показателей различий достигающих степени достоверности не выявил (p₂> 0,05).

Выводы:

1. Для больных ишемической болезнью сердца характерно умеренное повышение активности свертывающей системы крови за счет снижения уровня естественного антикоагулянта антитромбина III на фоне снижения фибринолитического потенциала (угнетение активаторов плазминогена и нарастание ингибиторных свойств крови).

2. У больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда регистрируется существенное нарушение гемостаза и фибринолиза за счет угнетения антикоагулянтной активности и активности активатора плазминогена в крови.

Список литературы

1. Андреев Г.В. Фибринолиз (биохимия, физиология, патология)/ М.: Изд-во Моск. ун-та./ 1979./С.249.

2. Затеищиков Д.А., Аверков О.В., Грацианский Н.А. и др. Нестабильная стенокардия: тканевой активатор плазминогена, ингибитор тканевого активатора плазминогена, протеин С и другие факторы фибринолитической системы крови.// Кардиология./1991./№4./С.36-39.
3. Коркушко О.В., Коваленко А.Н. Фибринолитическая система крови у здоровых людей и больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста.// Тер. архив./1980./№8./С.15-19.
4. Лишневская В.Ю. Роль дестабилизации гемоваскулярного гомеостаза в развитии ишемии миокарда у больных с ИБС старших возрастных групп.// Укр. терапевтический журнал./2004./№1./С.98-103.
5. Лукомский В.А., Белоусов Ю.Б. Гемостаз при ишемической болезни сердца.// Кардиология./1971./№1./С.5-10.
6. Селиверстова Г.П., Оранский И.Е. Ритм суточных колебаний некоторых показателей липидного обмена и системы фибринолиза при ишемической болезни сердца.// Кардиология./1978./№2./С.130-132.
7. Сюрин А.А., Братчик А.М., Аникин Е.И., Скоробацкий В.С. Фибринолиз и микроциркуляция при ишемической болезни сердца.// Труды Крымского медицинского института./1985./Т.108./С.87-90.
8. Cusack M.K., Marber M.S, Lanibiase P.O. et al. Systemic inflammation in unstable angina is the result of myocardial necrosis// I Am Coll. Cardiol./2002./Vol.39(12)./P.1917-1923.
9. Collen D., Lijnen H.R., Veistrata M. Thrombolysis biological and therapeutic properties of new thrombolytic agents – Edinburg, London, Melbourne and New York.-1986.-173 p.

СЕКЦИЯ №15.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ, АЛЛЕРГОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.09)

РЕГУЛЯЦИЯ ПАТОГЕНЕЗА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА АУТОАНТИТЕЛАМИ К А-ДЕФЕНЗИНАМ И БЕЛКАМ ТЕПЛОВОГО ШОКА-70

Доманова Е.Т., Цыбиков Н.Н., Зобнин В.В., Соловьев С.Н.

Читинская государственная медицинская академия, г.Чита

Присутствие в крови антигена является предпосылкой для развития иммунопатологического процесса, но не означает обязательной реализации аутоиммунного процесса. Представление об исключительно патогенной роли аутоантител (аАТ) меняется более обоснованным положением о регуливающей роли как в норме так и в патологии. ААТ направлены к ферментам, гормонам, медиаторам и регулируют их активность, являясь в одном случае сдерживающим механизмом, в другом провокатором хронического процесса [З. Б.И.Кузник 2005, 5. Н.Н. Цыбиков 2012]. Дефензины (HNP- α human neutrophil peptides- α) и белки теплового шока (HSC-70 –Heat Shock Protein), являются неотъемлемой частью всего «белкового хозяйства» во врожденном и приобретенном иммунитете. Уровень HNP- α и HSC – 70 регулируется ОРР, вместе с тем может контролироваться аутоантителами, и хемоаттрактантом IL-8 для дефензина. Исходя из этого, нам представлялось интересным оценить уровень IL-8 и аутоантител в исследуемых субстратах как в здоровом пародонте, так и при воспалительных заболеваниях пародонта (ВЗП), и проследить корреляционные связи.

Цель исследования – оценить концентрацию HNP- α , HSC – 70 и аАТ к ним, в здоровом пародонте и при воспалительных заболеваниях: хронический гингивит (ХГ) и хронический пародонтит (ХП).

Материалы и методы

В исследовании принимали участие 45 человек: 15 – с интактным пародонтом, 15 пациентов с диагнозом ХГ средней степени тяжести, 15 – с ХП средней степени тяжести. Материалом для исследования служили: ротовая жидкость (РЖ), сыворотка (СВ) и смывы из десневой борозды (СДБ) при здоровом пародонте и хроническом гингивите, смывы из пародонтального кармана (СПК) при пародонтите. Концентрацию (пг/мл) пептидов определяли в РЖ, СВ, СДБ и СПК методом ИФА: дефензин – (реактивы фирмы «Нусcult Biotech»), белок теплового шока – ИФА (реактивы фирмы «Assay Designs»). ИЛ-8 – ИФА (реактивы фирмы «Вектор-Бест», Новосибирск). Уровень аАТ к HNP- α и HSC – 70 исследовали оригинальным методом (OD₄₅₀) (2. Цыбиков Н.Н. и др., 2010), результат выражали в единицах оптической плотности – едоп.. Статистический анализ проведен в программе STATISTICA® 6.0. При сравнении групп использовался U – критерий Манна – Уитни, различия считали значимыми при p<0,05. Результаты исследования представлены как Me – медиана, SD – среднее квадратичное отклонение. При анализе корреляционных взаимосвязей применялся метод Спирмена.

Результаты и обсуждение

HNP- α – катионные пептиды нейтрофилов микробицидный эффект которых обусловлен активацией врожденного иммунитета и положительным зарядом молекулы образующим ионные каналы. [1. Будихина А.С. 2008].

У лиц со здоровым пародонтом в СДБ выявлена высокая концентрация HNP- α ($946,3 \pm 16,7$ пг/мл), что коррелирует ($r=0,5$ $p<0,03$) с Ил-8 ($21,61 \pm 8,8$) и отражает влияние хемокина на уровень пептида. ААТ ($0,183 \pm 0,2$) блокируют активность HNP- α в СДБ, что подтверждается корреляционной связью ($r=0,7$ $p<0,004$). При ХГ содержание пептида ($900,6 \pm 69,3$) в СДБ остается значительным, и коррелирует ($r=0,4$ $p<0,12$) с высоким уровнем Ил-8 ($440,70 \pm 27,6$). Прослеживаются следовые значения аАТ ($0,091 \pm 0,1$), это дает возможность пептиду участвовать в иммунном ответе в полном объеме. Низкая концентрация HNP- α ($709,1 \pm 224,8$) в СПК при ХП возможно является следствием потребления пептида в ходе воспаления или уменьшения ИЛ-8 ($42,39 \pm 25,2$), или активного синтеза аАТ ($0,215 \pm 0,1$), что является блокирующим эффектом работы пептида и предполагает защитный механизм от разрушающего действия, сохраняя воспалительный процесс стабильно хроническим.. Но ни одна из двух последних причин не нашла своего подтверждения в корреляционном анализе.

В РЖ уровень HNP- α ($105,7 \pm 14,9$) здорового пародонта в 9 раз ниже, чем в СДБ, так как нейтрофилы в полости рта менее активны, чем в зубодесневой бороздке [2. А.С.Григорьян 2004, 8. Lakschevitz F.S. 2012]. В свою очередь концентрация аАТ ($0,183 \pm 0,2$) класса sIgA находится на более высоком уровне и блокирует активность пептида и не дает развиваться асептическому воспалению. При ХГ ($303,5 \pm 20,4$) и в большей степени при ХП ($519,0 \pm 20,5$) содержание пептида в РЖ повышается, что отражает активность местного иммунитета и характеризует его интенсивность в борьбе с патогенной микрофлорой. Уровень аАТ класса sIgA этих нозологических групп регистрировался на низших значениях ($108 \pm 0,04$) и ($135,0 \pm 0,1$) соответственно, это в свою очередь позволяет функционировать HNP- α в полном объеме.

Концентрация HNP- α в СВ ($271,6 \pm 23,3$) у пациентов без ВЗП коррелировала ($r=0,5$ $p<0,03$) с уровнем аАТ ($0,237 \pm 0,1$) класса Ig G, что является необходимым во избежание системного воспаления. В СВ как при ХГ ($477,8 \pm 24,5$), так и ХП ($402,0 \pm 22,9$) содержание HNP- α увеличивается по сравнению со здоровыми, что возможно объясняется способностью некоторых пародонтопатогенных микроорганизмов проникать в сосудистое русло [6. G. Hajishengallis 2002]. Содержание аАТ при ХП ($402,0 \pm 22,9$) класса Ig G значительно выше по сравнению со здоровыми ($p < 0,05$) и ХГ ($0,188 \pm 0,3$), это предполагает защитный механизм от разрушающего действия пептида на системном уровне, сохраняя воспалительный процесс стабильно хроническим.

HSC – 70 постоянно присутствуют в клетке, участвует в реорганизации частично денатурированного белка и доставляет деградированные протеины в лизосомы. Высвобождаясь во внеклеточное пространство, блокирует передачу пролиферативных, апоптотических, воспалительных сигналов [4. В.Н.Титов 2010, 7. L. E.Nightower 2000].

У здоровых лиц содержание HSC–70 в РЖ было несколько выше ($0,497 \pm 0,1$ $p_2 < 0,05$), чем в СДБ ($0,305 \pm 0,1$) и СВ ($0,239 \pm 0,2$), что на наш взгляд, свидетельствует о динамичном равновесии регулируемого гомеостаза организма. Определялась концентрация аАТ класса sIgA в высоких значениях в РЖ ($0,762 \pm 0,1$), снижение в СДБ ($0,345 \pm 0,1$) и минимальное в СВ ($0,257 \pm 0,1$) класса IgG. Умеренная корреляционная связь между HSC – 70 в СДБ и уровнем аАТ класса sIgA ($r=0,5$ $p<0,02$), что объясняется необходимостью поддерживать оптимальный уровень микроэкологии полости рта.

При ХГ высокие значения HSC – 70 регистрировались в СДБ ($2,51 \pm 1,1$), умеренные в РЖ ($1,02 \pm 0,4$ $p < 0,05$), несколько снижались в СВ ($0,899 \pm 0,4$) хотя уровень аутоантител был обратно пропорционален и наблюдался в значительных концентрациях в РЖ ($0,987 \pm 0,2$ $p < 0,05$) по сравнению с СДБ ($0,519 \pm 0,2$) и минимальным в СВ ($0,337 \pm 0,2$). В дополнение к этому определяется умеренная корреляция между HSC – 70 и аутоантителами класса sIgA в СДБ ($r=0,4$ $p<0,09$).

ХП знаменуется подъемом уровня HSC – 70 в РЖ ($2,522 \pm 1,03$) . Но высокое содержание аАТ ($1,56 \pm 0,7$) класса sIgA тормозит провоспалительную деятельность белка. Данный факт отражает хроническое течение воспалительного процесса, что подтверждается корреляционной связью ($r=0,6$ $p<0,01$). В СПК содержание пептида ($1,41 \pm 0,7$) и аАТ ($1,238 \pm 0,3$) класса sIgA снижено по сравнению с РЖ ($p_2 < 0,05$), что связано с потреблением белка в ходе реакции воспаления. Сильная корреляция между HSC – 70 и аАТ ($r=0,6$ $p<0,01$), подтверждает блокирующий механизм последних в отношении белка, сохраняя воспалительный процесс стабильно хроническим. В СВ ($0,405 \pm 0,7$) концентрация HSC – 70 уменьшалась по сравнению ХГ ($p_1 < 0,05$), но в противоположность к этому уровень аАТ ($1,053 \pm 0,6$) значительно выше, чем у лиц без ВЗП ($p < 0,05$) и при ХГ ($p_1 < 0,05$), что тормозит работу пептида и снижает его презентативные свойства для АПК [9. M Nishikawa 2008.].

Выводы. Таким образом, уровень HNP- α и HSC – 70 отражает иммунный потенциал полости рта при ВЗП. Аутоантитела и хемокин Ил-8 способны регулировать концентрацию пептидов у лиц со здоровым пародонтом и пациентов с хроническим гингивитом и пародонтитом.

Список литературы

1. Будихина А.С. α -Дефезины – антимикробные пептиды нейтрофилов: свойства и функции / А.С. Будихина, Б.В. Пинегин // Иммунология. – 2008. – N 5.-С.317-320.
2. Григорьян А.С. Болезни пародонта / А.С. Григорьян, А.И. Грудянов, Н.А. Рабухина. – М. : МИА, 2004. – С. 28–229.
3. Кузник Б.И., Цыбиков Н.Н. Аутоиммунные механизмы регуляции системы гемостаза // Сибирский онкологический журнал. – 2005. – № 1.(13)– С. 88-95.
4. Титов В.Н., Крылин В.В. Стресс, белки-шапероны, нарушение биологической функции эндоекологии и биологических реакций экскреции, воспаления и артериального давления. / В.Н.Титов, В.В.Крылин, // Клиническая лабораторная диагностика. – 2-10. – №5. – С. 20-35
5. Цыбиков Н.Н., Кузник Б.И. Аутоантитела как основные регуляторы гомеостаза в норме и патологии /Н.Н.Цыбиков, Б.И. Кузник // Вопросы патогенеза типовых патологических процессов : Труды IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Новосибирск. – 2012г. – С. 303 - 305.
6. Hajjishengallis G, Sharma A., Russell M.W., Genco R.J. Interactions of Oral Pathogens With Toll-Like Receptors: Possible Role in Atherosclerosis / Annals of Periodontology. – 2002. – Vol. 7. – № 1 – P. 72–78.
7. Hightower L. E. The heat shock response, a brake on inflammation // Molecular Chaperones and the heat shock response: Cold Spring Harbor, N. Y. – 2000. –. 118 p.
8. Lakschevitz F.S. Oral Neutrophils Display a Site-Specific Phenotype Characterized by Expression of T-Cell Receptors/ F.S. Lakschevitz, G.M. Aboodi, M.Glogauer // J. Periodontology. – 2012. – V. 3. – P. 1493-1503.
9. Nishikawa M, Takemoto S., Takakura Y. Heat shock protein derivatives for delivery of antigens to antigen presenting cells / M Nishikawa , S.Takemoto, Y Takakura.// International J. Pharmaceutics. – 2008. – Vol. 354 (1-2)– P. 23-7.

СЕКЦИЯ №16.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.00)

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА

Маленкова С.А., Каныбеков А., Асанова Б.М., Мухамеджанов К.Х., Нугманов Д.С.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

Несмотря на широкое внедрение гибких эндоскопов в клиническую практику, некоторые вопросы диагностики и тактики удаления инородных тел пищевода остаются нерешенными. Это обусловлено многочисленными причинами: разноречивыми мнениями о методах диагностики, выборе тактики лечения, трудностями проведения хирургических вмешательств, неблагоприятными исходами операций, обусловленными тяжелыми осложнениями в результате перфорации полых органов с развитием медиастинита, перитонита, забрюшинной флегмоны.

Осложнения после удаления инородных тел составляют от 30 до 50%, наиболее тяжелые из них, такие, как перфорация полого органа, перитонит и пищеводное кровотечение, могут приводить к летальному исходу (4, 5).

Целью настоящей работы явилось изучение результатов использования фиброэндоскопов, а также эндоскопических способов удаления инородных тел из пищевода.

В эндоскопическое отделение ЦГКБ за последние пять лет обратились 324 больных, которым произведено 341 удаление инородных тел из пищевода.

Инородные тела попали в пищевод случайно у 187, при алкогольном опьянении у 92, преднамеренное проглатывание инородных тел наблюдалось у 45 больных.

Показанием к диагностической и лечебной эндоскопии считали наличие любого инородного тела, проглоченного случайно или умышленно, достигаемого для фиброэндоскопа. Особенно следует отметить

целесообразность выполнения эндоскопии у лиц пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, у которых риск операции велик. После обнаружения и уточнения локализации инородных тел, определения их характера, формы, размера, наличия осложнений решался об эндоскопическом способе удаления.

В специальной подготовке больные не нуждались, однако необходимо обязательное проведение предварительной рентгеноскопии и рентгенографии грудной полости в день эндоскопического вмешательства.

При проведении лечебной эндоскопии использовали фиброэндоскоп с торцевым расположением оптики.

На уровне физиологических сужений пищевода чаще всего диагностировались кости, комки пищи, монеты, фруктовые косточки, значки и др. У 276 больных инородные предметы были удалены «вилочными» захватами, у 48 производилось фрагментирование биопсийными щипцами и последующее их извлечение или проталкивание в желудок.

Дискутабельным остается вопрос об эндоскопической тактике при остроконечных инородных телах пищевода, которые могут внедряться в стенку пологого органа, перфорировать ее и приводить к развитию медиастинита.

Ряд авторов (1, 2, 3) считают экстренную операцию показанной при внедрении остроконечных предметов в стенку полого органа и отсутствии их продвижения по пищеварительному тракту.

Мы наблюдали 71 больного с остроконечными инородными телами пищевода. У 24 инородные тела были внедрены в слизистую оболочку пищевода, у 16 из них с воспалительной инфильтрацией.

Считаем, что внедрение и фиксация остроконечных инородных тел в слизистую оболочку пищевода является абсолютным показателем к эндоскопическому удалению, т.к. задержка с проведением лечебной эндоскопии может привести к развитию осложнений, требующих экстренной операции.

Свидетельством этого может быть случай у больного Х., 43 л. с остроконечным предметом в пищеводе (раскрытая булавка), который был доставлен машиной скорой помощи в приемной покой ЦГКБ с диагнозом: «Инородное тело (булавка) пищевода». При поступлении предъявляет жалобы на резкие боли в области шеи, которые усиливаются при повороте головы и глотательных движениях.

Из анамнеза выяснено, что за час до поступления с суицидальной целью проглотил раскрытую булавку.

При обследовании установлено, что слизистая оболочка глотки, кожа передней поверхности шеи обычного цвета. При пальпации этой области отмечается болезненность.

На рентгенограммах пищевода на уровне 5-7 шейных позвонков в просвете пищевода определяется раскрытая булавка. Отмечается отек мягких тканей в области шеи до 1,5 см., который оттесняет гортань кпереди. В области инородного тела жидкости и газа не определяется. Произведена эзофагоскопия: в средней трети пищевода имеется инородное тело – булавка в раскрытом состоянии, причем острием вверх. Слизистая вокруг булавки отечна, так как один конец ее оказался внедренным в слизистую. Булавка продвинута далее в желудок, где произведен разворот, после чего из пищевода тупым концом вверх булавка удалена. На следующий день произведена контрольная рентгеноскопия пищевода. Больной после завтрака: акт глотания не нарушен, пищевод свободно проходим. Складки слизистой продольные, затеков за пределы пищевода нет. Признаки эмфиземы отсутствуют. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, эндоскопическая диагностика и удаление инородных тел пищевода с помощью фиброэндоскопа малотравматично и выполнима в короткие сроки, что позволяет рекомендовать эту методику в качестве основного способа диагностики и лечения при этой патологии. Конструкция фиброэзофагоскопа, его эластичность, гибкость, хорошие оптические свойства позволяют проводить исследование пищевода без излишней травматизации.

Список литературы

1. Гнусаев С.Ф., Иванова И.И., Апенченко Ю.С. Диагностика гастроэзофагеального рефлюкса при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта у детей. / Пособие для врачей. Москва, 2003. 50
2. Ильченко А.А., Селезнева Э.Я. Компьютерная рН-метрия желудка и пищевода. Клиническое значение метода. / Методические рекомендации. Москва, 2001. 40 с.
3. Назаров В. Е., Солдатов А. И., Лобач С. М., Гончарик С. Б., Солоницын Е. Г. Эндоскопия пищеварительного тракта. — М.: Триада-фарм, 2002. — 176 с.
4. Охлобыстин А.В. Использование внутрижелудочной рН- метрии в клинической практике. / Методические рекомендации для врачей. Москва, 1996. 31 с.
5. Тогузова Д.А. Использование суточного мониторинга интрагастриальной кислотности в клинической практике. / Методические рекомендации. РГМУ. Москва, 1998. 16 с.

**СЕКЦИЯ №17.
КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.10)**

**СЕКЦИЯ №18.
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.13)**

**ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С
ПОСТГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Баранова М.М., Мелашенко Т.В.

Отделение лучевой диагностики и лучевой терапии, перинатальный центр ГБОУ ВПО СПб ГПМУ,
г. Санкт-Петербург

Актуальность: Перинатальное повреждение головного мозга у недоношенных детей представляет серьезную проблему современного здравоохранения. Внутричерепные кровоизлияния, а прежде всего внутримозговые кровоизлияния (ВЖК) гипоксического генеза занимают основное место в структуре перинатальных повреждений нервной системы у новорожденных и определяют заболеваемость этих детей в отдаленном периоде.

В современной неонатальной неврологии с применением методов нейровизуализации расширились возможности диагностики патологических изменений головного мозга перинатального периода. Нейросонография (НСГ) - наиболее распространенный и общедоступный метод первого этапа нейровизуализации недоношенных новорожденных, позволяющий своевременно диагностировать ВЖК.

Цель:

1. Определить возможности ультразвукового исследования в диагностике внутричерепных кровоизлияний у недоношенных новорожденных с постгипоксическим поражением головного мозга.
2. Выявить особенности развития ВЖК у недоношенных новорожденных в зависимости от возраста гестации этих детей.
3. Определить оптимальный срок проведения НСГ в диагностике ВЖК.
4. Выявить связь интранатальной гипоксии с риском развития ВЖК у недоношенных новорожденных различного гестационного возраста.
5. Провести оценку влияния ВЖК у недоношенных новорожденных на длительность проводимой респираторной терапии.

Все исследования выполнены на клинической базе Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

Группа обследованных: 50 недоношенных новорожденных (гестационный возраст 28-35 недель включительно, средний гестационный возраст составил 31, 62 ±2,36 недель) с постгипоксическим поражением головного мозга. Все обследованные новорожденные получали длительную респираторную терапию.

Методы исследования: традиционная нейросонография (НСГ), выполненная по общепринятой стандартной методике через большой родничок, по транстемпоральным трассам с использованием сагитального, фронтального, горизонтального срезов. НСГ исследование проведено с помощью линейного и микроконверсного датчиков (5 и 7, 5 Гц) на аппарате VOLUSON expert 750. НСГ выполнено всем недоношенным новорожденным группы исследования в первый день поступления на отделение анестезии и реанимации и интенсивной терапии новорожденных детей перинатального центра ГБОУ ВПО СПб ГПМУ, что соответствовало 1-3 дню жизни недоношенного ребенка. Повторное ультразвуковое исследование проводилось на 5-7 день пребывания ребенка в отделении.

Тяжесть внутримозговых кровоизлияний (ВЖК), выявленных методом НСГ, определена на основании классификации перинатальных кровоизлияний, предложенной Papile L.A. et al., 1978 года.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью прикладных программ «Microsoft office 2007».

Результаты исследования:

Клинико-антропометрическая характеристика группы обследования: в группе обследования преобладали мальчики (37 детей), средняя масса рождения недоношенных новорожденных составляла 1786 грамм (± 450). Родовспоможение оперативным путем проведено у 27 (54%) детей, многоплодная беременность отмечена в 9 (19%) случаях. Оценка состояния при рождении недоношенных детей по шкале Апгар на первой минуте составляла 5.77 баллов, на пятой минуте составляла 6.42 балла. Респираторные нарушения (пневмония, респираторный дистресс-синдром) отмечены у всех изучаемых детей.

Проведено нейросонографическое исследование с учетом кратности и сроков обследования всем детям, согласно протоколу.

ВЖК диагностировано у 27 детей (54%). Причем ВЖК первой - второй степени выявлено у 15 детей (31 ± 12 %), ВЖК третьей-четвертой степени выявлено у 12 (25 ± 10 %) детей. Субэпендимальные кисты в таламо-каудальной вырезке определялись у 4 (10 ± 8 %) недоношенных новорожденных. Субэпендимальные кисты, определяемые в таламо-каудальной вырезке, расценены как инволюция внутрижелудочкового кровоизлияния 1 степени из герминального матрикса.

У всех недоношенных новорожденных группы исследования ВЖК диагностированы методом краниальной сонографии к пятому дню жизни.

ВЖК 1-2 степени отмечались у 7 / 23% недоношенных детей со сроком гестации младше 32 недель и у 8 / 47 % со сроком гестации старше 32 недель. ВЖК 3-4 степени выявлено только у 1 (14%) ребенка с гестационным возрастом старше 32 недель, и у 11 (86%) с гестационным возрастом менее 32 недель.

Выявлена следующая зависимость возникновения ВЖК у обследованных детей от степени интранатальной гипоксии, которая оценивалась по шкале Апгар. ВЖК 1-2 степени регистрировалось у 4 / 31% детей с оценкой Апгар 6 / 6 баллов и ниже, у 11 / 32 % детей с оценкой Апгар 7 / 7 баллов и выше. ВЖК 3-4 степени определялось у 9/75% недоношенных детей с оценкой по шкале Апгар 6/6 баллов и ниже и у 3 / 25% детей с оценкой по шкале Апгар 7 / 7 баллов и выше.

Средняя продолжительность респираторной терапии детей с диагностированным ВЖК 1-2 степени методом НСГ составляла 8.3 суток, ВЖК 3-4 степени - 10,3 суток.

Выводы:

1. Ультразвуковой метод диагностики позволяет выявить внутричерепные кровоизлияния у недоношенных детей в период новорожденности, представленные ВЖК различных степеней тяжести. ВЖК диагностировано у большего (27 / 54%) числа новорожденных недоношенных с постгипоксическим поражением головного мозга в группе исследования.
2. ВЖК тяжелой степени (3-4 степени) развивалась преимущественно недоношенных новорожденных с возрастом гестации до 32 недель.
3. Проведение НСГ недоношенным новорожденным целесообразно выполнять до 5 дня жизни для своевременной диагностики патологии.
4. Зависимость возникновения ВЖК у недоношенных новорожденных от степени интранатальной гипоксии, определяемой оценкой по шкале Апгар, выявлена только у пациентов с кровоизлиянием 3- 4 степени.
5. Отмечено удлинение респираторной терапии у недоношенных детей с ВЖК тяжелой степени.

Список литературы

- 1) с. Антонов, А.Г. Пери/интравентрикулярные кровоизлияния новорожденных - профилактика возникновения и прогрессирования/ А.Г.Антонов, А.С.Буркова, Е.Н. Байбарина // Педиатрия. -1996.- №5. – С. 39-42.
- 2) Трофимова, Т.Н. Нейрорадиология / Т.Н. Трофимова, Н.И. Ананьева, А.К. Карпенко, Ю.В. Назинкина, под общей редакцией Т.Н.Трофимовой. – Спб.: Изд. Дом СПбМАПО , 2005. –
- 3) Трофимова, Т.Н. Лучевые исследования головного мозга плода и новорожденного./ Т.Н. Трофимова, А.С. Иова, Д.В. Воронин, А.Д. Халиков. – СПб: Балтийский Медицинский Образовательный Центр., Санкт-Петербург, 2011.

РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ТЕХНОЛОГИИ (¹H МРС) В ОПРЕДЕЛЕНИИ ВЫРАЖЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Буткова Л.А., Маликов Д.А., Новиков В.А., Александров Т.А., Вовченко Е.В., Тащилкин А.И., Иванов С.В., Поздняков А.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

Введение. С развитием новых высокоинформативных методов лучевой нейровизуализации, таких как протонная МР-спектроскопия (¹H МРС), был достигнут существенный прогресс в изучении демиелинизирующих процессов головного мозга, к которым относится рассеянный склероз (РС). ¹HМРС относится к неинвазивному методу исследования, основанному на свойствах ядер атомов водорода излучать МР-сигналы в магнитных полях высокой напряженности после воздействия на них радиочастотного импульса. МР-сигналы, полученные при различных патологических состояниях, позволяют судить о концентрациях метаболитов. Накопленный клинический опыт показал, что при помощи этого метода может быть получена дополнительная диагностическая информация, позволяющая выявить типичные сдвиги различных биохимических показателей головного мозга у пациентов с РС.

Цель исследования: определить возможности молекулярных технологий (¹H МРС) в определении выраженности метаболических изменений у пациентов с рассеянным склерозом.

Методы и общая характеристика материала: клинический материал охватывает обследование 30 пациентов в возрасте от 16 до 50 лет (15 женщин и 15 мужчин). Были выделены группы пациентов: 1) с ремитирующим типом течения (n=10), 2) с первично – прогрессирующим типом течения (n=10), 3) с вторично – прогрессирующим типом течения (n=10). Всем пациентам было выполнено 60 спектроскопических исследований. Диагноз заболевания был верифицирован по результатам комплексного клиничко - лабораторного исследования и динамического наблюдения при МРТ.

Основной методикой исследования головного мозга пациентов была многовоксельная ¹H МРС, которая выполнялась на высокопольных аппаратах (1,5 Тл и 3,0 Тл). Для определения распределения метаболитов по всему объему головного мозга начинали с рутинной МРТ, при которой определяли локализацию очагов в анатомических структурах. Изображение мозга получали в трех проекциях. По этим изображениям выделяли томографический срез головного мозга с наибольшим количеством очагов рассеянного склероза. И в этом месте проводили позиционирование объема при спектроскопии. Интенсивность сигнала пиков метаболитов измерялась в Фурье в трансформированном спектре для резонансов каждого из метаболитов. Полученные данные представлялись в визуальном и цифровом изображении. Для оценки состояния очагов РС использовались программы Steam (Stimulated Echo Acquisition Mode – режим получения стимулированного эхо), Press (Point – resolved Spectroscopy – метод локальной спектроскопии, использующий последовательность спинового эхо) и CSI (Chemical Shift Imaging – томографирование по химическим сдвигам). В процессе исследования получали концентрации следующих метаболитов: N – ацетиласпартат (NAA), холин (Cho), инозитол (Ins), креатин (Cr), липиды (Lipid). Контрольную группу составили волонтеры (n=10).

Результаты: Для неизмененного белого вещества головного мозга волонтера была определена характерная спектрограмма, включающая набор основных пиков метаболитов, которые имели четкую локализацию на оси абсцисс. Наиболее постоянную локализацию имели пики NAA-2,0 м.д. и пик Cr-2,8-3.1 м.д. Кроме основных пиков был выявлен пик маркер патологии, к которому был отнесен пик липидов.

Для всех пациентов с РС было характерно изменение концентраций и их соотношений у метаболитов NAA, холина и креатина, а так же появление пика липидов. Соотношения концентраций NAA/Cr, NAA/Cho, NAA/Cho+Cr так же менялись. Изменения концентраций метаболитов в большей степени были выражены в группе с вторично-прогрессирующим типом течения РС (ВП РС). Изменения концентраций при ВП РС относительно групп с ремитирующим (РР РС) и первично – прогрессирующим (ПП РС) типами течения отличались в среднем на 20%. Отчетливая корреляция была установлена между соотношением концентраций NAA/Cr и объемом поражения головного мозга в группе пациентов с ремитирующим типом течения РС. Подобная корреляция отсутствовала у пациентов с ВП РС. Изменения концентраций метаболитов при ПП РС в период обострения соответствовала данным полученным в группе ВП РС и при затухании процесса в группе РР РС. Степень прогрессирования заболевания и патологических изменений у всех пациентов с РС коррелировала с появлением пиков липидов, как одного из маркеров распада миелина. Наиболее выраженной эта корреляция была в группе ВП РС.

Выводы: полученные результаты позволяют в большинстве случаев выявить не только морфологические и биохимические изменения, которые подтверждают, что, несмотря на меньшие объемы поражения белого вещества мозга у пациентов с ВП РС по сравнению с пациентами РР РС, могут проявляться более выраженными неврологическими нарушениями. Кроме этого полученные результаты позволяют высказаться о том, что не только очаги демиелинизации, но и внешне не измененное белое вещество у пациентов с ВП РС имеет различные биохимические характеристики.

Список литературы

1. Гусев Е.И., Демина Т.Л., Бойко А.Н. / Рассеянный склероз. // М. – 1997.
2. Гусев Е.И., Завалишин И.А., Бойко А.Н. / Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания // Москва: Миклош - 2004. – 540 с.
3. И.Д.Столярова, А.Н.Бойко /РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, СПЕЦИАЛИСТЫ, СПб.: «Элби-СПб», 2008. – 320 с.

СРАВНЕНИЕ ДОСТОВЕРНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И МАММОГРАФИИ, КАК СКРИНИНГОВЫХ МЕТОДОВ, ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ У ЖЕНЩИН, РАБОТАЮЩИХ НА ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОМ ТРАНСПОРТЕ

Балашов А.Т., Васильев В.А., Востокова О.Л., Ларионова В.А., Макаров А.С., Румянцев А.В., Цеханович К.Б.

Петрозаводский государственный университет, НУЗ «ОКБ на ст. Петрозаводск» ОАО «РЖД», г.Петрозаводск

Мировая статистика свидетельствует о росте числа заболеваний молочной железы (МЖ). Так, по данным Всемирной организации здравоохранения в мире ежегодно заболевают раком молочных желез свыше 1 млн. женщин, при этом прогнозируется ежегодный рост заболеваемости [4,6]. И в нашей стране рак МЖ является самым распространенным онкологическим заболеванием у женщин. Наиболее частым доброкачественным заболеванием МЖ, по данным статистики, является фиброзно-кистозная мастопатия, которая встречается у 30-40% женщин, преимущественно в возрасте 40-45 лет.

Для своевременной диагностики заболеваний МЖ, и, в первую очередь, злокачественных новообразований, в настоящее время требуются эффективные программы скрининга. До недавнего времени рентгеновская маммография (РМ) считалась наиболее надежным скрининговым методом выявления рака МЖ до того момента, когда опухоль становится пальпируемой. Именно скрининговая РМ привела к изменению стадийности выявляемых опухолей МЖ и выявлению образований небольших размеров [5]. Однако анализ литературных источников свидетельствует о том, что при РМ хорошо визуализируются структурные изменения тканей, но при этом ее эффективность снижается при наличии опухолей малых размеров на фоне плотных железисто-фиброзных структур [1,2]. По данным ряда авторов, имеется существенная зависимость эффективности РМ от возраста обследуемых женщин [6,7].

Техническое развитие ультразвуковой аппаратуры, появление высокочастотных датчиков (10-16 МГц) с достаточной глубиной проникновения (0,5-5,0 см), возможностью динамической фокусировкой изображения позволило более широко использовать ультразвуковые исследования в диагностике заболеваний МЖ.

Ультразвуковая маммография (УЗМ) является безопасным и высокоинформативным методом исследования МЖ. Его отличает хорошая переносимость, возможность изучения тканей молочных желез во многих проекциях, визуализация состояния мягких тканей в ретромаммарном пространстве [3].

В связи с неоднозначностью данных различных исследований, а также учитывая, что в нашей стране не только маммография, но и ультразвуковое исследование МЖ широко используются как скрининговые методы, безусловный интерес представляет сравнение их диагностической эффективности.

Цели и задачи. Оценить уровень достоверности РМ и УЗМ при проведении массовых профилактических осмотров, у женщин, работающих на железнодорожном транспорте, используя показатель частоты выявления заболевания.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты обследований 192 женщин, у которых была выявлена различная патология МЖ при проведении плановых ежегодных профилактических осмотров (согласно приказа № 302 Министерства здравоохранения РФ), включающих РМ и /или УЗМ. Из них у 120 женщин

патология молочных желез была выявлена при УЗМ (они составили 1 группу обследованных, 62,5%), у 49 – при РМ (они составили 2 группу пациенток, 25,5%), у 23 женщин (3 группа, 12%) – при использовании двух методов исследования (РМ и УЗМ).

Исследования проводились на базе отделения ультразвуковой диагностики и рентгенологического отделения НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Петрозаводск» ОАО «РЖД». Обследованные отбирались методом «слепой» выборки за одинаковый полугодовой промежуток времени. Средний возраст женщин в трех группах составил 46,7 года.

Ультразвуковые исследования молочных желез выполнялись на ультразвуковых сканерах «En Visor» производства «Philips» и «Acuson 2000» производства Siemens. Использовался линейный мультисекторный датчик с рабочим диапазоном частот 5-12 МГц. Исследование проводилось по стандартной методике, включающей в себя осмотр МЖ по квадрантам. Скрининговая маммография выполнялась на пленочном маммографе «Planmed Sophie» производства Planmed Oy. Исследование проходило по стандартной методике, снимки выполнялись в прямой краниокаудальной и косой медиалатеральной проекциях, технические параметры устанавливались в автоматическом режиме.

Результаты и обсуждения. Из 192 обследованных женщин с различной патологией МЖ у 13 (6,8%) были выявлены ультразвуковые или рентгенологические признаки опухолевого поражения МЖ. Во всех случаях узловых образований пациентам проводилась тонкоигольная пункционная биопсия под ультразвуковым контролем для морфологической верификации. У 138 женщин (71,9%) выявлены признаки фиброзно – кистозной мастопатии. В 37 случаях (19,3%) были обнаружены жидкостно содержащие образования (кисты) МЖ. У небольшого числа обследованных (4 женщины, 2%) выявлен сочетанный характер патологии комбинация фиброзно – кистозной мастопатии и опухолевого процесса.

В 1 группе женщин, у которых была выполнена только скрининговая УЗМ, признаки опухолевого поражения МЖ обнаружены в 5,8 % случаев (7 пациенток), кистозное поражение определялось у 18,3% обследованных. (22 пациентки). Признаки кистозно-фиброзной мастопатии выявлены в 74,3 % случаев (89 женщин), сочетанный характер патологии определялся у 1,6% женщин (2 случая).

Во 2 группе женщин, у которых была выполнена только скрининговая РМ, признаки опухолевого поражения МЖ обнаружены в 4,1% случаев (2 обследованных). Кистозное поражение определялось у 24,5% женщин (12 пациенток). Признаки кистозно – фиброзной мастопатии выявлены в 69,4% случаев (34 пациента). Сочетанный характер поражения МЖ определялся у 1 пациентки (2%).

В 3 группе обследованных, которым проводилось УЗМ, и РМ признаки опухолевого поражения МЖ обнаружены в 17,3% случаев (4 женщины). Кистозное поражение определялось у 13,1% обследованных (3 пациентки). Признаки фиброзно-кистозной мастопатии выявлены в 65,2% случаев (15 женщин). Сочетанный характер выявленных изменений диагностирован у 4,4% женщин (7 пациенток).

При проведении исследований у лиц более молодого возраста (40-45 лет), когда в молочной железе преобладала железистая ткань, при проведении РМ возникали трудности в дифференциальной диагностике опухолевого поражения, кистозно-фиброзной мастопатии. У лиц старше 45 лет выявление данной патологии не представляло больших проблем. УЗМ было более информативно в дифференциальной диагностике кист во всех возрастных группах.

Выводы.

1. УЗМ и РМ являются высокоинформативными методами в скрининговой диагностике заболеваний МЖ.
2. При проведении плановых профилактических осмотров МЖ целесообразно лицам более молодого возраста выполнять УЗМ, женщинам старше 45 лет РМ.
3. УЗМ является более информативным методом, чем РМ при дифференциальной диагностике солидных и жидкостных образований, доброкачественных и злокачественных процессов в МЖ во всех возрастных группах.
4. Во всех случаях выявления опухолевого поражения МЖ, а также кист с подозрением на атипию, необходимо проводить тонкоигольную аспирационную биопсию под контролем УЗИ для морфологической верификации.

Список литературы

1. Бухарин Д. Г. Ультрасонография и рентгеновская маммография в диагностике рака молочной железы, развившегося на фоне мастопатии / Д. Г. Бухарин, С. А. Величко, И. Г. Фролова // Сибирский медицинский журнал. – Т. 27. – № 1. – 2012. – С. 99-102.
2. Бухарин Д. Г. Особенности маммографической визуализации "малых" форм рака молочной железы, развившегося на фоне фиброзно-кистозной болезни / Д. Г. Бухарин [и др.] // Вопросы онкологии. – 2011. – Том 57. – № 5. – С. 664-667.

3. Заболотская Н. В. Новые технологии в ультразвуковой маммографии / Н. В. Заболотская, Н. Н. Заболотский // М.: Стром. – 2010. – 256 с.
4. Кампова-Полевая Е.Б. Клиническая маммология. Современное состояние проблемы / Е. Б. Кампова-Полевая, С. С. Чистяков. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2006. – 512 с.
5. Комарова Л. Е. Скрининговая маммография рака молочной железы. За и против? // Сибирский онкологический журнал. – № S2. – 2008. – С. 9-14.
6. Корженкова Г. П. Скрининг рака молочной железы / Г. П. Корженкова, Л. Н. Курдюкова, О. В. Иванкина // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина. – 2004 – Т. 15. – № 1-2. – С. 53-56.
7. Соколова Н. П. Маммография в диагностике заболеваний молочной железы / Н. П. Соколова, В. П. Кулешова // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2012. – № 1. – С. 168-171.

СЕКЦИЯ №19.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.00)

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С КЕТОНЕМИЕЙ

Каминская Л.А, Гирина К.Д., Бочкова Л.Р.

Уральский государственный медицинский университет, г.Екатеринбург

Своевременная диагностика возникновения кетонемического состояния у беременной женщины является чрезвычайно актуальной проблемой в связи с сохранением здоровья, предупреждением угрозы прерывания беременности и возникновения патологии развития плода. Мониторинг этих состояний является обязательным, поскольку отмечено, что гестационный диабет может проходить без явных клинических симптомов, сопровождающих гипергликемию [6]. Кетонемия и кетонурия могут возникнуть на ранних и поздних этапах беременности. Причины появления этих нарушений, особенно в самом начале беременности, до сих пор окончательно не выяснены

Цель исследования. Выявление возможных сопутствующих кетонемии изменений биохимических показателей крови с целью прогнозирования состояния беременной женщины и для расширения представлений о механизме развития этого состояния.

Материалы и методы исследования. Проведен по историям болезней ретроспективный анализ данных биохимических исследований крови 20 беременных женщин без соматических заболеваний, у которых выявлена кетонемия в разные сроки гестации: ранние 9-10 недель (1 группа, 10 пациенток), 18-20 недель (2 группа, 10 пациенток) и 28 беременных женщин в более поздние сроки-30 недель (3 группа, 9 пациенток) и до 40 недель (4 группа, 19 пациенток), которые находились в гинекологическом отделении стационара ГБУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ» им. П.Д. Бородина, Свердловская область. Для обсуждения использованы результаты тех исследований крови, которые были проведены в клинике по стандартной программе проведения анализов крови и мочи в случае обнаруженной кетонурии.

Обсуждение результатов. Анализ историй болезни не выявил значительных отклонений биохимических показателей крови от нормы во всех группах, величины рН мочи смещены незначительно в кислую сторону (Табл. 1).

Таблица 1

Результаты биохимических исследований крови

Показатели	Норма	Группы пациентов			
		1	2	3	4
моча					
Кетоновые тела (ммоль/л)	20-50мг/сут	2,0±1,0	2,0±1,3	1,06±0,50	1,13±0,42
рН мочи	5,0-7,0	6,22±0,87	5,83±0,49	5,72±0,59	6,26±0,35
кровь					

Белок общий (г/л)	70-90	70,6±3,2	70,6 ±2,6	71,7±1,6	66,3±2,0
Глюкоза (ммоль/л)	4,22-6,11	4,4±0,45	4,8±1,14	4,88±0,33	4,82±0,26
Мочевина (ммоль/л)	2,5-6,4	3,46±0,49	3,49±0,57	2,96±0,33	2,98±0,25
Билирубин (мкмоль/л)	6,4-17,1	7,7±2,29	9,7±1,95	7,2±1,46	8,33±1,00
АСТ (МЕ)	До 40	22,6±6,6	20,9±1,65	19,6±2,5	16,6±1,98
АЛТ (МЕ)	До 30	16,8±3,4	18,35±2,8	12,93±2,7	13,9±2,2

Содержание общего белка, глюкозы, билирубина, величины активности ферментов АЛТ, АСТ коэффициента де Ритиса свидетельствуют об отсутствии в печени нарушений метаболических процессов и функций детоксикации. Достоверных отличий в показателях кетонурии в разные сроки гестации не выявлено. В тоже время у пациенток 1 и 2 групп зафиксировано наличие рвоты (1 степени тяжести, до 3 - 4 раз в сутки), которая типична для развития кетонемического состояния. *Развитие кетонемии на фоне нормогликемии – особенность изменения интеграции метаболизма в группах беременных, истории болезни которых были проанализированы в данной работе.*

Для объяснения развития кетонемии на первых этапах беременности можно привлечь механизм, связанный изменением в ранние сроки гормонального фона, к которому организм еще не адаптирован. Состояния рвоты могут совпадать с пиками выделения хорионического гонадотропина и недостаточностью эстрогенов. Подтверждением являются исследования динамики секреции хорионического гонадотропина (ХГЧ) в разные сроки беременности (рис.1). Одновременно происходит снижение секреции кортикостероидов и повышение активности парасимпатической нервной системы [2,3]. Далее начинается последовательное развитие патохимических процессов.

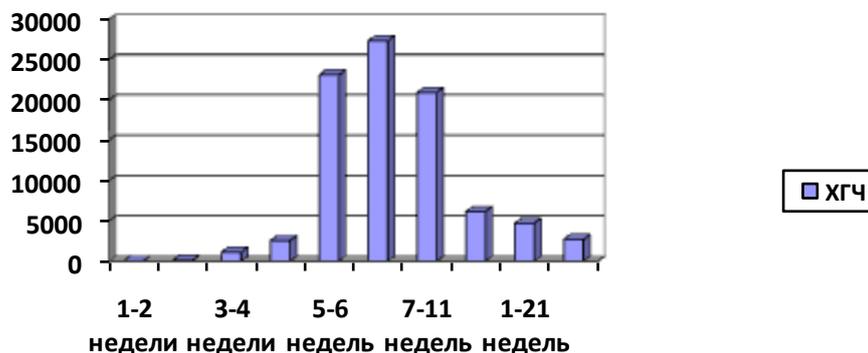


Рис.1 Динамика секреции хорионического гонадотропина в разные сроки беременности [5]

Дисбаланс гормонального фона, вызванный недостаточностью эстрогенов и пиком ХГЧ, вызывает снижение кортикостероидов → снижение секреции кортикостероидов приводит к использованию липидов в обеспечении энергетического обмена, нарастает образование кетоновых тел, которые не полностью используются в тканях из-за недостатка углеводов, развитие ацидоза сопровождается появлением рвоты → рвота приводит к дегидратации и потери электролитов, ввиду этого снижается скорость клубочковой фильтрации и суточный диурез → в плазме крови возникает увеличение концентрации калия и натрия из-за снижения объема внутриклеточной жидкости → на фоне ацидоза может возникнуть потеря аппетита и голодание → развивается ответная стрессовая реакция → увеличивается скорость липолиза, что ведет к катаболизму жирных кислот, избыточному кетоногенезу.

У обследованных беременных женщин 3 и 4 групп выявлен более низкий уровень мочевины, который может свидетельствовать о снижении активности ферментов цикла мочевины как следствие развивающегося в гепатоцитах энергодефицита. Уровень глюкозы (ммоль/л) в пределах референтных значений (4,88±0,33 и 4,82±0,26) позволяет исключить гестационный сахарный диабет, несмотря на присутствие кетоновых тел в моче. В норме в суточной порции мочи допускается содержание кетоновых тел в пределах 25-50 мг, при однократном

определении эти метаболиты отсутствуют, не обнаруживаются. У обследованных пациенток количество кетоновых тел (ммоль/л) в моче равно $1,06 \pm 0,50$ и $1,13 \pm 0,42$ (соответственно 3 и 4 группы).

Можно предположительно составить патогенетическую схему изменений: в последний триместр беременности метаболические процессы в организме будущей матери перестраиваются → концентрация антагониста инсулина плацентарного лактогена к 36-37-й неделе беременности достигает максимума → под его влиянием снижается использование глюкозы периферическими тканями → формируется инсулинорезистентность → плод получает возможность более эффективно усваивать глюкозу из крови → компенсаторно усиливается липолиз, периферические ткани для выработки энергии начинают использовать жирные кислоты и кетоновые тела → возникает типичная для развития кетонемии диспропорция между содержанием кетоновых тел крови и оксалоацетата в тканях. Усиление гипоксии, характерной для последнего триместра, исключает эффективное использование кетоновых тел, развивается диагностируемые кетонемия и кетонурия. Кетокислоты проходят через плаценту, ацидоз у матери всегда сопровождается развитием ацидоза у плода, формируется лактацидоз, гипоксия, нарушение функции миокарда, вплоть до остановки сердца [1]. Кетонемия во время третьего триместра может стать причиной перинатальных потерь [4,7]. Негативное воздействие на метаболические процессы у ребенка вызывает последствия, которые могут продолжаться и после рождения.

Заключение. Спокойная картина биохимических показателей крови у обследованных женщин не должна переключать внимание врачей от происходящего кетогенеза, поскольку кетонемия требует неотложной терапии.

Список литературы

1. Гот И.Б., Шифман Е.М. Диабетический кетоацидоз у беременных: аспекты анестезиологического обеспечения родоразрешения (Электронный ресурс. Режим доступа: <http://www.critical.ru/actual/IT/diab.htm>).
2. Дубская О.П., Бондаренко Л.А., Черных Г.А. Ранний токсикоз беременных: возможности терапии [Текст] // Лечащий врач. - 2007. - №4. - С. 80-81.
3. Дубская О.П., Бондаренко Л.А., Черных Г.А. Патогенез, диагностика и новые возможности терапии раннего токсикоза беременных [Текст]. // Фарматека. - 2007. - №8/9. С.76-80.
4. Краснопольский В.И., Петрухин В.А., Бурмукулова Ф.Ф. Гестационный диабет: новый взгляд на старую проблему // Акушерство и гинекология. - 2010г. - №2.
5. Скороходова Т.Г., Удовичина Т.И., Матушкина С.В., Фадеев С.В. Биохимические показатели при физиологической беременности [Электронный ресурс] (Режим доступа: <http://www.rusmg.ru/php/content.php?id=817>).
6. Рагозин А.К., Арбатская Н.Ю., Демидова И.Ю., Колегаева О.И. Гестационный сахарный диабет: патогенез, диагностика, протокол ведения (режим доступа <http://www.med-m.su/stati/gestatsionniy-sacharniy-diabet-patogenez-diagnostika-protokol-vedeniya>).
7. Шибанова Е.И., Мурашко Л.Е., Дегтярева Е.И. Современные представления об инсулинорезистентности вне и во время беременности // Акушерство и гинекология. - 2009г. - №6. С. 6-8.

СЕКЦИЯ №20.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.06)

СЕКЦИЯ №21. МЕДИЦИНА ТРУДА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.04)

ОПЕРАТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ - КАК СРЕДА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РИСКА ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Марченко Д.В.

Иркутский государственный медицинский университет, г.Иркутск

Органы внутренних дел Российской Федерации (ОВД РФ) выполняют важнейшую государственную функцию по защите жизни, здоровья, прав и свобод граждан (Указ Президента РФ от 24.12.2009 г. № 1468). С учетом особенностей социально-экономического развития и изменения криминогенной обстановки в обществе за последние пять лет, МВД РФ провело организационные и правовые мероприятия, направленные на оптимизацию существующих структур. В связи с этим решение задач по обеспечению стабильности и общественной безопасности в 2009-2014 гг. МВД РФ и его сотрудникам приходится в условиях дополнительных нагрузок.

Тенденция сокращения численности ОВД затрагивают все подразделения системы МВД, в число которых входят и подразделения, осуществляющие оперативную деятельность.

В подобных условиях оперативная деятельность объективно является одним из наиболее важных элементов социального и профессионального характера. Во многих случаях оперативная деятельность выступает в качестве единственного средства противодействия криминогенным процессам, нейтрализация которых с помощью мер административно-служебного либо воспитательно-профилактического характера, практически невозможна.

Основываясь на понимании оперативной деятельности - как разновидности социально полезной человеческой профессиональной деятельности (Синилов Г.К., 2001; Горяинов К.К., 2004; Шумилов А.Ю., 2006, 2007; Овчинский В.С., 2004, 2011), нам видится обоснованным при проведении данного исследования оперировать обобщающим и широким понятием «оперативной деятельности», определяя ее как комплексный вид государственной деятельности, содержанием которой является система поведенческих актов ее участников, осуществляемых в соответствии Федеральным законодательством и ведомственными нормативно-правовыми и методическими основами для достижения поставленных целей и задач социально-обусловленного характера.

В качестве общих типичных признаков оперативной деятельности следует выделить ее социальную обусловленность, государственно-политический, профессионально-сыскной и правоохранительный характер, а также удостоверительно-поисковую направленность (Овчинский В.С., 2004), выражающиеся в конкретности действий в определенный исторический период деятельности. Иными словами, оперативная деятельность представляет собой крайнее, вынужденное средство защиты социума от антиобщественных проявлений. Она осуществляется только при наличии объективного затруднения или невозможности защиты человека и общества от преступных посягательств посредством реализации иных законных средств.

Многообразие аспектов оперативной деятельности подразделений МВД структурно выглядит следующим образом:

- непосредственно практическая деятельность, направленная на применение специальных сил и средств для защиты охраняемых объектов;
- составляющая информационной работы, предназначенной для обеспечения потребностей государственных органов власти России;
- организационная деятельность, реализуемая в управлении практической работой оперативников;
- научная работа;
- педагогическая деятельность, призванная применять полученные наукой знания в практической оперативной деятельности.

В настоящее время в деятельности сотрудников данного направления максимально учитывается и апробируется зарубежный опыт, прежде всего, характерный для деятельности ФБР Министерства юстиции США, что приводит, помимо профессиональной, и к дополнительной нагрузке на сотрудников соответствующих подразделений, ввиду того, что апробация инноваций всегда создает повышенную степень риска для психологического и физического здоровья человека (Шнейдер Л.Б., 2011).

Обобщая анализ специфики профессиональной деятельности сотрудников оперативных служб МВД РФ, можно выделить следующие ключевые факторы, имеющие, на наш взгляд, тесную взаимосвязь с картиной профессионально обусловленной заболеваемости работников данной категории, ее развитием и усугублением в актуальных условиях:

- в круг профессиональных обязанностей сотрудников МВД как субъектов государственного органа исполнительной власти, деятельность которого имеет высокую социальную значимость, входит широкий спектр ответственных задач в федеральном, региональном и локальном масштабе;

- деятельность оперативных работников МВД РФ сочетает оперативно-розыскную и процессуальную функции, аналитическую, коммуникационную деятельность, методическую деятельность, деятельность на местах по осуществлению оперативных мероприятий (в т.ч. мероприятий быстрого реагирования), оперативную деятельность по внедрению и работе под прикрытием в условиях высокого риска для жизни и здоровья, деятельность, связанную с широким спектром инновационных технических устройств, воздействующих на человеческий организм;

- работа сотрудников большинства оперативных подразделений сочетает как малоподвижный образ деятельности (так называемую сидячую работу), так и активный образ деятельности (выездная работа);

- целевая и предметная направленность деятельности оперативных подразделений МВД, направленная на обеспечение подконтрольности криминальной среды и роста ее уровня, в том числе отдельных лиц и сообществ, профессионально занимающиеся противоправной деятельностью, позволяет закономерно отнести оперативную деятельность к числу высоко стрессогенных и оказывающих многофакторное негативное воздействие на психологическое и в целом биологическое здоровье человека.

Необходимо отметить, что исследования в данной области регулярно проводятся как специалистами Лаборатории медицинских проблем МВД РФ (Прыгунов П.Я., 2003, 2009), так и независимыми экспертами (Калягин Ю.С., Ениколопов С.Н., 2010; Калашникова М.М., 2009 и др.), в результате чего в настоящее время определены необходимые психологические качества, умения и способности для эффективной реализации оперативным сотрудником своих функциональных обязанностей.

Служебная деятельность личного состава оперативных подразделений МВД РФ, зачастую сопряжена с повышенной ответственностью, высокими психическими и физическими перегрузками, работой в экстремальных условиях, под давлением сжатых сроков, ненормированного рабочего дня и стресса, в некомфортных профессиональных, недостаточно обеспеченных материальных, организационных и кадровых условиях, что нередко вызывает разного рода негативные психологические последствия и физиологические деформации как у оперативного, так и у руководящего состава.

Специфичным стрессогенным фактором для профессиональной деятельности оперативных сотрудников является режим ожидания при несении суточного дежурства

Следует особо подчеркнуть тот факт, что достаточно часто работа сотрудников оперативных подразделений сопряжена не только с риском ухудшения их здоровья, но и с непосредственным риском для их жизни, что в отличие от других подразделений свойственно и руководящему оперативному составу, во многих случаях принимающему участие в практических выездных мероприятиях по пресечению преступных деяний и задержанию виновных лиц (Зилов В.Г., Кудяева Л.М., Смекалкина Л.В., 2005; Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Шальнова С.А., 2005; Шогенов А.Г., Муртазов А.М., Эльгаров А.А., 2007; Биккинина Г.М., Мингазова Л.Р., 2011; Буш М.П., 2012).

Таким образом, работу оперативных сотрудников МВД РФ можно отнести к опасной, экстремальной и стрессогенной коллективной деятельности. Поэтому можно говорить о том, что проблема профессионально обусловленной заболеваемости, ее профилактики в деятельности сотрудников оперативных подразделений МВД РФ, будучи по содержанию медико-психологической, по своей значимости является социальной проблемой, и ее решение влияет на состояние общества в целом (Пряхина Е.П., 2011).

Проблема профессионального здоровья оперативных работников МВД РФ в настоящее время настолько значима, что необходимым является создание нового направления психолого-медико-социальной профилактики и восстановления здоровья данной категории.

В этой связи возникает объективная необходимость проведения специализированного исследования картины профессионально обусловленной заболеваемости сотрудников оперативных подразделений МВД РФ и разработки методических мер по ее преодолению.

СЕКЦИЯ №22. НАРКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.27)

АБСТИНЕНТНЫЙ ГЕРОИНОВЫЙ СИНДРОМ И ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ

Александров С.Г., Корытов Л.И., Сусликова М.И.

Иркутский государственный медицинский университет, г.Иркутск

Официальные статистические данные указывают, что в Российской Федерации из числа наркопотребителей примерно 75,0% (6 млн. человек) употребляет наркотики каннабисной группы, 15,0% (1,5 млн. человек) – психостимуляторы и 9,0% (800 тыс. человек) – наркотики опийной группы (данные Правительства РФ от 4 марта 2013 г. № 294-р). В государственной программе РФ «Противодействие незаконному обороту наркотиков» (2013 г.) приводятся данные опросов наркопотребителей, согласно которым, из числа опрошенных 18,0% считают, что не смогут самостоятельно отказаться от наркотиков, 5,3% - не собираются отказываться, 22,8%- убеждены, что вылечиться от наркомании практически невозможно, а 23,8% - вылечиться от болезни можно только принудительно.

Оперативная обстановка в Иркутской области, связанная с употреблением наркотических средств и психотропных веществ, остается весьма сложной. По данным Министерства здравоохранения, в Иркутской области на 1 июля 2014 года на диспансерном учете состояло 10653 человека потребляющих наркотики. На профилактическом учете в медучреждениях области состоит 3918 человек, в том числе 282 несовершеннолетних. В текущем году в лечебные учреждения было доставлено 844 лица и зарегистрировано 68 смертей по причине передозировки наркотическими средствами и психотропными веществами. На заседаниях Административного и Общественного советов по проблемам противодействия распространению наркомании среди населения Иркутской области при Правительстве Иркутской области многократно отмечалось, что в среде учащейся молодежи, в силу ментальных и моральных причин, степень ее наркотизации является скрытой от объективной оценки. Это является чрезвычайно тревожным признаком, так как наркомания не обошла стороной перспективную и интеллектуальную часть общества. Все сказанное выше указывает, что злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) в последние десятилетия не снижает своей актуальности.

Наиболее часто используемый для внутривенного введения наркотиком является героин (диацетилморфин, ДАМ). До 90,0-91,0% больных, обратившихся за стационарной наркологической помощью, представлены героинзависимыми наркоманами. Продолжительные катamnестические наблюдения свидетельствуют о высокой частоте рецидивов среди данной категории больных. Это указывает на то, что, несмотря на установление общих биологических закономерностей развития зависимости от ПАВ, знания о конкретных патогенетических механизмах данной патологии недостаточны. Мало разработаны и механизмы формирования наркотической зависимости на системном уровне, что необходимо для объяснения не только физической зависимости, но и психофизиологической зависимости, а также для повышения саногенетического уровня проводимых лечебных мероприятий в реабилитационных учреждениях.

Нами было обследовано 246 человек, проходивших курс стационарного лечения в Иркутском областном психоневрологическом диспансере (ИОПНД) по поводу купирования острых симптомов опийного (героинового) абстинентного синдрома.

Для оценки функционального состояния больных использовался комплекс методов, позволяющих оценить состояние вегетативного гомеостаза (вариационная пульсометрия, ортоклиностагическая проба и т.д.) (Вейн А.М., 2000), психофизиологического статуса (аутохронометрия, время реакции, тремометрия) и биохимические показатели (содержание гормонов щитовидной железы, кортизола, пролактина).

Анализ полученных результатов исследований выявил, что за период госпитализации (15 – 16 дней) у больных героиновой зависимостью не происходит полного восстановления психофизиологических и вегетативных функций, а также нормализации ведущих нейроэндокринных систем организма – гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной. У наркозависимых, в состоянии героиновой абстиненции, возникают нарушения корково-подкорковых взаимоотношений, выражающиеся в рассогласовании внутрисистемных и межсистемных механизмов регуляции соматовегетативных функций с преобладанием центральных уровней управления над автономными.

На основании представлений теорий функциональных систем П.К.Анохина(1975) и патологических систем Г.Н.Крыжановского (2002), можно предположить, что данная совокупность симптомов при героиновой

зависимости есть проявление изменений взаимодействия компонентов в функциональной системе с формированием патологической системы, для которой характерно наличие патологических детерминант в системе подкрепления мозга с участием прилежащего ядра (n. accumbens).

Активная физиологическая система (система подкрепления), благодаря действующему стимулу в виде ДАМ и пусковому влиянию со стороны интегративного контроля ЦНС, преобразуется в патологическую систему (ПС) непреодолимого влечения и приобретает доминантное значение по отношению к другим системам. Можно предположить, что патологическая система влечения есть также результат сопряженного торможения структурно-функциональных образований, не принимающих участия в реализации наркотической потребности на основе, как их непосредственного ингибирования, так и снижения общего функционального состояния ЦНС.

Появление физической зависимости свидетельствует о формировании комплекса патологических систем, характерных для героиновой наркомании. Развитие абстинентного синдрома является не только попыткой организма изменить наркотический гомеостаз, но и началом распада, дезинтеграции образовавшихся патологических систем и активации механизмов выздоровления.

Исходя из полученных нами результатов и их динамики в процессе купирования абстинентного синдрома, за 15–16 дней редукции сформировавшихся патологических систем при героиновой наркомании не происходит, отмечается лишь тенденция к их дезинтеграции. Практически не восстанавливаются до уровня контроля вегетативные функции, большинство психофизиологических и биохимических показателей.

Известно, что наркомании имеют мультикаузальную природу и являются заболеванием, при котором поражаются многие органы и системы организма. Патологические системы при полисистемной патологии могут находиться в положительных и отрицательных взаимоотношениях, при этом положительные взаимосвязи повышают их устойчивость (Крыжановский Г.Н., 2002).

В нашем исследовании к окончанию наблюдений общее число связей уменьшалось, но их сила в большинстве случаев увеличивалась. В частности, у больных количество сильных и средней силы положительных корреляционных связей между изучаемыми показателями в период пребывания в стационаре увеличивалось по сравнению с контрольной группой. На основании этого можно утверждать, что в результате образования множества положительных взаимосвязей в процессе лечения происходит не дезинтеграция, а повышение устойчивости патологических систем.

В поддержании высокой резистентности ПС при героиновой зависимости определенную роль играет один аспект, отмеченный И.П. Анохиной (2001, 2002). Она указывала, что зависимость от ПАВ принципиально отличается от других заболеваний. Если человек чем-то болен (кроме алкоголизма, наркоманий, токсикоманий), то он, как правило, активно стремится вылечиться. При зависимости от психоактивных веществ лишь небольшая часть больных хочет избавиться от болезни, а значительная – не желает, если нет каких-то катастрофических последствий. Это нежелание является причиной малого успеха и низкой эффективности терапии.

Действительно, в нашем исследовании, многие больные старались прервать лечение сразу после купирования наиболее тяжелых симптомов абстиненции. Отмечались неоднократные «возвращения» больных в клинику с целью снижения среднесуточной дозы наркотика.

На основании проведенного исследования мы констатируем, что у большинства наркологических больных не формируется активная доминирующая мотивация на излечение. При проведении фармакотерапии у таких больных происходит попытка образования искусственной, «медикаментозной» доминанты. Эта доминанта как бы навязывается больному при отсутствии активной установки на лечение. Безусловно, это не способствует дезинтеграции ПС непреодолимого влечения и активации саногенетических механизмов.

Список литературы

1. Анохин, П.К. Очерки по физиологии функциональных систем / П.К. Анохин. – М.: Медицина, 1975. – 201 с.
2. Анохина, И.П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез) / И.П. Анохина // Лекции по наркологии. – М.: Медпрактика, 2001. – С. 13–32.
3. Анохина, И.П. Участие нейропептида холецистокинина в механизмах регуляции эмоций и влечений / И.П. Анохина, Т.В. Проскуракова // Вестник РАМН. – 2002. – №6. – С. 36–40.
4. Вегетативные расстройства: клиника лечение диагностика / под ред. А.М. Вейна. – М.: Мединформ. агентство, 2000. – 752 с.
5. Крыжановский, Г.Н. Общая теория патофизиологических механизмов неврологических и психопатологических синдромов / Г.Н. Крыжановский // Журнал неврологии и психиатрии. – 2002. – №11. – С. 4–13.
6. Крыжановский, Г.Н. Патологические системы в деятельности ЦНС / Г.Н. Крыжановский // Вестник РАМН. – 2002. – №6. – С. 18–23.

**СЕКЦИЯ №23.
НЕЙРОХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.18)**

**СЕКЦИЯ №24.
НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.11)**

**СЛУЧАЙ КРИПТОГЕННОЙ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ПАЦИЕНТКИ С
ДИССОЦИАТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Полянский Р.В., Гарабова Н.И., Ноздрюхина Н.В., Струценко А.А.

Российский университет дружбы народов, г.Москва

В связи с высокой распространенностью и большой социальной значимостью эпилепсия является важнейшей клинической и междисциплинарной проблемой. По оценкам ВОЗ, доля людей, страдающих эпилепсией в активной форме (то есть с продолжающимися приступами и/или потребностью в лечении) на данный момент составляет от 4 до 10 на 1000 человек. Однако ряд исследований, проведенных в развивающихся странах, позволяет предположить, что эта доля варьируется от 6 до 10 на 1000 человек. Таким образом, во всем мире эпилепсией страдают около 50 миллионов человек. Среди заболеваний головного мозга по распространенности эпилепсия занимает третье место и, наряду с рассеянным склерозом и болезнью Паркинсона является одной из «больших» болезней неврологии. В то же время эпилептические припадки различного генеза (гипоксические, токсические, на фоне кровопотери и т.д.) встречаются чаще. По современному определению Международной противосудимической лиги и Международного бюро по эпилепсии 2005 г. (ILA E, IBE, 2005), «эпилепсия – это расстройство (заболевание) головного мозга, характеризующееся стойкой предрасположенностью к генерации (развитию) эпилептических припадков, а также нейробиологическими, когнитивными, психологическими и социальными последствиями этого состояния».

Представление об этиологии эпилепсии основывается на двух основополагающих факторах – наследственной предрасположенности и органического поражения головного мозга. Однако каждый фактор должен быть реализован при определенных условиях. Наследственная предрасположенность к эпилепсии, скорее всего, связана с полигенным типом наследования. Частота семейных случаев среди родственников пробандов варьирует от 5 до 45%. В настоящее время картированы гены всего лишь при нескольких формах идиопатической эпилепсии. По видимому, наследуется не само заболевание, а различные особенности метаболизма, приводящие к наличию повышенной возбудимости нейронов головного мозга и, возможно, ГАМК-эргической недостаточности. Другим ведущим фактором в этиологии эпилепсии является органическое повреждение мозга, после которого образуется эпилептогенный очаг – нейродеструктивное поражение. Структурные изменения головного мозга могут быть связаны с дизонтогенезом, антенатальными поражениями ЦНС, вследствие вирусных инфекций и паразитарных заболеваний. В постнатальном периоде основное значение приобретают повреждения головного мозга, связанные с черепно-мозговой травмой, инфекциями ЦНС, метаболическими расстройствами, токсическими факторами, тяжелыми пролонгированными судорогами различного происхождения.

Важным звеном патогенеза эпилепсии является триггерный механизм. При идиопатической генерализованной эпилепсии основная роль в работе триггерного механизма отводится неспецифическим ядрам зрительного бугра. При симптоматической эпилепсии главная роль принадлежит нейронам, располагающимся в области эпилептогенного поражения и находящимся обычно на его периферии. Эпилептические нейроны в своей совокупности образуют эпилептический очаг. Свойством эпилептических нейронов являются пароксизмальный деполяризационный сдвиг мембранного потенциала и связанная с этим тенденция к деполяризации. На уровне нейрона процесс возбуждения связан с возбуждающим пресинаптическим потенциалом, а ингибирование – с тормозным. В их генерации принимают участие нейротрансмиттеры: глутаматергические – возбуждающие и ГАМК-ергические ингибирующие системы. Метаболическая недостаточность, обусловленная гипоксией или ишемией нейронов, может сопровождаться преобладанием деполяризации и лежать в основе эпилептогенеза. Определенное значение в эпилептогенезе может иметь и дисбаланс в других биохимических системах, в том числе катехоламиновых и нейропептидных.

Традиционно в течение многих лет эпилепсия считалась психическим заболеванием, из-за того что приступы часто ассоциируются с психиатрической симптоматикой, а также с особенностями личности пациентов. В настоящее время психологические и психические аспекты эпилепсии стали рассматриваться как коморбидные расстройства, а неврологическая основа заболевания была выдвинута на первый план. Тем не менее, и сегодня нельзя отрицать тесную взаимосвязь между неврологической и психиатрической сторонами эпилепсии. В основе психических расстройств и формировании «эпилептической личности» у больных эпилепсией лежат различные факторы. Важнейшее звено - органическое поражение, следствием которого являются приступы, нейронные эпилептиформные разряды, влияющие на функцию мозга пораженной области, и массивная потеря нейронов, происходящая при каждом приступе что, в конечном итоге, приводит формированию тяжелой энцефалопатии и когнитивному дефициту вплоть до деменции. Кроме того, важен сам факт наличия такого стигмирующего заболевания, как эпилепсия и реакция пациента и его близких на болезнь, а также необходимость в постоянной противоэпилептической терапии и существенные ограничения.

Большой интерес представляет вопрос о возрастных особенностях психических расстройств при эпилепсии. На этапе окончательного формирования личности отчетливо проявляются разнообразные патологические черты, которые с течением времени и под воздействием ряда факторов могут нивелироваться, маскироваться, прогрессировать или видоизменяться. Социальные и биологические особенности юношеского периода могут провоцировать или усугублять психические расстройства. Также давно известна клиническая, биохимическая и электрофизиологическая «родственность» эпилепсии и истерии. В настоящее время многими авторами конверсионные расстройства, наряду с паническими атаками, обмороками и некоторыми другими, рассматриваются в рамках неэпилептических пароксизмальных расстройств.

Приводим клиническое наблюдение.

Больная 18 лет, поступила в ГКБ № 64 19.04.2014 в связи с развившимся эпилептическим статусом. На момент поступления: общее состояние - крайне тяжелое, уровень сознания - 8 баллов по Шкале ком Глазго, генерализованные тонико-клонические судороги. Со слов сопровождающих родственников, во время посещения торгового центра пациентка внезапно потеряла сознание, возникли генерализованные судороги. Бригадой скорой медицинской помощи было введено Sol. Relanii 20mg и sol. Convulexi - 10 ml, Sol. MgSO4 25% - 10.0, без эффекта.

Из анамнеза: раннее развитие без особенностей. В возрасте 5 лет на фоне повышения температуры и присоединения катаральных явлений, у пациентки в течение суток развивается правосторонний гемипарез и миоклонические подергивания в мускулатуре правой руки, ноги, правой половины лица. С предположительным диагнозом - «нейроинфекция», пациентка была госпитализирована в НИИ педиатрии РАМН, где через сутки гиперкинез принял характер гемихореи. Была назначена гормональная, сосудистая и идегидратационная терапия, на фоне которой симптоматика регрессировала. Спустя 5 лет, на фоне полного благополучия у пациентки внезапно развивается приступ потери сознания, сопровождавшийся прикусом языка и уриной. Другие подробности неизвестны, со слов матери, какая либо терапия назначена не была. Через 1 год, в возрасте 11 лет развивается повторный эпизод угнетения сознания до уровня комы II, длительностью до 5 суток, сопровождавшийся тонико-клоническими судорогами. Пациентка была госпитализирована в отделение реанимации в Морозовской детской городской клинической больницы. При проведении МРТ был выявлен очаг глиоза в левой гемисфере, расширение левого бокового желудочка. На ЭЭГ отмечались множественные эпилептические феномены без четкой локализации. Пациентке назначили противосудорожную терапию: депакин-хроно в дозировке 1500 мг в сутки, топамакс 150 мг в сутки. На фоне терапии эпилептические припадки не повторялись. Выставлен диагноз: "Криптогенная фокальная эпилепсия. Рекомендовано: таб. топамакс 50 мг по 3 кап 3 р\д. таб. конвулекс-ретард 300 мг 1 т-1т 1\2. Спустя 7 лет, в январе 2014 года пациентка самостоятельно отменила противосудорожную терапию. Через 1 месяц, в феврале 2014 года у нее развивается эпилептический припадок в общественном месте, бригадой ССМП госпитализирована в городской стационар, где заболевание было расценено как конверсионное расстройство (другие подробности неизвестны), по поводу чего назначен хлорпротексен.

При первичном осмотре в реанимационном отделении ГКБ № 64: общее состояние крайне тяжелое, уровень сознания - 8 баллов по Шкале ком Глазго. Тонико-клонические судороги, отмечается уриная и прикус языка. Кожные покровы бледно-цианотичные, лицо одутловато. Подкожные гематомы правого плеча, ссадины левого и правого предплечий. Гиперсаливация. Диспноэ. Аускультативно - дыхание жесткое, ослаблено в нижней-боковых отделах легких с обеих сторон. ЧДД= 36 в минуту. В связи с нарастанием явлений дыхательной недостаточности больной была выполнена оротрахеальная интубация, с переводом на ИВЛ. Сердечные тоны приглушены. АД 170/90 мм.рт.ст. ЧСС= 124 в мин. Язык сухой, не обложен, отмечаются

многочисленные следы прикусов боковых поверхностей и кончика языка. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Зрачки расширены, фотореакции прямые и содружественные живые. Корнеальные рефлексы живые.

Через 3 дня, на фоне ИВЛ, терапии тиопенталом и реланиумом, была достигнута стабилизация состояния: восстановилось самостоятельное дыхание, регрессировал судорожный синдром. Уровень сознания достиг 15 б. по ШКГ. Пациентка была переведена в неврологическое отделение ГKB №64. При осмотре в отделении: телосложение правильное, конституция нормостеническая, несколько избыточного питания. Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно, отеков нет. Кожные покровы сухие, розовые, в области правого локтевого сустава и тыльной стороны правой кисти многочисленные ссадины. Костно-мышечный аппарат без видимых изменений. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, АД - 110/75 мм.рт.ст. Живот обычной формы, симметричен. При пальпации - мягкий, безболезненный. Печень перкуторно не увеличена.

Неврологический статус: Пациентка контактна, интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Демонстративна, многоречива, эмоционально лабильна. Подробно и красочно рассказывает о своем заболевании, постоянно вспоминая все новые подробности. В то же время при беседе периодически отмечаются эпизоды заторможенности, ответы на вопросы становятся односложными. Критика к своему состоянию снижена. Общемозговых и менингеальных знаков на момент осмотра нет. Со стороны краниальной иннервации: определяется горизонтальный нистагм при взгляде вправо, глазные щели D=S, зрачки симметричны. Страбизма нет. В то же время предъявляются жалобы на периодически возникающую монокулярную диплопию. Легкая сглаженность правой носогубной складки, умеренная девиация языка вправо. Симптом Хвостека II с обеих сторон, грубые рефлексы орального автоматизма - хоботковый, Маринеску - Радовичи. Со стороны двигательной сферы: демонстрирует многочисленные двигательные нарушения в виде астазии-абазии, парезов то в верхних, то в нижних конечностях, однако в пробе Мингаццини-Барре конечности удерживаются и при отвлечении внимания пациентки сила мышц в «паретичных» конечностях нарастает. Мышечный тонус повышен по спастическому типу мускулатуре левых руки и ноги, в мышцах правых конечностей не изменен. Сухожильные рефлексы с рук - оживлены, рефлексогенные зоны расширены, грубее слева, с ног - оживлены равномерно (D=S). Определяются кистевые рефлексы Россолимо, Гофмана, Жуковского, Якобсона - Ласке с обеих сторон. Клонусоиды кистей рук с обеих сторон. Грубые клонусы стоп с обеих сторон. Непостоянно вызывается рефлекс Бабинского слева. Ярко выраженный старт-рефлекс. Координаторная сфера: асинергия Бабинского, походка атактическая с перекрестом ног - феноменом «плетения косы». Следует отметить, что походка изменяется и становится гораздо более неустойчивой, а также сопровождается падениями в случае, если рядом есть медицинский персонал. Пальце-носовую, пальце-указательную, пяточно-коленную выполняет неуверенно. Отмечается тремор языка, и, непостоянно, пальцев рук с обеих сторон. Чувствительность не нарушена. Вертебральный синдром не выражен.

МРТ головного мозга: единичный очаг в белом веществе левой лобной доли, вероятнее всего следствие перенесенной перинатальной патологии. ЭЭГ: на фоне умеренно выраженных общемозговых проявлений регистрируются глубинные разряды с корковым очагом по левой височной области. Установлен диагноз: Фокальная криптогенная эпилепсия. Эпилептический статус от 19.04.14. Последствия перинатальной патологии. Кроме того, пациентке рекомендована консультация психиатра в связи с имеющимися сопутствующими конверсионными стигмами. От консультации психиатра пациентка категорически отказалась.

Таким образом, речь идет о пациентке с судорожным синдромом вероятнее всего, вторичного генеза на фоне перенесенной в раннем детском возрасте нейроинфекции. Данные анамнеза, особенности неврологического статуса и результаты параклинических методов исследования (многократные МРТ и ЭЭГ) подтверждают данную диагностическую концепцию. В то же время особенности личности больной, имеющиеся у нее многочисленные конверсионные стигмы позволяют заподозрить у нее коморбидное психическое заболевание - диссоциативные (конверсионные) расстройства, что, несомненно, требует активной психиатрической и психотерапевтической помощи. Важно, что имеющиеся у пациентки истинные эпилептические припадки нельзя расценивать как псевдоприступы в рамках конверсионных расстройств, которые, в отличие от эпилептических припадков, могут проявляться предельно разнообразно - от коллапса с преходящей потерей сознания, с судорогами или без них до приступов в виде пароксизмов двигательных, эмоциональных и когнитивных нарушений и агрессии. Кроме того, клиническая окраска псевдоприступов меняется не только с течением времени, но и в зависимости от окружающих условий, в первую очередь, наличия аудитории.

Особенностью приведенного случая является то, что яркие конверсионные расстройства, развившиеся в период взросления у пациентки с эпилепсией, в определенный момент изменили диагностический алгоритм,

что, соответственно, привело к неадекватному лечению и развитию такого потенциально опасного для жизни пациента осложнения, как эпилептический статус.

Список литературы

1. Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана Москва: «Медицина»; 2001; 2:195
2. Г.М. Дюкова Конверсионные и соматоформные расстройства в общей медицинской практике. Медицинский совет. 2001; 2;50-54.
3. Избранные лекции по неврологии. Под редакцией Голубева В.Л.; Москва: «Эйдос Медиа», 2006, 33.
4. Э.Г. Меликян, А.Б. Гехт Влияние коморбидных расстройств на качество жизни больных эпилепсией. Журнал неврологии и эпилепсии им. С.С. Корсакова 2011;91-97.
5. Gilliam F. G., Santos J., Vahle V. et al. Depression in epilepsy: ignoring clinical expression of neuronal network dysfunction. *Epilepsia* 2004; 45: Suppl 2: 28-33.
6. Gaitatzis A., Carroll K., Majeed A. et al. The epidemiology of the comorbidity of epilepsy in the general population. *Epilepsia* 2004; 63:6: 1008-1014.
7. Vasquez B., Devinsky O. Epilepsy and anxiety. *Epilepsy Behav* 2003; 4: Suppl 4: 20-25.
8. Yuen A.W., Thompson B.J., Flugel D. et al. Mortality and morbidity rates are increased in people with epilepsy: is stress part of the equation? *Epilepsy Behav* 2007; 10: 1-7.

СЕКЦИЯ №25. НЕФРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.29)

СЕКЦИЯ №26. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.03)

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МИОПИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Толмачев Д.А., Нурисламова Р.А., Якаева Л.Н.

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Актуальность данного исследования подтверждается неуклонным ростом числа лиц молодого возраста, страдающих нарушениями зрения, в структуре которых основное положение занимает именно миопия. Возникновение данного заболевания связано главным образом с длительной нагрузкой на зрительный аппарат, что особенно актуально среди студентов высших учебных заведений. Процесс обучения, так или иначе, неотъемлемо связан с длительной работой на близком расстоянии. Зачастую в учебных аудиториях и при выполнении домашней работы не соблюдаются гигиенические условия, такие как правильное освещение и режим зрительной работы. Кроме того, внедрение компьютерной техники в процесс обучения значительно усугубило положение дел по заболеванию миопией среди студентов 6 курса.

Цель: изучение распространенности миопии и факторов, предрасполагающих к ней среди студентов 6 курса Ижевской государственной медицинской академии. Оценить проводимые студентами профилактические мероприятия.

Задачи: получение информации о предпочитаемом средстве коррекции зрения, длительности их использования, а также о наличии факторов, способствующих прогрессированию миопии.

Материалы и методы: проведено анкетирование 286 студентов 6 курса лечебного факультета. Анкета состояла из 18 вопросов. Средний возраст опрошиваемых составил 24,5 года. По полу респонденты распределялись

на 64 % женщин, 36% мужчин.

Полученные результаты и обсуждения: Анализ результатов анкетирования показал что среди 286 респондентов миопия имеется у каждого второго студента. При изучении степени выраженности близорукости

среди студентов 6 курса ИГМА установлены следующие особенности: легкая степень близорукости -73,1%, средняя-20,4%, тяжелая-6,5% .

Городские школы окончили 67,6%, сельские – 32,4%. Большинство студентов при выборе средства коррекции зрения отдают предпочтение очкам либо попеременно пользуются и очками, и контактными линзами. Почти треть студентов со слабой степенью миопии вообще не пользуется средствами коррекции зрения, 44,1% пользуются средствами коррекция зрения постоянно, 37,2% - только во время занятий, 18,7% – только при чтении и работе с компьютером. На вопрос наличия наследственной предрасположенности к миопии , при этом большинство студентов – в 53,1% ответили, что ни один из родителей не имеет миопию. У абсолютного количества студентов начало ухудшения зрения наблюдалось в школьные годы, но в разные периоды обучения: учеба в начальной школе у 16,1%, учеба в школе с 5-9класс- 20,2%, учеба в старших классах- 63,7%.

На вопрос о количестве часов в день, проведенных за чтением, почти половина студентов ответила 3-4 часа и более. На сегодняшний день мобильные телефоны стали популярным средством общения не только посредством звонков, но и специальных интернет-программ, позволяющих вести переписку с друзьями и родными. На вопрос о количестве часов в день использования мобильного телефона для общения большинство студентов ответила 3-4 часа.

При изучении профилактических мероприятий, используемых студентами для улучшения зрения, нами было выявлено следующее: 58 (20,2%) студентов принимают биологически активные добавки или витамины для улучшения зрения. 9,5% регулярно делают гимнастику для глаз.

Выводы: Полученные данные анкетирования, длительное чтение и использование мобильных телефонов, отсутствие профилактических мероприятий свидетельствуют о том, что у студентов 6 курса высок риск дальнейшего прогрессирования миопии, поэтому необходимо обратить внимание врачам поликлиники, преподавателям и самим студентам и принять меры, направленные на охрану зрения.

Список литературы

1. Марчук С.А. Профилактика и коррекция зрительных функций у студенческой молодежи: Учебно-методическое пособие /РПШТУ. – Екатеринбург: 2004. - 77 с.
2. Аветисов Э.С. Близорукость. 2-е изд., перераб. и доп. - М.:М., 1999. - 258 с.
3. Г.И.Ерошевский. Глазные болезни / Г.И.Ерошевский,
4. А.А.Бочкарев - М.М., 1983.-45с

БИОРИТМЫ В ЖИЗНИ СТУДЕНТА МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Толмачев Д.А., Бродина О.В., Нугманов А.Ф.

Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск

Актуальность проблемы:

Человеческий организм подчиняется ритмам, заложенным природой, и эти ритмы оказывают влияние на все процессы, происходящие в организме, учет этих ритмов человека и правильное отношение к ним - основа здоровья. Биологические ритмы - эволюционная форма адаптации к условиям ритмических изменений параметров внешней среды.

Виды биоритмов: высокочастотные, среднечастотные, низкочастотные.

Характеристика высокочастотных биоритмов: ритмы высокой частоты: от доли секунды до 30 мин. Ритмы протекают на молекулярном уровне, проявляются на ЭКГ, регистрируются при дыхании, перистальтике кишечника.

К среднечастотным биоритмам относят биоритмы связанные с вращением Земли. Ведущая роль среди всех биоритмов принадлежит суточному или циркадному циклу, обусловленному вращением Земли вокруг своей оси.

Выделяют три группы людей, имеющие три типа суточных биоритмов.

«Жаворонки» (утренний тип)- люди, у которых среднечастотные ритмы сдвигаются вперед, то есть имеющие синдром опережающей фазы сна. Люди "жаворонки" спят столько же времени, сколько остальные, но их ритм отхода ко сну сдвинут на более ранний вечер. Они рано хотят спать, быстро засыпают и очень рано встают в одни и те же утренние часы. Время наибольшей работоспособности падает на полдень, а наименьшей – на 7-8 часов вечера. В последующей практической части оказалось, что люди-жаворонки, лучше, чем совы, переносят сбой биоритмов при перелёте с запада на восток.

«Голуби» (аритмичный тип)- люди дневного типа. Их циркадный ритм наиболее приспособлен к обычной смене дня и ночи. Период их наилучшей умственной и физической активности отмечается с 10 до 18 часов. Они лучше адаптированы к смене света и темноты.

«Совы» (вечерний тип)- люди, у которых наблюдается отставание фазы сна. Лица вечернего типа легче приспосабливаются к работе в ночную смену и трехсменному труду. Совы лучше контролируют ритм сон-бодрствование по 24 часов, но зато им тяжелее вставать в ранние утренние часы. Пик работоспособности приходится на 5-6 часов вечера, время наименьшей активности 7-10 часов утра. Многим совам импонирует их ночная жизнь.

К низкочастотным биоритмам относят месячный ритм. Он является одним из важнейших биоритмом. Однако измеряется он не нашим календарным месяцем – в природе нет процессов, совпадающих по своим циклам с октябрем или мартом. Под месячным биоритмом подразумевается лунный цикл, длительность которого составляет 29,5 суток.

Годовой ритм обусловлен вращением Земли вокруг Солнца, благодаря чему на нашей планете происходит смена сезонов года.

Цель: выяснить, какую роль играют биоритмы в жизни студентов.

Материал и методы:

1) Проведено когнитивное тестирование 80 студентов 5 курса лечебного факультета Ижевской медицинской академии в 2014 году

2) Осуществлен статистический анализ.

Предмет исследования - влияние биоритмов на состояние студентов. Исследование направлено на изучение биологических ритмов в жизни человека.

В анкете были поставлены вопросы: Стоит ли обращать студентам внимание на биоритмы? Как контролировать биоритмы? Каково влияние биологических ритмов на состояние человека?

Использовался Тест для определения индивидуального биологического профиля (Доскин В.А., Куиджи Н.Н., 1989).

Результаты и обсуждение. Среди опрошенных студентов мужчин 23%, женщин 77% (Рисунок 1).

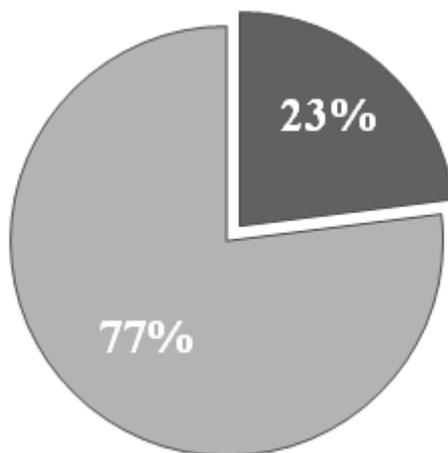


Рис.1. Распределение студентов по полу (%)

Среди всех тестируемых студентов было выявлено: слабо выраженный вечерний тип (60,6±6,2%), аритмичный тип (23±5,3%), четко выраженный вечерний тип (11,4±4%), слабо выраженный утренний тип (3,2±2,2%), ни одного человека с четко выраженным утренним типом (см. Рисунок 2).

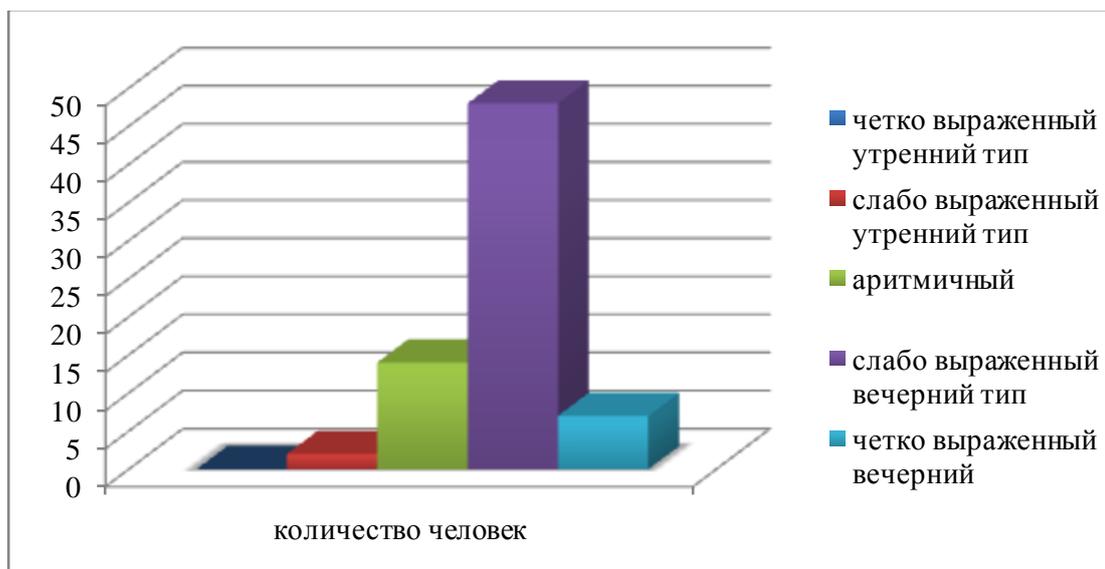


Рис 2. Распределение студентов по типу биоритмов.

Выводы

По теме проанализирована литература, определена важность изучения и учета биоритмов человека, так как психическая и физическая активность человека подвержена влиянию лунно-земных связей, и учет индивидуальных биоритмов помогут оптимизировать работоспособность.

В результате проведенного тестирования определен вид биоритма, в зависимости от него определен тип работоспособности студента. Биоритмы влияют на студента в периоде обучения, а также их необходимо учитывать при составлении оптимального режима труда и отдыха.

Конечно, человеческая жизнь многообразна. Ее трудно рассчитать по циклам и по дням. Но, с другой стороны, человек имеет право попытаться понять, отчего в одном и том же состоянии он ощущает себя совершенно по-разному. Что во многом связано с биоритмами. Знание биоритмов и планирование деятельности в соответствии с ними, могло бы значительно улучшить качество жизни человека.

Полученные нами данные в ходе исследования выявили преобладание среди студентов слабо выраженного вечернего типа биоритма. В связи с этим даны рекомендации по планированию дня с учетом преобладающего типа биоритма.

После окончания семинаров и лекции рекомендуется в течение получаса побыть на воздухе (суммарная двигательная активность должна ежедневно составлять не менее 2 ч.). Правильно распределять умственные и физические нагрузки в течение дня: к выполнению домашнего задания необходимо приступать не позже 19ч. Соблюдать временные рамки при выполнении домашних заданий (не более 4 ч.). Выполнять режим продолжения сна (не менее 8-8,5ч.) и вовремя отходить ко сну (не позже 23ч.)

Список литературы

1. «Биоритмы», под ред. Л. Детари. - М.: Мир, 1984 - 160 с.;
2. «По волнам биоритмов», под ред. П. Уест. - М.: КРОН-ПРЕСС, 2000 - 113 с.;
3. «Хронобиология и хрономедицина», под ред. Г. Хильдебрандт, М. Мозер, М. Леховер. - М.: Арнебия, 2006 - 144с.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНДЕКСА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РФ И КБР

Тхабисимова И.К., Инарокова А.М., Хавжокова М.М., Карданова Л.Д.

ФГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова», г. Нальчик

Актуальность. Одним из ключевых показателей социально-демографического развития является индекс продолжительности жизни (Life Expectancy Index) - показатель средней ожидаемой продолжительности жизни

в странах мира, по которому Россия находится на 124-м месте из 193 стран-членов ООН [5]. При этом для нашей страны характерны гендерные особенности этого феномена [2,4].

Цель исследования - изучить гендерные особенности индекса продолжительности жизни и возрастных коэффициентов смертности населения РФ и КБР в сравнительном аспекте за период с 1990 по 2012гг.

Задачи исследования:

- проанализировать половой состав населения РФ и КБР;
- выявить гендерные особенности индекса продолжительности жизни в РФ и КБР;
- провести сравнительный анализ возрастных коэффициентов смертности мужчин и женщин в РФ и КБР.

Материалы и методы. Материалом исследования являлись данные Федеральной службы государственной статистики по основным санитарно-демографическим показателям РФ и КБР (1990-2012гг.)

При анализе полового состава населения применялись 2 показателя: доля мужчин и женщин в численности всего населения; число женщин на 1000 мужчин.

В России сохраняется тенденция диспропорции гендерного состава населения, и чем дальше, тем мужчин становится меньше. Если в 1989г. процентное соотношение женского к мужскому населению составляло 53,3% к 46,7%, то к 2012г. картина если и изменилась, то в предсказуемую сторону: женщин в России сегодня 53,7%, мужчин - 46,3% [1,4].

В КБР наблюдается схожая динамика увеличения гендерной диспропорции. В 2012г. соотношение женщин и мужчин составило 53,3 и 46,7% соответственно [3].

Анализ динамики 2-го показателя (число женщин на 1000 мужчин) за тот же период подтвердил негативную тенденцию – наблюдается неуклонное его увеличение и в РФ, и в КБР, но в Кабардино-Балкарии, на первый взгляд, диспропорция гендерного состава населения менее выражена – на 1000 мужчин в 2012г. приходится 1160 женщин в РФ и 1141 в КБР.

Однако в РФ преобладание численности женского населения над мужским начинается в возрастной группе 30-34 лет, а в КБР – значительно раньше – в возрасте 15-19 лет (Табл. 1).

Таблица 1

Число женщин на 1000 мужчин соответствующего возраста в РФ и КБР (1990-2012 гг.)

Возраст	1990 г.		2002 г.		2010 г.		2012 г.	
	РФ	КБР	РФ	КБР	РФ	КБР	РФ	КБР
0-4	963	960	953	979	947	946	949	963
5-9	969	973	956	993	951	971	953	941
10-14	972	969	959	979	956	983	951	966
15-19	947	1001	968	1003	958	1015	956	1023
20-24	968	1052	983	1078	973	1006	966	1064
25-29	970	1075	997	1057	990	1023	984	1082
30-34	987	1056	1001	1055	1022	1118	1009	1066
35-39	1007	1076	1033	1117	1033	1083	1048	1084
40-44	1029	1116	1062	1119	1069	1139	1059	1117
45-49	1112	1202	1113	1153	1119	1180	1110	1161
50-54	1154	1204	1170	1205	1199	1210	1176	1188
55-59	1258	1147	1260	1275	1302	1286	1295	1242
60-64	1581	1337	1456	1527	1433	1366	1424	1331
65-69	2298	1927	1596	1460	1725	1649	1589	1585
70 и старше	3125	2744	2477	1943	2383	1919	2519	2003

Анализ гендерных различий в индексе продолжительности жизни показал, что ни одна развитая страна мира не демонстрирует такого выраженного разрыва, как в России. Так, по данным ООН [5] среднемировая разница в ожидаемой продолжительности жизни женщин и мужчин составляет 4,5 лет (2005-2010гг.). В нашей стране на протяжении 10 лет с 1995 по 2005 г. эта разница была максимальной и составляла 13,2-13,5 лет, к 2012 г. она сократилась до 11,3 лет (индекс продолжительности жизни мужчин – 64,56 лет, женщин – 75,86 лет). В КБР гендерная разница в ожидаемой продолжительности жизни несколько ниже – 9,25 лет в 2012г. (у мужчин – 68,47 лет, женщин – 77,72 лет).

Такая выраженная разница в ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин является следствием более высокой смертности мужчин во всех возрастных группах. В последние годы даже появилось понятие “сверхсмертности” мужчин, поскольку она превышает смертность женщин того же возраста в несколько раз. Так, сравнительный анализ возрастных коэффициентов смертности населения РФ и КБР (1990-2010 гг.) показал, что среди мужчин и женщин в РФ во всех возрастных группах смертность выше, чем в КБР (Табл.2).

Таблица 2

Возрастные коэффициенты смертности населения РФ и КБР (число умерших на 1000 человек соответствующего пола и возраста, 1990-2010 гг.)

Возраст, лет	1990 г.				2000 г.				2010 г.			
	РФ		КБР		РФ		КБР		РФ		КБР	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
0-4	4,4	3,3	5,6	4,0	4,4	3,3	4,1	2,6	2,5	2,0	2,0	1,6
5-9	0,7	0,4	0,5	0,2	0,6	0,4	0,6	0,3	0,4	0,3	0,4	0,2
10-14	0,6	0,3	0,6	0,3	0,6	0,3	0,4	0,2	0,4	0,3	0,3	0,2
15-19	1,6	0,6	1,0	0,6	2,1	0,8	0,9	0,4	1,3	0,6	1,1	0,4
20-24	2,6	0,7	2,2	0,5	4,9	1,1	2,6	0,4	2,7	0,8	2,0	0,3
25-29	3,3	0,8	2,9	0,5	6,0	1,3	3,5	0,9	4,6	1,3	2,9	0,7
30-34	4,3	1,1	4,0	0,7	7,0	1,7	4,1	1,4	6,8	1,9	4,4	0,8
35-39	5,6	1,5	4,8	1,7	9,1	2,3	5,6	1,5	7,7	2,4	6,4	0,9
40-44	7,7	2,4	6,4	2,3	12,7	3,4	9,1	1,9	9,8	3,1	7,5	1,6
45-49	11,7	3,8	10,7	3,5	17,9	5,1	12,2	3,7	13,5	4,3	10,7	2,2
50-54	16,1	5,4	15,3	4,6	24,4	7,6	17,8	4,5	19,4	6,2	15,4	3,7
55-59	23,5	8,6	19,2	8,0	33,4	11,4	23,9	8,6	27,0	9,3	19,1	5,8
60-64	34,2	13,5	29,7	11,9	44,5	15,8	38,0	15,3	38,5	13,2	27,6	10,2
65-69	46,6	22,0	37,9	21,5	59,5	25,6	50,7	24,6	51,8	20,5	36,6	18,0
70 и более	103,7	77,9	95,0	69,1	104,0	79,9	99,2	76,4	96,0	70,0	84,2	65,1

Однако в возрастном интервале 20-54 лет выраженность гендерных различий повозрастной смертности в КБР достоверно выше, чем в РФ (Табл. 3).

Таблица 3

Соотношение возрастных показателей смертности мужчин и женщин в РФ и КБР (1990 -2010 гг.)

Возраст	1990 г.		2000 г.		2010 г.	
	РФ	КБР	РФ	КБР	РФ	КБР
0-4	1,3	1,4	1,3	1,6	1,3	1,3
5-9	1,8	2,5	1,5	2,0	1,3	2,0
10-14	2,0	2,0	2,0	2,0	1,3	1,5
15-19	2,7	1,7	2,6	2,2	2,2	2,8
20-24	3,7	4,4	4,5	6,5	3,4	6,7
25-29	4,1	5,8	4,6	3,9	3,5	4,1
30-34	3,9	5,7	4,1	2,9	3,6	5,5
35-39	3,7	2,8	4,0	3,7	3,2	7,1
40-44	3,2	2,8	3,7	4,8	3,2	4,7
45-49	3,1	3,1	3,5	3,3	3,1	4,9
50-54	3,0	3,3	3,2	4,0	3,1	4,2
55-59	2,7	2,4	2,9	2,8	2,9	3,3
60-64	2,5	2,5	2,8	2,5	2,9	2,7
65-69	2,1	1,8	2,3	2,1	2,5	2,0
70 и старше	1,3	1,4	1,3	1,3	1,4	1,3

Выводы:

• Диспропорция полового состава населения увеличивается и в Кабардино-Балкарии, и в РФ, но в КБР преобладание численности женского населения над мужским начинается значительно раньше – в возрастной группе 15-19 лет (против 30-34 лет в РФ).

• В РФ и КБР на протяжении нескольких десятилетий регистрируется беспрецедентный гендерный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни (11,3 лет в РФ и 9,25 лет в КБР, 2012г.).

• Смертность мужчин и женщин в РФ во всех возрастных группах выше, чем в КБР, однако, в возрастном интервале 20-54 лет выраженность гендерных различий возрастных коэффициентов смертности населения КБР достоверно выше, чем в РФ.

Список литературы

1. Демографический ежегодник России. 2013: Стат.сб. Росстат.-М., 2013. – 543 с.
2. Какорина Е.П., Ефимов Д.М., Чемякина С.Н. Гендерные особенности смертности населения трудоспособного возраста //Здравоохранение 2010.-N 2.-С.15-28.
3. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2012: Стат. сб. / Росстат. - М., 2012. - 990 с.
4. Рыбаковский Л.Л. Демография для практических работников: Методические рекомендации для специалистов органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. – М.: Экон-информ, 2014. – 254с.
5. Гуманитарная энциклопедия [Электронный ресурс] //Центр гуманитарных технологий (последняя редакция: 2014.07.07). <http://gtmarket.ru/ratings/life-expectancy-index/life-expectancy-index-info>.
6. <http://www.gks.ru>

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

Шипова В.М.* , Воронцов Т.Н.**

*ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г.Москва

**Челябинская государственная медицинская академия, г.Челябинск

Анализ динамики заболеваемости, инвалидности и смертности населения является первым и весьма важным этапом планирования медицинской помощи. В полной мере это относится и к социально значимым заболеваниям. Государственная статистика здравоохранения по ряду социально значимых заболеваний, в частности, по злокачественным новообразованиям, активному туберкулезу, психическим заболеваниям и расстройствам поведения и др. наряду с общепринятыми для всех заболеваний (групп) данными об общей заболеваемости, инвалидности и смертности, содержит дополнительные сведения:

- взято на учет больных с впервые в жизни установленным заболеванием;
- численность больных, состоящих на учете в медицинской организации;
- возрастно-половой состав больных с впервые зарегистрированными заболеваниями.

Анализ этих данных в динамике позволяет выявить наиболее острые проблемы в организации той или иной службы и наметить мероприятия по ее совершенствованию. Покажем это на примере фтизиатрической службы.

За последние годы наблюдается довольно позитивная картина динамики статистических данных по туберкулезу: уменьшение числа состоящих на учете в медицинских организациях, снижение показателей инвалидности и смертности [1].

Динамика заболеваемости активным туберкулезом показывает уменьшение показателей и значительные гендерные различия (Рисунок 1).

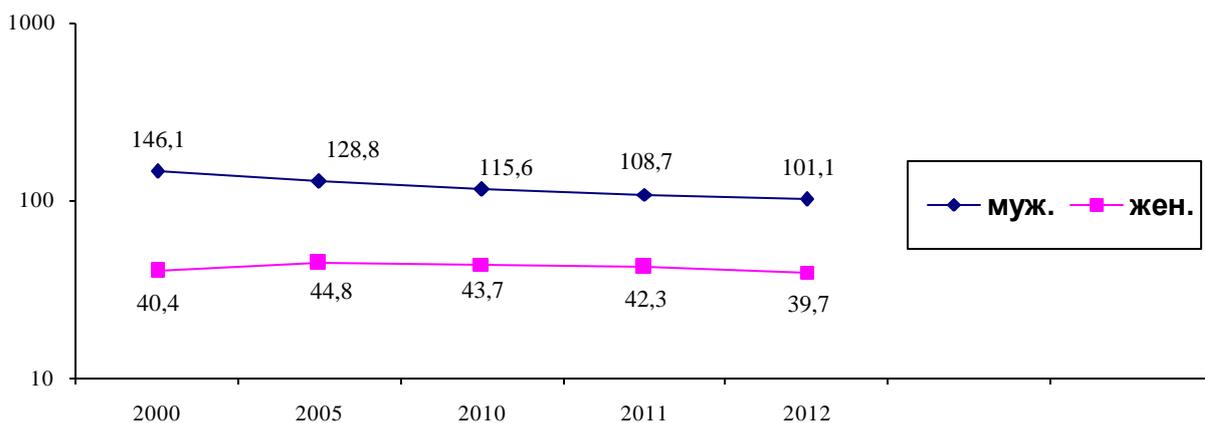


Рис.1. Динамика заболеваемости мужского и женского населения активным туберкулезом (зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни) на 100,0 тыс. человек соответствующего контингента населения

Снижение показателей у мужчин составило почти 1,5-кратный размер, а показатели у женщин остались практически неизменными.

Наибольшие гендерные различия – в возрастных группах 35-54 и 55-64 года (Рисунок 2).

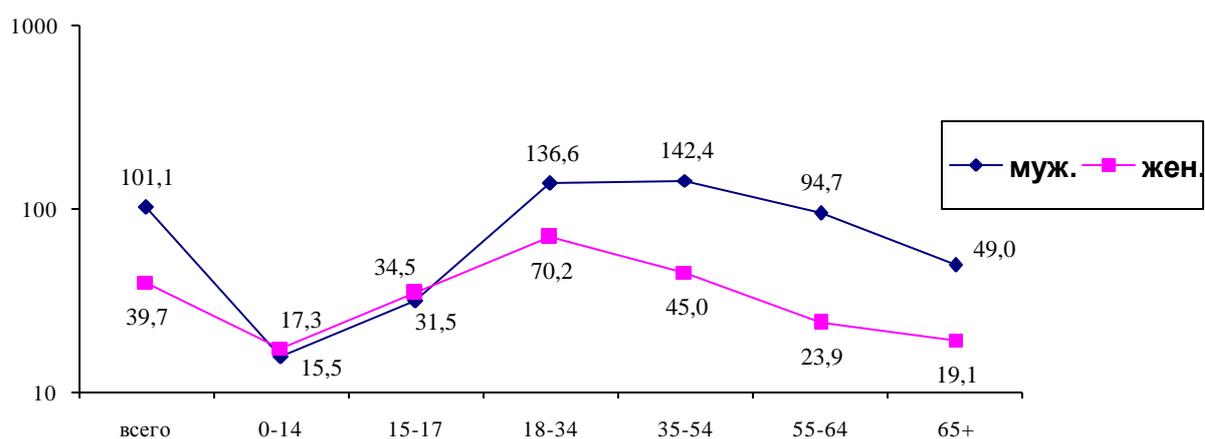


Рис.2. Возрастно-половые показатели заболеваемости населения активным туберкулезом (на 100,0 тыс. человек населения) в 2012 г.

Приведенные возрастно-половые данные показывают, что в территориях с преобладанием мужского населения и с более значительным удельным весом лиц молодого трудоспособного возраста общие показатели заболеваемости населения активным туберкулезом будут более высокими, чем средние по стране. Расчеты по соответствующей методике [2,3,4] показали, что различия в этих данных по разным территориям только за счет возрастно-полового состава населения при прочих равных условиях составляют около 40%.

Снижение инвалидности (впервые признаны инвалидами) в возрасте 18 лет и старше весьма значительно: с 3,7 в 2000г. до 1,8 на 10,0 тыс. населения в 2012 г. Однако среди детей (0-17лет) эти показатели после роста данных в середине наблюдаемого периода времени остались неизменными: 0,3 на 10,0 тыс. детей.

Смертность от туберкулеза всех форм уменьшилась с 20,5 случаев на 100,0 тыс. населения в 2000 г. до 12,5 в 2012 г. Отмечается большая дифференциация этого показателя по территориям страны: от 7,0-7,1 в Северо-Кавказском и Центральном Федеральных округах до 22,5-23,7 в Дальневосточном и Сибирском Федеральных округах.

Определенным индикатором эффективности лечения и своевременности постановки диагноза является удельный вес больных, имеющих фазу распада. Этот показатель достаточно высок и составляет более 40% как среди больных, состоящих на учете в медицинских организациях, так и среди больных, взятых на учет с диагнозом, установленным впервые в жизни.

Таким образом, анализ статистических данных по заболеваемости, смертности и инвалидности, связанной с туберкулезом, позволяет сделать следующие выводы:

-первостепенное внимание должно быть обращено на профилактическую деятельность, раннее и своевременное выявление туберкулеза, и, в первую очередь, среди детского населения;

-большие возрастно-половые различия в анализируемых показателях определяют необходимость их учета при планировании и деятельности фтизиатрической службы.

Список литературы:

1. Здравоохранение в России. 2013:Стат.сб./Росстат. - М., 2013. - 380 с.
2. Шипова В.М. Подушевое финансирование в здравоохранении (оценка влияния возрастно-полового состава населения на объем финансирования медицинской помощи) / Под ред. академика РАМН О.П. Щепина. М.: Грантъ, 2001. - 144 с.
3. Шипова В.М., Ситникова О.Ю. Объем и финансирование медицинской помощи сельскому населению в зависимости от возрастно-половых характеристик, утв. Минздрав соцразвития РФ от 01.11.2006 № МЗ/33511. - 30 с.
4. Шипова В.М. Современные подходы к планированию и развитию сети медицинских организаций / Под ред. Р.У. Хабриева М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - С.62-72.

ДИНАМИКА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗА ГОДЫ РЕФОРМ (К ДВАДЦАТИЛЕТИЮ ПРИНЯТИЯ КОНСТИТУЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ)

Гасников В.К., Герасимов К.В., Гуляшинова И.Д.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», г.Ижевск

Начало 1990-х годов было временем сложных социально-экономических и политических преобразований в стране, и принятие новой Конституции являлось острой необходимостью. Конституция РФ, как высший нормативный правовой акт государства, была принята народом Российской Федерации 12 декабря 1993 года и вступила в силу со дня официального опубликования 25 декабря 1993 года. Состояние здоровья населения является одним из важнейших приоритетов любого социального государства, поэтому этим вопросам в Конституции РФ уделяется значительное внимание. [1]

Среди основных проблем, характеризующих здравоохранение страны в период, предшествующий принятию Конституции РФ, наиболее значимыми были следующие:

– низкий уровень здоровья населения;

– разрыв между широкой декларацией прав граждан в сфере охраны здоровья и долей валового внутреннего продукта (далее - ВВП), выделяемой на здравоохранение;

– нарастание теневой экономики в медицине.

Необходимость решения имеющихся проблем легло в основу предпринимаемых мер по реформированию здравоохранения в последующие два десятилетия.

Цель настоящего исследования – проанализировать динамику за 1990-2013гг. основных демографических показателей РФ и УР, а также доли государственных расходов на здравоохранение от ВВП страны, и оценить наличие реакции этих показателей на принятие Конституции РФ. Одновременно была поставлена задача изучить динамику государственных расходов и расходов населения на здравоохранение за последний пяти летний период.

Исследование проводилось с использованием официальных статистических данных, опубликованных в сборниках Росстата [2], ЦНИИОиЗ МЗ РФ [3], а также в «Государственных докладах о состоянии здоровья населения УР» с 1993 по 2013гг. [4]

К моменту принятия Конституции РФ основные демографические показатели в РФ и УР в течении трех лет резко ухудшились. Так, смертность населения в РФ в 1993 году по сравнению с 1990 годом увеличилась на 29,5%, рождаемость снизилась на 29,8%, а естественный прирост населения уменьшился с [+2,2] до [-5,1] на 1000 населения. Наиболее существенно повысилась смертность от внешних причин, а также смертность населения в трудоспособных возрастах. (Табл. 1, 2).

Таблица 1.

Динамика основных демографических показателей и смертности от наиболее значимых причин по РФ и УР с 1990 по 2013гг.

Название показателей и единицы измерения	Территории	1990	1993	1994	1998	2003	2013
Смертность (на 1000 населения)	РФ	11,2	14,5	15,7	13,6	16,4	13,1
	УР	9,7	13,4	14,7	11,7	15,7	12,7
Рождаемость (на 1000 населения)	РФ	13,4	9,4	9,6	8,3	10,2	13,3
	УР	15	10,4	10,3	9,9	11,5	14,6
Естественный прирост (на 1000 населения)	РФ	+2,2	-5,1	-6,1	-4,8	-6,2	+0,2
	УР	+5,3	-2,9	-4,5	-1,8	-4,2	+1,9
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	РФ	618,7	764,1	837,7	750,7	927,5	698,1
	УР	535,5	589,4	643,7	548,8	792,2	605,5
Смертность от внешних причин (на 100 тыс. населения)	РФ	134	226,5	250,7	188	233,6	129,2
	УР	152,9	291,5	309,3	194	281,8	159,4
Смертность от новообразований (на 100 тыс. населения)	РФ	194,4	203,4	204,6	201,2	202,5	203,3
	УР	133,3	144,4	148,7	148,8	159	167,4
Смертность населения в трудоспособных возрастах (на 100 тыс. населения)	РФ	500	720	840,8	620	804,1	560,9
	УР	465,1	797,3	826,3	539,1	859,3	622,2

Таблица 2.

Оценка динамики основных демографических показателей и смертности от наиболее значимых причин по РФ и УР по различным периодам с 1990 по 2013гг.

Название показателей и единицы измерения	Территории	Темпы прироста по периодам (%)				
		1993/ 1990	1998/ 1994	2003/ 1998	2013/ 1994	2013/ 1990
Смертность	РФ	+29,5%	-13,4%	+20,6%	-16,6%	+17%
	УР	+38,1%	-20,4%	+34,2%	-13,6%	+30,9%
Рождаемость	РФ	-29,8%	-13,5%	+22,9%	+38,3%	-0,8%
	УР	-30,7%	-3,9%	+16,2%	+41,7%	-2,7%
Естественный прирост*	РФ	-7,3‰	+1,3‰	-1,3‰	+6,3‰	-2‰
	УР	-8,2‰	+2,7‰	-2,4‰	+6,4‰	-3,4‰
Смертность от болезней системы кровообращения	РФ	+23,5%	-10,4%	+23,5%	-16,7%	+12,8%
	УР	+10,1%	-14,8%	+44,4%	-5,9%	+13,1%
Смертность от внешних причин	РФ	+69%	-25%	+24,3%	-48,5%	-5,1%
	УР	+91%	-37,3%	+45,3%	-48,5%	+4,2%
Смертность от новообразований	РФ	+4,6%	-1,7%	+0,6%	-0,6%	+4,6%
	УР	+8,3%	+0,001%	+6,9%	+6,9%	+25,6%
Смертность населения в трудоспособных возрастах	РФ	+44%	-26,3%	+29,7%	-33,3%	+12,2%
	УР	+71,4%	-34,8%	+59,4%	-24,3%	+33,8%

ЕП* - абсолютный прирост (на 1000 населения).

Как следует из приведенных в таблицах данных, уже через год после принятия Конституции РФ динамика стала меняться в лучшую сторону. В результате чего уровень смертности в 1998 году снизился на 13,4%, и улучшилось большинство демографических показателей.

К сожалению, дефолт 1998 года притормозил наметившиеся позитивные процессы. Это привело к тому, что в течение последующих 5 лет смертность населения по РФ вновь возросла на 20%, а по УР - на 34%. Аналогично изменился уровень смертности от основных классов причин; особенно резко увеличилась смертность в трудоспособных возрастах – на 29,7% в РФ и на 59,4% в УР.

Следует отметить, что в целом за 20 лет с момента принятия Конституции РФ в стране сформировалась устойчивая тенденция к улучшению основных демографических показателей. Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что многие из этих показателей все еще не вышли на докризисный уровень 1990 года.

Одной из причин, послуживших активному началу реформирования отрасли начала, было снижение доли ВВП, направляемой на здравоохранение. Так, перед принятием Конституции РФ доля государственных затрат (в % от ВВП) уменьшилась с 3,6 % 1990г. до 2,5% в 1992г. В процессе разработки проекта Конституции РФ и ее принятия эта доля возросла до 3,9% 1994г. Вместе с тем, в последующем увеличение доли не наблюдалось, а за последние годы даже появилась тенденция к ее уменьшению. (Рисунок 1)

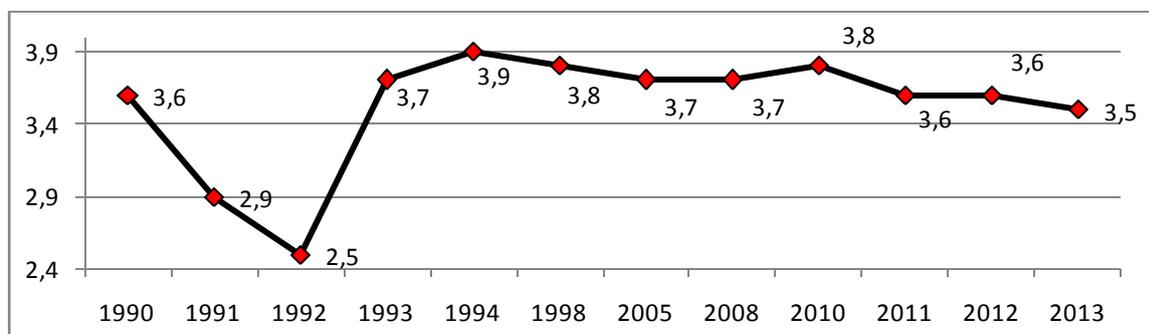


Рис.1. Государственные расходы на здравоохранение (бюджет + ОМС) – в % от ВВП.

Анализ динамики государственных расходов и расходов населения на здравоохранение за последние 5 лет показал, что темпы прироста финансирования по различным источникам имеют существенные отличия. Так, в 2009 году объем государственных расходов (бюджет + ОМС) составил 1653,0 млрд. руб., а в 2013 году - 2318,0 млрд. руб. Объем официальных платных медицинских услуг населения за этот же период увеличился с 223, 0 млрд. руб. до 354,0 млрд. руб. Объем неофициальных платных медицинских услуг населения (рассчитан как разница расходов домашних хозяйств на здравоохранение и официальных платных медицинских услуг) составил в 2013 году 493, 0 млрд. руб. против 230,0 млрд. руб. в 2009 году. Таким образом, государственные расходы на здравоохранение за пятилетний период возросли в 1,4 раза, официальные платные медицинские услуги - в 1,6 раза, а неофициальные - в 2,1 раза.

Проведенное исследование позволяет сформулировать следующие *выводы и предложения*:

1. Принятие Конституции РФ положительно повлияло на основные демографические показатели в стране, и динамику доли государственных расходов на здравоохранение от ВВП. Дефолт 1998 года резко прервал эту позитивную тенденцию, последствия чего до сих пор не позволяют добиться улучшения показателей до докризисного уровня.
2. Представляется целесообразным законодательно закрепить долю государственных расходов на здравоохранение от ВВП страны на уровне 8%, что соответствует рекомендациям ВОЗ и уровню высокоразвитых стран мира.
3. За последнее пятилетие объем платных официальных и неофициальных медицинских услуг существенно превышает темп прироста объемов государственных расходов на здравоохранение. Эти процессы следует привести в соответствие с п.1 ст. 41 Конституции РФ, которая гласит, что «Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях оказывается гражданам бесплатно за счет средств бюджета, страховых взносов и других поступлений».

В последние годы продолжается активная реализация мер по повышению рождаемости и снижению смертности населения, а также по увеличению финансирования здравоохранения. Однако эти процессы требуют усиленного внимания в рамках действующего конституционного поля страны.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации (основной закон)
2. Здравоохранение в России: статистические сборники Федеральной службы государственной статистики <http://www.gks.ru/>
3. Медико-демографические показатели РФ: статистические справочники с 1990 по 2013 гг. ЦНИИОиЗ МЗ РФ <http://www.mednet.ru/>
4. «Государственные доклады о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики» за 1993-2013гг.

ИСТОРИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Тарханов В.С., Андреев М.К., Егорочкина Ю.В., Муратова Е.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань

В период с 1558 по 1786 г.г., как и везде на Руси, помощью душевно больным в г. Астрахани занимались по преимуществу монастыри: Троицкий, основанный во второй половине XVI века и Спасский, в котором во второй половине XVII века было училище, а в середине XVIII века была открыта «странноприимная» больница, которая просуществовала до 1796 г. Эта больница и является первым стационарным медицинским учреждением города.

В 1775 г. при губернских правлениях были учреждены «приказы общественного призрения», на которые возлагалась, выражаясь современным языком, забота о просвещении, здравоохранении и социальном обеспечении. В г. Астрахани «приказ» был открыт в 1786-1787 г.г. Первыми заведениями приказа были богадельни. В них-то «приказ» и начал помещать душевнобольных. Первый такой случай относится к 1789 г. 1 сентября 1792 г. в г. Астрахани была открыта первая гражданская больница - «для излечения больных учредить больницу под названием общей в состоящем над рекой Кутумовой доме, где помещена богадельня, а сию перевести в дом заведенный от приказа для народных училищ по другой стороне Кутумова, состоящей чтобы сии неизлечимые с излечимыми составляли число вообще шестьдесят человек». Для работы в больнице был установлен штат из «одного лекаря, одного подлекаря или порядочного фершала, двух мужчин-сидельников, двух баб-сидельниц, одной смотрительницы за бельем, одной портомои». Лекарь подчинялся смотрителю. В его обязанность входило «смотреть больных два раза в день утром и вечером», а также «вести записки о числе и звании больных и о способах употребляемых для излечения оных». Отныне душевно-больные стали помещаться в открытую соматическую больницу.

В 1798 г. больница уже была перенесена на Паробичев бугор и именовалась Павловскою. В 1799 г. здесь же было открыто убежище для душевнобольных. Имеются косвенные доказательства, с несомненностью устанавливающие год открытия психиатрического стационара. Психиатрический стационар с 1800 г. уже рассматривается, как действенная единица с определенным порядком его работы. Обслуживался он всего лишь одним надзирателем как обычно из отставных унтер-офицеров и «сидельниками» из числа лиц, находящихся в «работном» или «смирительном» домах.

До 1814 г. стационар помещался в каменном доме. Есть основания думать, что состоял он всего из двух «камор» - мужской и женской, что, видимо, и определяло до 1815 г. принцип размещения душевнобольных. А принцип этот заключался в том, что больные, о которых проявляли заботу родственники или лица «дворянского достоинства», не могли помещаться в эти общие «каморы». В 1814 г. каменный корпус психиатрического стационара был занят под смирительный дом, а для душевнобольных был отведен деревянный корпус. В 1815 г. он, видимо, приспособлялся и уже с 1816 г. в него помещались больные «всех сословий», но в разные «покои». В 1816 г., например, был помещен важный больной - титулярный советник Покровский с таким предписанием: «препроводить оного при указе смотрителю для помещения в приличный ему покой, а коль скоро он получит облегчение то, по совету местного штаб-лекаря уволить его из того дома».

Следует упомянуть, что такая категория лиц, как алкоголики, помещались в смирительный дом на основании пункта 256 полицейского устава, который гласил: «буде кто злообычен в пьянстве, непрерывно пьян, или более времени в году пьян, нежели трезв, того отдать на воздержание в смирительный дом дондеже исправится». Надзирателям смирительных домов разрешалось наказывать прутьями («но не более трех ударов за один проступок») или сажать на хлеб и на воду на 3 дня или «в темную тюрьму того дома на неделю».

Так как всякому помещению в психиатрический стационар предшествовало освидетельствование, то мы находим в архивных документах указания на довольно правильный подход в установлении показаний. Так, уже в 1816 г. «препровожденному» олигофрену доктор Цитович отказал в приеме на том основании, что он «не одержим сумасшествием», а от рождения «малоумен, поэтому не лечить его надо, а родители должны смотреть за ним». В 1818 г. в «человеколюбивых заведениях» производилась и военно-психиатрическая, выражаясь современным языком, экспертиза. Образец заключения после месячного испытания рядового Зотова «он, Зотов действительно одержим нервною во внутренностях болезнию по очевидности их, от отраслей чувствительных жил некоторым образом раздражаемых у него судорожных чревных внутренностей припадок, дрожание и трепетание сердца, биение жил, неровное волнующееся, неосновательно часто изменяется, дыхание трудное, в кишках слышно сильное ворчание и туканье, от взаимообразного же сообщения чувствительных жил рождается боль во всей спине, дрожание в руках и сильное изнеможение сил. Болезнь сия признается неизлечимою, поскольку он был лечим, но

без успеху, а посему и к службе вовсе неспособен, так что во время произрастающего недуга повреждаются силы душевные и телесные и всегда означенный недуг происходит перед наступлением переменной погоды».

В 1829 году началось строительство нового каменного здания на Паробичевом бугре, которое закончено в 1842 году. Первым психиатром, приглашенным для работы в Астрахань был Петр Иванович Догаев, который приступил к работе в 1893 г. До этого же года специального врачебного наблюдения в Астрахани за душевнобольными не было. В этом же году доктор Догаев пишет рапорт приказу, в котором сообщает, что количество больных в доме колеблется между 112 и 118, а обслужить ему их крайне затруднительно. Он просит учредить еще одну врачебную ординаторскую должность. Приказ согласился с его предложением и назначил ординатором Федоровича-Ведера. Во второй половине XIX века в инвентаре дома для душевнобольных мы находим уже смиренные рубашки. Просуществовали они до 1931 г. Довольно широко применялась также изоляция больных и одиночки, особенно с открытием новых корпусов.

В 1913 году «дом душевнобольных» именуется уже психиатрическим отделением губернской больницы, а старший врач больницы официально значится заведующим этим отделением. С декабря 1922 г. на базе психиатрических отделений городской больницы стала функционировать кафедра психиатрии Астраханского государственного медицинского института. Первым руководителем кафедры стал один из заведующих специализированных психиатрических отделений психиатр А.Н.Иванов. С мая 1953 г. по 1974 г. кафедрой руководил профессор Халецкий Абрам Миронович - видный представитель отечественной психиатрии, талантливый ученый, прекрасный педагог, крупный организатор психиатрической службы, ранее в течение 20-ти лет работавший в ГНЦ судебной психиатрии им. В.П.Сербского, где возглавлял клинический отдел института. А.М.Халецкий был незаменимым членом редколлегии многих научных работ сотрудников института по вопросам судебной психиатрии, соавтором нескольких учебников и руководств по судебной психиатрии для студентов, врачей и юристов, автором ряда статей в Большой Медицинской энциклопедии, одновременно занимал должность профессора Московского юридического института. В декабре 1964 г. произошло знаменательное для психиатрической службы Астраханской области событие: в соответствии с приказом МЗ РСФСР от 23.12.64 г. образовалась самостоятельная Областная психиатрическая больница. Приказом областного отдела здравоохранения от 25.12.1964г. больница была создана путем выделения психиатрических отделений (480 коек) из состава 1-ой городской клинической больницы. Первым главным врачом вновь образованной Областной психиатрической больницы 05.01.64 г. была назначена Тощева Таисия Епифановна. В дальнейшем на протяжении 29 лет главным врачом областной психиатрической больницы был Моисей Абрамович Расин. Под его руководством больница превратилась в крупнейшее медицинское учреждение области. Благодаря усилиям Моисея Абрамовича построены детское отделение, отделение неврозов, отделение для проведения стационарной судебно-психиатрической экспертизы для лиц, находящихся под стражей, которое в настоящее время является единственным в Южном и Северо-Кавказском Федеральных округах. Именно при М.А.Расине была создана современная судебно-психиатрическая экспертная служба, организовано психиатрическое отделение для лиц, страдающих туберкулезом. В этот же период был создан областной психоневрологический диспансер. Следует сказать, что благодаря усилиям главного врача Марианны Давыдовны Бурди (1964-1974 гг.) в г.Астрахани в одном из первых в стране был создан не только дневной, но и ночной стационары. При диспансере функционировало также и круглосуточное отделение. Были созданы лечебно-трудовые мастерские, открыто специализированное отделение для лиц, утративших социальные связи, появились 2-я и 3-я областные психиатрические больницы. В 1998 г. произошло объединение областной психиатрической больницы и областного психоневрологического диспансера. В настоящее время Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница» является единственным клиническим специализированным психиатрическим учреждением в Астраханской области, которое оказывает все виды специализированной психиатрической помощи. Возглавляет учреждение по настоящее время главный врач, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии Астраханской Государственной Медицинской Академии Хрящёв Александр Валерьевич.

Список литературы

1. Астрахань историческая / Дубин А.И., 2004 – 191 с.,
2. История отечественной психиатрии / Александровский Ю.А., 2013, т. 2 – 480 с.,
3. История Астраханского края / Монография. Издательство Астраханского государственного педагогического университета, 2000 - 1122 с.,
4. Каннабих Ю.В. «История психиатрии», М., 2012, 426 с.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФТИЗИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В КБР

Карданова Л.Д., Инарокова А.М., Кимова Л.Ф., Тхабисимова И.К.

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, г.Нальчик

Туберкулез продолжает оставаться социально зависимой болезнью. Это важная проблема здравоохранения. Для решения проблем туберкулеза, осуществления мер по профилактике этого заболевания, важно изучение взаимосвязи медико-социального статуса и качества жизни больных в каждом отдельном случае и в каждой социальной группе. [1, 2, 3].

С целью определения медико-социальных факторов, негативно влияющих на заболеваемость туберкулезом, нами изучен возрастно-половой состав, семейное положение, уровень образования, социальный статус, качество питания, наличие вредных привычек у 512 больных туберкулезом легких. Из них 270 находились на стационарном и 242 – на амбулаторном этапах лечения.

Возрастно-половой состав обследованных больных туберкулезом легких был следующим: мужчин – 380 (74,2±1,9%), женщин – 132 (25,8±1,9%), то есть удельный вес мужчин с туберкулезом легких почти в три раза выше, чем женщин со статистической достоверностью разницы показателей $p < 0,001$, что отражает уровень заболеваемости по полу.

Подавляющее большинство – 359 больных туберкулезом (70,1±2,0%) относилось к самой трудоспособной и экономически продуктивной возрастной группе от 30 до 59 лет. Наиболее представительной среди мужчин оказалась возрастная категория от 20 до 49 лет - она составила 300 человек (78,9±2,1%), а для женщин – 30-59 лет – 104 пациентки (78,8±3,6%).

Анализ уровня образованности больных туберкулезом показал, что 1/2 больных – 261 (51,0±2,2%) составляли лица с общим средним образованием, около 1/3 пациентов имели среднее специальное образование – 181 (35,4±2,1%), высшее образование было только у 67 (13,1±1,5%). Неполное среднее образование имели лишь 3 человека (0,6±0,3%), возраст которых соответствовал категории лиц старше 70 лет.

Социальная структура больных туберкулезом оказалась следующей: рабочие и служащие составили только 1/3 больных 174 (34,0±2,1%), около 1/3 – 157 (30,7±2,0%) являлись безработными. Пенсионеры составили 97 человек (18,9±1,7%), инвалиды – 51 (10,0±1,3%), учащиеся и студенты – 33 (6,4±1,1%). Таким образом, 2/3 больных туберкулезом - 338 (66,0±2,1%) относятся к социально незащищенным слоям населения (неработающие лица трудоспособного возраста, студенты, пенсионеры, инвалиды).

Среди работающих преобладали представители рабочих профессий (водители, сварщики, каменщики, дворники, разнорабочие и т.д.) – 102 (19,9±1,8%), служащие составили 65 человек (12,7±1,5%), работники коммерческих структур – 7 (1,4±0,5%).

Сравнительный анализ социальной структуры больных туберкулезом мужчин и женщин показал, что среди женщин наибольший удельный вес составляли пенсионерки - 38,6±4,2%, а среди мужчин - безработные - 36,3±2,5%. Это можно объяснить значительно более низкой продолжительностью жизни мужчин в республике, как и в целом по стране.

Анализ семейного положения туберкулезных больных свидетельствует, что 1/2 пациентов - 271 (52,9±2,2%) состояла в браке. Как видно из данных, представленных в таблице 8, достоверной разницы между семейным положением мужчин и женщин не выявлено за исключением того, что среди женщин достоверно больше овдовевших - 13,6±3,0%, чем среди мужчин - 2,9±0,9% ($p < 0,001$).

Огромную роль в распространении туберкулеза играет образ жизни. Здоровый образ жизни характеризуется сбалансированным питанием, социальной и медицинской активностью, способностью справляться со стрессовыми ситуациями. Исходя из концепции факторов риска и образа жизни, предложенной Ю.П. Лисициным (1998), образ жизни составляет 50-55% всех обусловленных факторов, а главное, в отличие от социальных и природных условий, действует непосредственно на здоровье. В развитии и прогрессировании туберкулеза легких поведенческий аспект образа жизни играет большую роль. Для выявления этих факторов необходимо изучение таких аспектов как несбалансированное питание, употребление алкоголя и курение [3,4].

В зависимости от семейного бюджета, основная доля расходов - от 60 до 100% приходится на питание. Известно, что чем меньше доход семьи, тем большая часть расходуется на питание. Несбалансированное питание является одним из основных факторов риска развития туберкулеза. Для больных туберкулезом характерно снижение массы тела, поэтому рациональному питанию следует уделять особое внимание.

Питание, как важнейшая составляющая социально-гигиенической характеристики образа жизни, также рассматривалась нами у больных туберкулезом. Около 1/3 обследованных больных – 168 (32,8±2,1%) оценили

качество своего питания как неудовлетворительное и неполноценное. Большинство из них отметили недостаток белковых продуктов (мяса, рыбы, сыра, реже яиц, сливочного масла, молока) и витаминов в рационе. При этом увеличивалось потребление больными менее ценных продуктов – углеводов. Относительно удовлетворительным качеством своего питания считали 150 больных (29,3±2,0%), полноценным – 194 (37,9±2,1%). Достоверной разницы в качестве питания мужчин и женщин выявлено не было.

Курение является одной из самых вредных сторон нездорового образа жизни, опасным для здоровья не только самих курящих, но и окружающих их некурящих. Курение – бесспорный фактор риска болезней легких. Анализируя данные анкет, мы установили, что, несмотря на наличие подтвержденного диагноза туберкулеза, курит 261 пациент (51,0±2,2%): 248 мужчин (65,3±2,4%) и 13 женщин (9,8±2,6%). Следует отметить, что никогда не курили – 123 обследованных (24,0±1,9%). Курящие пациенты предпочитают сигареты.

К важным факторам риска, связанным с образом жизни населения, относится злоупотребление алкоголем. С помощью анкетирования было изучено отношение больных туберкулезом легких к употреблению алкоголя. Несмотря на наличие подтвержденного диагноза, злоупотребляли алкоголем, то есть принимали спиртные напитки чаще 1 раза в неделю, 98 пациентов – 19,1±1,7%. умеренно употребляли алкоголь (не чаще 1 раза в неделю) 52 больных – 10,2±1,3%. Употребляют спиртные напитки редко (не чаще 1 раза в месяц) 45 больных – 8,8±1,3%. Следует учесть также и определенный субъективизм пациентов при заполнении анкет по этому вопросу.

Для более полной медико-социальной характеристики больных туберкулезом мы изучили их социальное происхождение. Больше половины больных – 342 (66,8±2,1%) из семьи рабочих, 101 (19,7±1,8%) – крестьян, 69 (13,5±1,6%) – служащих. Нас также интересовала среда, в которой вырос больной, а именно воспитывался он в полной или неполной семье, в интернате, детдоме. Оказалось, что 427 больных (83,4±1,7%) воспитывались с родителями, 69 (13,5±1,5%) – росли в семье без отца, 7 (1,4±0,5%) – без матери, 2 (0,4±0,3%) – в детдоме, 7 (1,4±0,5%) – в интернате.

Анализ жилищных условий больных туберкулезом показал, что основная масса – 278 пациентов (54,3±2,2%) имели жилье с частичными удобствами, плохо проветриваемое, заставленное вещами, при этом они отмечали скученность жильцов.

Таким образом, проведенное анкетирование больных туберкулезом легких в КБР показало, что к медико-социальным факторам, оказывающим наиболее негативное влияние на заболеваемость туберкулезом, относятся:

- ◆ возрастно-половой фактор, а именно мужской пол и возраст от 20 до 59 лет;
- ◆ низкий уровень образования;
- ◆ социальный статус и степень трудовой занятости, чаще всего – принадлежность к социально незащищенным слоям населения;
- ◆ национальная принадлежность к балкарцам или кабардинцам;
- ◆ неполноценное, недостаточное питание с дефицитом белка и витаминов в рационе;
- ◆ курение;
- ◆ злоупотребление алкоголем;
- ◆ неудовлетворительные жилищно-бытовые и санитарные условия.

Изучение медико-социальных особенностей больных туберкулезом легких в КБР позволяет нарисовать следующий медико-социальный портрет больного туберкулезом легких: мужчина 20-49 лет, балкарец или кабардинец с общим средним или средним специальным образованием, безработный или рабочий, занимающийся тяжелым физическим трудом, но находящийся за "чертой бедности", женатый, курящий, злоупотребляющий спиртными напитками, страдающий инфильтративным или фиброзно-кавернозным туберкулезом с деструкцией легочной ткани и бактериовыделением. Или женщина 30-59 лет, балкарка или кабардинка со средним общим или специальным образованием, чаще пенсионерка, домохозяйка или студентка, основным источником дохода которой является социальное пособие, замужняя или вдова, страдающая инфильтративным или фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в фазе распада с бактериовыделением.

Список литературы

1. Горбач Л.А., Солонко И.И. Особенности заболевания и качества жизни женщин, больных туберкулезом органов дыхания // Большой медицинский журнал. - 2002. - №2. – С.1-5.
2. Гурылева М.Э., Горбунова Л.А., Ловачева О.В., Корнилова З.Х. Качество жизни больных туберкулезом на санаторном этапе лечения // Пробл. туб. – 2005. - №7. – С.17-22.
3. Карданова Л.Д. Медико-социальные аспекты качества жизни больных туберкулезом легких. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2006. – 28 с.

4. Тхабисимова. И.К. Медико-социальные и эпидемиологические аспекты семьи больного туберкулезом: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Москва, 2003.- 24с.

МНЕНИЕ ВРАЧЕБНОГО ПЕРСОНАЛА МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ Г.МОСКВЫ О РЕЗУЛЬТАТАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Бадма-Гаряев М.С.*, Филиппова В.И.**

*ГБУЗ Городская клиническая больница № 7 г.Москвы

**ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени
Н.А. Семашко» г.Москва

Модернизация системы здравоохранения, направленная на повышение доступности, качества медицинской помощи и эффективности функционирования отрасли является ведущим направлением её совершенствования [1, 2].

Оценка деятельности учреждений здравоохранения, тенденций в системе оказания медицинской помощи, результатов реформирования отрасли и реализации Программы модернизации непосредственными участниками организации и оказания медицинской помощи населению является важной информационной базой для принятия адекватных управленческих решений организаторами здравоохранения по повышению эффективности системы медицинского обслуживания.

Методом анонимного анкетного опроса проведено социологическое исследование среди врачей и руководителей Городской клинической больницы № 7 г. Москвы в количестве 210 человек по 22 специальностям.

Выборочная совокупность составила 38,7% от общей численности физических лиц врачей (542 человека) в больнице, коечная мощность которой в 2013 г. составила 1548 коек.

Из общего количества опрошенных 4 - заместители главного врача (1,9%), 39 заведующих отделениями (18,6%) и 167 врачей (79,5%).

Основная часть (2/3) опрошенных лиц это лица наиболее активного трудоспособного возраста: от 35 до 44 лет - 34,3%, от 45 до 54 лет - 28,2%. Доля респондентов молодого трудоспособного возраста (от 25 до 34 лет) составила пятую часть опрошенных (21,9%). Лица пенсионного возраста (от 55 до 64 лет) составили 10,9%, старшего пенсионного возраста (от 65 до 74 лет) - 4,7%.

Более половины опрошенных врачей (57,2%) имеют врачебный стаж от 10 до 30 лет, в том числе от 11 до 20 лет - 34,8%, от 21 до 30 лет - 22,4%, имеющие врачебный стаж до 5 лет составили 11,4% от общего число респондентов. Меньшую долю (9,5%) составили врачи, проработавшие от 31 до 40 лет - лица пенсионного возраста. Десятую часть опрошенных (11,4%) составили молодые врачи со стажем работы до 5 лет. Врачи, проработавшие свыше 41 года, составили 4,8% от всех респондентов.

Среди респондентов 45,7% имели высшую квалификационную категорию, 13,3% - первую, 7,6% - вторую. Треть респондентов (33,4%) не имели аттестационной категории.

Почти каждый пятый респондент (19,6%) - 41 человек имеют учёную степень кандидата медицинских наук, 1 - доктора медицинских наук.

Изучение мнения врачей включало оценку респондентами некоторых аспектов эффективности деятельности многопрофильной больницы и состояния материально-технической базы учреждения в условиях реализации Программы модернизации столичного здравоохранения в 2011-2013 гг.

По данным исследования, отношение врачей к состоянию организации лечебно-диагностического процесса в больнице в результате внедрения Программы модернизации здравоохранения оказалось неоднозначным.

Четвертая часть респондентов (25,8%) считает совершенной организацию лечебно-диагностического процесса в больнице. Почти половина опрошенных врачей (47,9%) считают организацию лечебно-диагностической помощи не в полной мере совершенной, 15,3% опрошенных дали отрицательную оценку организации лечебно-диагностического процесса, 11,0% респондентов затруднились с ответом.

На вопрос об информированности врачей о содержании и реализации Программы модернизации здравоохранения г. Москвы в 2011-2013 гг. и участия в ней ГКБ № 7 положительный ответ дали 59,3% респондентов (124 чел.), не в полной мере владел информацией каждый четвертый (23,5%), ничего не знал о программе модернизации каждый 6-ой (14,8%) опрошенный, затруднились ответить 2,4% респондентов (6 чел.).

Из группы респондентов, полностью информированных о содержании и цели программы модернизации здравоохранения г. Москвы дали положительную оценку - 77,4%, о трицательное отношение высказали 22,6%.

Из всех опрошенных врачей положительное отношение к программе модернизации выразили 46,2%, отрицательное - 10,0%, затруднились ответить 43,8%.

Довольно значительная часть респондентов, затруднившихся с ответом об отношении к Программе модернизации, указывает на необходимость организации администрацией информационно-образовательной работы среди врачебного персонала больницы по регулярному ознакомлению с программными документами, определяющими основные концептуальные направления развития здравоохранения и учреждения в частности.

Анкетирование показало, что наиболее часто позитивную оценку Программе модернизации здравоохранения высказывают респонденты, имеющие врачебный стаж от 11 до 20 лет (53,4%) и от 21 до 30 лет (51,1%), т.е. контингент, обладающий достаточным уровнем профессионализма и квалификации.

По мнению 53,9% врачей больницы реализация Программы модернизации здравоохранения на уровне ГКБ № 7 способствовала улучшению оснащения современным оборудованием, обновлению его парка с учетом последних достижений науки и техники.

По мнению 43,3% опрошенных врачей Программа модернизации здравоохранения повлияла на улучшение качества и доступности специализированной помощи в больнице, 25,7% считают, что они улучшились не в полной мере, 22,9% - затруднились с ответом, дали отрицательный ответ 8,1% респондентов.

Большинство опрошенных врачей больницы (60,5%) считают, что обеспечение больницы современным медицинским оборудованием, аппаратурой привело к повышению качества и доступности лечебной и диагностической помощи пациентам, треть анкетированных (30,5%) - считают, что не в полной мере, дали отрицательный ответ - 3,8%, затруднились с ответом 5,2%.

По данным социологического исследования, большая часть респондентов (70,3%) считает, что эффективность, интенсивность использования медицинского оборудования в больнице в результате реализации Программы модернизации здравоохранения г. Москвы повысились, 12,5% опрошенных дали ответ - «не в полной мере», 2,4% ответили отрицательно и 14,8% врачей затруднились ответить.

Наибольшая частота положительной оценки повышения эффективности и интенсивности использования медицинского оборудования в больнице в результате Программы модернизации отмечается среди респондентов имеющих наибольший врачебный стаж.

Так, доля положительных ответов среди респондентов со стажем от 31 до 40 лет составила 85,0%, от 21 до 30 лет - 74,5%, от 11 до 20 лет - 69,9%, от 6 до 10 лет - 61,1%, со стажем выше 41 года - 50,0%.

Одной из задач настоящего социологического исследования явилось определение мнения врачей о критериях оценки повышения эффективности использования медицинского оборудования в связи с Программой модернизации здравоохранения.

Наиболее часто респонденты предлагают в качестве критериев использовать следующие: увеличение объёма и перечня высокотехнологичных методов диагностики и лечения - 50,5 ответа на 100 опрошенных, увеличение числа пролеченных пациентов - 46,6 ответа на 100 опрошенных, улучшение качества лечебной и диагностической помощи - 45,2 ответа на 100 опрошенных, улучшение клинических исходов лечения - 33,3 ответа на 100 опрошенных, уменьшение средней длительности пребывания в стационаре - 30,0 на 100 опрошенных.

Таким образом, большинством респондентов отмечено позитивное влияние Программы модернизации здравоохранения, которое выразилось в улучшении оснащения больницы современным оборудованием с внедрением новейших достижений науки и техники в деятельность больничного учреждения, повышении качества и доступности специализированной, лечебно-диагностической помощи, способствовало расширению перечня и объёма современных высокоинформативных методов диагностики, в том числе в центрах высоких медицинских технологий, работающих на базе ГКБ № 7.

Список литературы

1. Постановление Правительства Москвы от 07. 04. 2011 № 114-ПП «О Программе модернизации здравоохранения города Москвы на 2011-2012 гг.».
2. Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В., Шейман И.М., Шишкин С.В. Медицинские работники о процессе модернизации здравоохранения (по результатам социологических опросов) //Здравоохранение - 2011. - № 1. - С. 21-30.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Попова Т.В.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области, г. Челябинск

Актуальность. Основной задачей здравоохранения в настоящих условиях состоит в обеспечении доступности и качественной медицинской помощи, формирование и развитие трёхуровневой системы организации медицинской помощи [1].

Медицинские услуги, оказываемые на уровне первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медицинской помощи, значимо влияют на качество жизни и на уровень заболеваемости, как самые приближенные к человеку и сопровождающие его на протяжении всей жизни [2].

Одной из сложностей современной медико-демографической ситуации в стране является высокий уровень заболеваемости населения [3].

Для принятия управленческих решений в здравоохранении на региональном уровне необходимо анализировать деятельность медицинской службы на уровне региона, а также учитывать изменения структуры заболеваемости населения [4].

Программы развития здравоохранения региона разрабатываются с учетом местных медико-демографических показателей, структуры заболеваемости и смертности. [5].

Особую значимость эти данные приобретают при формировании территориальной программы государственных гарантий субъектом Российской Федерации, в том числе базовой программы обязательного медицинского страхования (далее - ОМС), для эффективной её реализации на региональном уровне и финансирования.

Даже в сложных экономических условиях хорошо организованная система управления качеством и обоснованное распределение финансов позволяет влиять на лечебно-диагностический процесс, внедрять современные технологии, более эффективно расходовать финансовые ресурсы, повысить удовлетворенность населения медицинским обслуживанием.

Цель исследования – проанализировать медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных и стационарных условиях детскому населению Челябинской области (далее именуется – ЧО) за период 2006-2013 годы, в рамках обязательного медицинского страхования.

Материалы и методы.

Данные первичной и общей заболеваемости детского населения Челябинской области представлены в годовых информационных сборниках государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной информационно-аналитический центр» (далее именуется - ГБУЗ «ЧОИАЦ»).

Обобщены данные расчётных ведомостей медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь детскому населению ЧО в рамках ОМС, за период 2006-2013 годы.

Результаты исследования и обсуждение.

Численность детского населения Челябинской области на 01.01.2013 года представлена в Табл. 1.

Таблица 1.

Численность населения Челябинской области.

численность	общее население	детское население
городское	2 875 003 (82%)	547 420 (79%)
сельское	615 050 (18%)	138 513 (21%)
общее количество	3 490 053 (100%)	685 933 (100%)

Детское население составляет пятую часть населения области. Сельское детское население -21%, в городах проживает 79% детей области.

Основным источником информации о заболеваниях граждан является данные о заболеваемости по обращаемости. При анализе заболеваемости по данным обращаемости следует помнить, что она не отражает истинную картину состояния здоровья населения, так как зависит от обращаемости населения. На обращаемость, в свою очередь, оказывает влияние доступность медицинской помощи, квалификации врачей, медицинская активность населения и другие факторы. Кроме того, в настоящее время население имеет возможность получать

медицинскую помощь, помимо территориальных медицинских организаций (далее именуется - МО), в ведомственных учреждениях, частных клиниках.

Структуру общей заболеваемости по обращаемости детей в возрасте до 14 лет и подростков ЧО представлена в Табл.2,3 (по отчётам медицинских организаций на 01.01.2013)

Таблица 2.

Структура заболеваемости детей до 14 лет Челябинской области (общая заболеваемость по обращаемости) (данные ГБУЗ «ЧОИАЦ»).

I	Болезни органов дыхания (1361,5)
II	Болезни органов пищеварения (153,9)
III	Болезни кожи и подкожной клет-ки (127,6)
IV	Нек инф. и паразитарные болезни (122)
V	Травмы,отравл.и нек.др.посл возд.внеш (121)
VI	Болезни глаза и его придап. (105)
VII	Болезни нервной системы (98)
VIII	Б-ни костно-мышечной с-мы и соед.тк.(95)
IX	Бол-ни энд.сист.рас-ва пит.и нар.обм.в-в (69)
X	Болезни мочеполовой системы (65)
XI	Болезни уха и сосцевидного отростка (61)

Таблица 3.

Структура заболеваемости подростков Челябинской области (общая заболеваемость по обращаемости) (данные ГБУЗ «ЧОИАЦ»)

I	Болезни органов дыхания (807,0)
II	Болезни органов пищеварения (209)
III	Б-ни костно-мышечной с-мы и соед.тк.(202)
IV	Травмы,отравл.и нек.др.посл возд.внеш (190)
V	Болезни глаза и его придап. (188,8)
VI	Болезни мочеполовой системы (148)
VII	Психические ра-ва и рас-ва поведения (118)
VIII	Болезни нервной системы (105)
IX	Болезни кожи и подкожной клет-ки (101,9)
X	Бол-ни энд.сист.рас-ва пит.и нар.обм.в-в (93)
XI	Болезни системы кровообращения (62)
XII	Нек инф. и паразитарные болезни (61)

Болезни органов дыхания составляют половину всех причин обращений за медицинской помощью детей до 14 лет, у подростков - 30 процентов. Ведущие позиции занимают в структуре заболеваемости у детей до 14 лет болезни органов пищеварения, болезни кожи и подкожной клетчатки, инфекционные заболевания; у подростков – болезни органов пищеварения, болезни костно-мышечной системы и травмы, отравления, некоторые другие последствия воздействий внешней среды.

В нашем исследовании мы провели анализ медицинских услуг, оказываемые специалистами медицинских организаций в рамках первичной медико-санитарной помощи детям ЧО медицинскими организациями в системе обязательного медицинского страхования.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2012г. № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи» первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях, в том числе и врачами - специалистами.

Медицинские организации ведут раздельный учёт амбулаторно-поликлинических посещений с профилактической целью и с лечебно-диагностической целью (по поводу заболеваний), а также дифференцируются обращения по месту оказания медицинской помощи: в поликлинике и на дому.

В Табл.4 представлен удельный вес посещений, осуществлённые специалистами области детскому населению ЧО, по цели и месту посещений.

Таблица 4.

Структура посещений по цели и месту посещений в МО (ОМС) (%).

Год	поликлиника		на дому	
	леч-диагн.	проф.	леч-диагн.	проф.
2006	47,49	36,24	14,95	1,32
2007	45,99	37,05	15,35	1,61
2008	45,85	37,68	14,68	1,79
2009	46,86	36,26	15,16	1,72
2010	47,77	36,40	14,18	1,64
2011	47,47	36,62	14,26	1,66
2012	49,56	34,59	14,25	1,60
2013	47,89	36,38	14,37	1,35

На дому осуществляются посещения с лечебно-диагностической целью в 97% посещений педиатрами среди всех посещений, оказанных на дому.

Доля медицинских услуг, оказанных педиатрами в амбулаторно-поликлинических условиях, в общей структуре посещений детского населения составила от 58,1% в 2006 году до 60,4% в 2013 году.

Количество обращений к специалистам различных специальностей (без учёта обращений к педиатру) в общей структуре представлены в Табл.5.

Таблица 5

Удельный вес консультаций специалистов
(без учёта обращений к педиатру).

Специалисты	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	р.	С
Аллерг.-имм.	,32	,57	,34	,16	,20	,28	,24	,25	,3	2
Врач восст.мед.	,20	,48	,60	,54	,15	,39	,25	,46	,8	1
Врач приём.пок.	,00	,00	,35	,58	,73	,81	,90	,11	,6	0
Гастроэнтеролог	,67	,59	,89	,83	,73	,94	,79	,10	,8	2
Гематолог	,30	,40	,38	,44	,42	,45	,36	,44	,4	0
Ак-гинеколог	,24	,12	,30	,16	,49	,67	,25	,73	,1	2
Дерматолог	6,1	5,9	4,8	5,4	5,0	3,6	4,5	,37	4,3	1
Инфекционист	,90	,16	,16	,25	,39	,27	,65	,44	,0	3
Кардиолог	,65	,01	,42	,58	,40	,48	,11	,08	,5	3
Невролог	4,1	3,7	3,4	3,3	2,9	2,6	2,7	4,1	3,4	1
Нефролог	,17	,33	,18	,26	,26	,38	,47	,39	,3	1
Онколог	,04	,16	,19	,17	,10	,06	,09	,10	,1	0
Отоларинголог	5,7	5,3	5,1	4,3	4,5	4,0	3,4	3,5	4,5	1
Офтальмолог	4,2	4,5	4,7	4,7	4,1	3,4	4,3	5,4	4,4	1
Психо терапевт	,40	,37	,43	,58	,66	,68	,53	,00	,5	0

Пульмонолог	,36	,40	,44	,65	,61	,59	,64	,46	,5
Ревматолог	,09	,79	,35	,33	,30	,21	,11	,10	,4
Сурдолог-отол.	,06	,05	,06	,34	,33	,29	,32	,48	,2
Травматол.-орт.	,12	,87	,60	,54	,51	,09	,66	,60	,6
Уролог	,23	,59	,71	,51	,79	,53	,67	,09	,6
Хирург	0,5	,51	,37	,42	,40	,29	,32	0,6	,7
Чел.-лиц. хир	,00	,01	,02	,02	,02	,03	,03	,03	,1
Эндокринолог	,70	,08	,06	,96	,01	,94	,72	,17	,0

В общей структуре в убывающем порядке представлены консультации дерматолога (от 16,1% до 9,4%), отоларинголога (с 15,6% до 13,5%), офтальмолога (с 14,2% до 15,4%), невролога (с 14,2% до 14,0%), детский хирург (с 10,4% до 10,6%), травматолог - ортопед (с 8,1% до 9,6%), детский эндокринолог (с 3,7% до 4,1%) и детский кардиолог (с 2,6% до 4,1%), акушер-гинеколог (с 1,2% до 3,7%).

Посещения учитываются по цели посещения: с лечебно-диагностической и профилактической, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.05.2002 № 545 «О заполнение медицинской документации».

Доля посещений с профилактической целью в общей структуре обращений за медицинской помощью детского населения различна у специалистов (Табл.6)

Таблица 6

Удельная доля посещений с профилактической целью специалистов области (%).

специалисты	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	ср
Аллерголог-имм	5	6	6	6	5	4	3	2	4,6
Гастроэнтеролог	2	5	15	12	6	8	7	4	7,4
Ак-гинеколог	59	58	67	68	59	48	48	46	56,6
Дерматолог	81	66	81	66	83	93	81	81	79,0
Инфекционист	50	55	47	49	52	55	44	47	49,9
Кардиолог	19	18	14	16	14	11	12	12	14,5
Невролог	54	56	57	57	55	57	56	57	56,1
Нефролог	1	0	1	5	2	4	5	2	2,5
Отоларинголог	49	49	51	52	50	51	49	50	50,1
Офтальмолог	59	58	58	54	53	56	52	54	55,5
Педиатр	29	30	30	28	29	26	25	28	28,1
Психотерапевт	1	6	8	11	9	9	7	0	6,4
Пульмонолог	18	19	16	10	7	7	6	0	10,4
Ревматолог	13	17	30	30	36	23	3	0	19,0
Травмат.-орт	16	18	23	26	25	27	28	29	24,0
Уролог	61	69	71	58	60	55	61	49	60,5
Хирург	55	58	59	59	59	59	57	60	58,3
Эндокринолог	62	66	65	63	61	60	50	53	60,0

У педиатров (участковых) треть посещений осуществлялось с профилактической целью.

Больше половины всех посещений с профилактической целью составили у дерматолога (от 66% до 93%), детского уролога-андролога (от 49% до 71%), у акушера-гинеколога (от 46% до 68%), у детского хирурга (от 55% до 60%), у детского эндокринолога (от 50 % до 66%), у инфекциониста (от 44% до 55%), у отоларинголога (от 49% до 52%).

Дерматологи самые посещаемые специалисты, профилактические осмотры у дерматолога составили 79% в общей структуре.

Значительное количество консультаций с лечебно-диагностической целью осуществлялось при обращении к аллергологу-иммунологу (95,4%), гастроэнтерологу (92,6%), нефрологу (97,5%), пульмонологу (89,6%), кардиологу (85,5%).

Стационарная медицинская помощь оказывается при состояниях ребёнка, требующего круглосуточного врачебного наблюдения и активного медикаментозного лечения.

Провели анализ пролеченных пациентов, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях и число проведенных ими койко-дней в разрезе профилей медицинской помощи, что представлено в Табл.7.

Таблица 7

Стационарная медицинская помощь детскому населению Челябинской области в разрезе профилей (пролеченные больные %) за 2006-2013гг.

профиль	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	ср
Аллергологическ.	0,91	0,95	1,22	1,23	1,18	1,14	1,13	1,11	1,1
Гастроэнтеролог.	2,79	2,50	2,55	2,61	2,60	2,73	2,55	2,39	2,6
Гематологические	0,07	0,07	0,07	0,06	0,07	0,18	0,14	0,15	0,1
Гн.хирургические	1,18	1,09	0,98	0,89	1,10	1,07	1,02	0,97	1,0
Дерматологическ.	1,79	1,52	1,31	1,10	1,21	1,10	1,15	1,12	1,3
Для новорожден.	25,09	27,25	28,47	27,04	26,63	26,62	29,44	28,92	27,4
Инфекционные	21,75	21,33	20,04	21,68	21,11	20,58	19,15	18,81	20,6
Кардиологические	0,56	0,57	1,01	1,33	1,34	1,54	1,50	0,95	1,1
Неврологические	3,18	3,11	3,49	3,73	3,61	3,47	3,26	3,22	3,4
Нефрологические	1,65	1,27	1,62	1,65	1,59	1,64	1,51	1,61	1,6
Онкологические	0,10	0,11	0,10	0,08	0,08	0,35	0,33	0,38	0,2
Ортопедические	0,40	0,40	0,69	0,38	0,39	0,65	0,64	0,71	0,5
Отоларингологич.	1,33	1,91	2,00	1,63	2,40	1,92	1,95	1,87	1,9
Офтальмологичес	1,82	1,81	1,62	1,53	1,48	1,89	1,76	1,76	1,7
Педиатрические	23,97	21,41	18,47	19,18	17,76	17,90	16,61	22,15	19,7
Пед. для гр.детей	4,73	5,92	6,88	6,95	7,63	7,12	8,10	2,90	6,3
Пульмонологич.	0,99	0,93	0,78	1,22	1,11	0,77	0,99	1,03	1,0
Ревматологическ.	0,23	0,19	0,23	0,22	0,21	0,20	0,20	0,66	0,3
Травматологиче	1,84	1,86	2,01	1,65	1,96	2,27	2,02	2,28	2,0
Урологические	1,90	2,02	1,95	1,74	1,75	2,09	1,91	2,01	1,9
Хирургические	2,68	2,77	3,54	2,70	3,34	3,29	3,37	3,68	3,2
Чел-лиц. хирургия	0,45	0,40	0,44	0,53	0,60	0,65	0,44	0,43	0,5
Эндокринологич.	0,60	0,63	0,53	0,88	0,85	0,84	0,83	0,89	0,8

Медицинская помощь новорожденным составила в общей госпитальной педиатрической структуре пролеченных пациентов от 25% в 2006 году до 28,9% в 2013 году. Педиатрическая стационарная помощь была оказана в четверти случаев всех госпитализаций (от 27,7% в 2006 году до 25% в 2013 году).

Медицинская помощь на инфекционных койках составила в общей структуре от 21,7% до 18,8%, что обусловлено физиологическими особенностями детского организма и соответствующими стандартами, порядками оказания медицинской помощи.

При госпитализации на специализированные соматические койки превалирует по количеству пролеченных больных неврологический профиль (3,4%), затем гастроэнтерологические (2,6%), нефрологические (1,6%) и дерматологические койки (1,3%).

При госпитализации на хирургические койки по количеству пролеченных больных превалирует хирургические (3,2%), травматологические (2,0%), урологические (1,9%) и отоларингологические (1,9%), офтальмологические (1,7%).

Отмечается тенденция уменьшения количества пролеченных пациентов на педиатрических койках за счёт увеличения числа пролеченных пациентов на специализированных профилях коек.

Средняя длительность лечения представлена на различных профилях (Табл.8).

Средняя длительность госпитализации в МО ЧО за 2006-2013 гг.

Профиль	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Аллергологическ.	11,5	11,5	11,9	12,2	12,3	12,2	11,6	11,1
Гастроэнтеролог.	15,8	14,5	13,9	13,8	13,3	13,0	12,7	12,8
Гематологические	22,6	19,0	21,5	20,5	18,6	17,9	17,9	16,4
Гн. хирургические	6,7	6,4	6,0	6,0	8,2	8,1	8,6	7,8
Дерматологическ.	17,1	16,2	16,4	15,6	17,8	15,9	15,3	14,6
Для новорожден.	6,1	5,9	5,9	5,7	5,4	5,1	4,7	4,5
Инфекционные	8,6	8,2	7,7	7,6	7,2	7,1	7,2	7,0
Кардиологические	10,9	8,8	12,9	14,4	14,3	13,5	13,6	14,2
Неврологические	13,9	12,7	12,7	11,6	12,1	11,6	11,8	11,3
Нефрологические	15,9	14,4	13,1	13,0	13,1	12,2	11,6	11,2
Онкологические	17,0	17,5	16,6	15,3	15,9	18,5	19,8	18,1
Ортопедические	16,1	15,2	12,6	12,8	12,7	7,5	10,5	10,2
Отоларингологич.	8,0	7,1	6,6	7,1	6,8	6,7	6,2	5,8
Офтальмологичес	9,1	8,2	8,7	8,0	7,8	7,1	7,5	7,0
Педиатрические	11,0	10,3	9,7	9,4	8,8	8,7	10,8	8,3
Пед. для гр. детей	11,0	9,7	9,7	9,1	9,1	9,7	6,3	15,8
Пульмонологич.	14,7	13,9	14,0	13,1	12,6	16,1	12,1	10,2
Ревматологическ.	20,3	18,1	18,2	17,1	16,6	14,7	14,6	15,1
Травматологиче	9,5	9,2	10,0	9,6	10,1	9,2	8,7	8,6
Урологические	6,3	6,1	6,2	5,7	5,7	5,7	6,4	4,8
Хирургические	4,5	3,6	4,6	3,9	4,6	4,3	4,4	3,7
Чел-лиц. хирургия	5,3	5,4	5,6	6,7	5,9	6,0	6,9	6,4
Эндокринологич.	15,2	13,7	15,2	13,0	12,7	13,3	13,0	11,7
Ср. длит. леч.	9,4	8,6	8,4	8,2	8,0	7,8	7,7	7,4

Отмечается увеличение длительности лечения на койках хирургического профиля (гнойные), челюстно-хирургического, онкологического, кардиологического профилей.

Выводы

1. За 2006-2013 годы отмечается тенденция к снижению доступности амбулаторной квалифицированной специализированной помощи детскому населению, увеличивается удельный вес консультаций педиатров.
2. Увеличивается доля пролеченных детей на специализированных койках, что происходит за счёт уменьшения пролеченных больных на педиатрических койках.
3. Отмечается тенденция уменьшения среднего срока стационарной госпитализации детей по области.

Список литературы

1. Письмо Минздрава России от 08.11.2013 N 11-9/10/2-8309 "О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов".
2. Баранов, А.А., А.Г. Ильин, С.Р. Конова, Е.В. Антонова Пути повышения качества доступности медицинской помощи детям в условиях первичного звена здравоохранения / А.А. Баранов, А.Г. Ильин, С.Р. Конова, Е.В. Антонова // Вопросы современной педиатрии / 2009 / Том 8 / № 4. - С. 5-9
3. Медков, В.М. Демография: учебное пособие. – Ростов-на-Дону: «Феникус», 2002 г. – 448 с
4. Валлиулина, С.А., Н.Н. Ваганов, Е.В. Карпучин Основные направления совершенствования стационарной помощи детям / Валлиулина, С.А., Н.Н. Ваганов, Е.В. Карпучин // Тихоокеанский медицинский журнал. 2005, № 3, С. 5-7
5. Ефимова, Н.К. Региональные программы модернизации здравоохранения: методика и индикаторы реализации / Н.К. Ефимова // Медицинская статистика и оргметод работа в учреждениях здравоохранения / 2011, N 9, с. 7-9

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ (2004-2013 Г.Г.)

Гриб М.Н., Орешина А.В., Туличев А.А., Денисенко А.В.

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, г.Нижний Новгород

Аннотация: проведен анализ онкологических заболеваний населения Нижегородской области за последнее десятилетие. Обозначена динамика и морфологическая принадлежность злокачественных новообразований, за 2004-2013 годы, проанализированы показатели смертности.

На современном этапе развития онкологической службы существенное значение имеет ранняя диагностика ЗНО для снижения смертности населения от злокачественных новообразований. По мнению главы ассоциации онкологов России В.И. Чиссова, 90-95% успеха практической онкологии определяется выявлением заболеваний на ранних стадиях. Злокачественные новообразования являются одной из причин смерти во всем мире, общее число онкологических заболеваний в мире растет.

Специалисты Международного агентства по изучению рака (МАИР) к 2020г. прогнозируют увеличение заболеваемости злокачественными опухолями до 15 млн. человек, при одновременном возрастании смертности с 6 до 9 млн. в год.

По данным официальной статистики, за последние 10 лет общая онкологическая заболеваемость в России увеличилась в полтора раза

В России ежегодно от рака умирает около 300 тыс. человек, около 30% пациентов умирают в первый год после постановки диагноза

В структуре смертности в России злокачественные новообразования определяют 15,2% случаев смерти мужчин (третье место) и 14,3% - женщин старше 20 лет (второе место). За последние 10 лет в целом по России и по Нижегородской области отсутствует тенденция снижения показателей смертности населения от онкологических заболеваний (Рисунок 1).

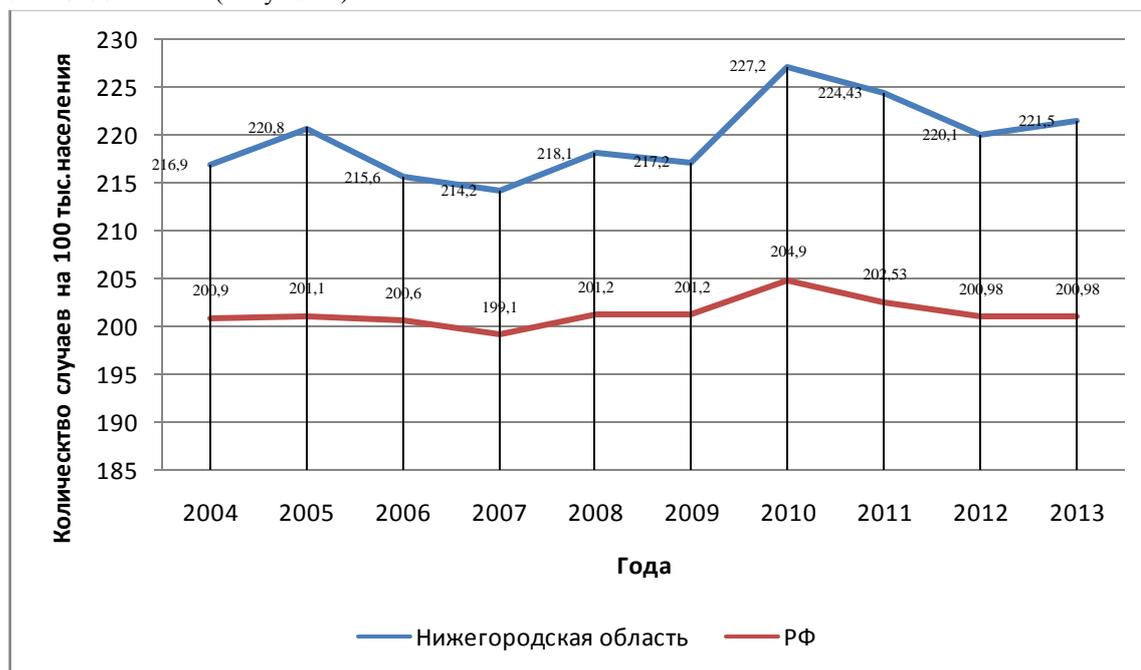


Рис.1 Динамика смертности от ЗНО населения Нижегородской области и РФ в 2004-2013 гг. (на 100 тысяч населения, грубый показатель)

Активная выявляемость злокачественных новообразований на онкопрофосмотрах с выраженной положительной динамикой выросла за 10 лет на 5,1%, ниже, чем по РФ (7,2%) (Рисунок 2).

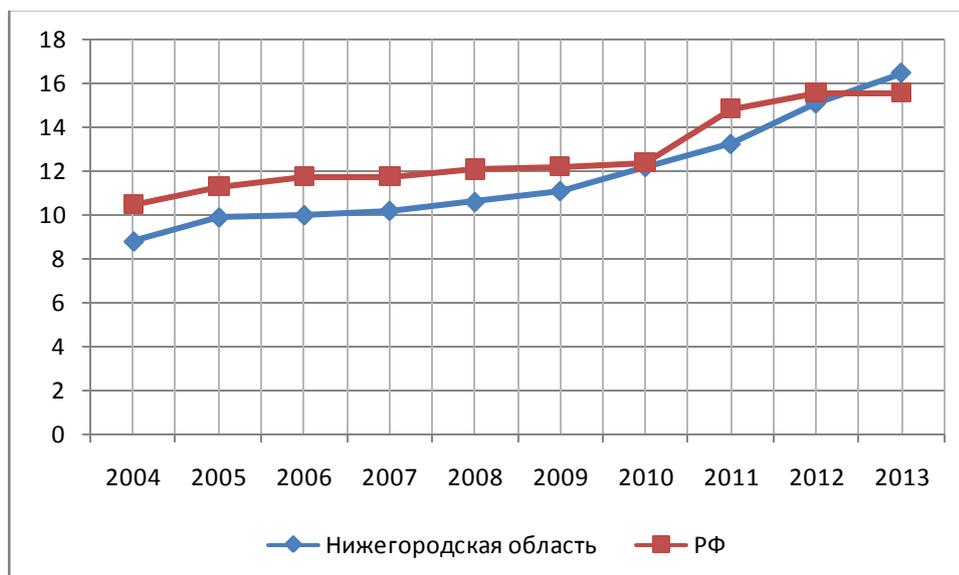


Рис.2 Динамика показателя активной выявляемости ЗНО Нижегородской области и РФ за 2004-2013 гг. (в %)

Ведущими локализациями в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения в Нижегородской области являются: кожа – 11,1% (в РФ - 12,4%), молочная железа – 10,8% (в РФ - 11,1%), легкие – 10,3% (в РФ – 10,5%), желудок – 8,6% (РФ - 7,7%), ободочная кишка – 7,4% (РФ - 6,4%), прямая кишка, ректосигмовидное соединение и анус – 5,4% (РФ - 5%), лимфатическая и кроветворная ткань – 4,8% (РФ - 4,7%).

Первые места в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения России распределяются следующим образом: опухоли трахеи, бронхов, легкого – 18,6% (РФ - 19,5%), желудка – 10,9% (РФ - 9,4%), кожи – 8,8% (по РФ - 10,5%), предстательной железы – 8,3% (РФ - 11,0%), ободочной кишки 6,6% (РФ - 5,7%). Значителен удельный вес злокачественных новообразований прямой кишки, ректосигмовидного соединения, ануса – 5,9% (РФ - 5,3%), лимфатической и кроветворной ткани – 4,9% (РФ - 5,0%), мочевого пузыря – 4,3% (РФ - 4,5%), почки 4,6% (РФ - 4,3%), поджелудочной железы 2,8% (РФ - 3,2%), гортани 2,87% (РФ - 2,6%). Весомую группу у мужчин формируют злокачественные опухоли органов мочеполовой системы, составляя 17,2% всех злокачественных новообразований.

Злокачественные опухоли молочной железы 19,5% (РФ - 20,5%) являются ведущей онкопатологией женского населения Нижегородской области, далее следуют новообразования кожи – 12,9% (РФ - 14,4%), тела матки 8,7% (РФ - 7,1%), желудка 8,7% (РФ - 6,2%), ободочной кишки 8,0% (РФ - 6,9%), шейки матки 4,5% (РФ - 5,3%), яичника 4,5% (РФ - 4,7%), лимфатической и кровеносной ткани 4,8% (РФ - 4,5%), трахеи, бронхов, легкого 3,5% (РФ - 3,8%). Значительную часть в структуре онкологических заболеваний женщин имеют ЗНО органов репродуктивной системы 37,3% (РФ - 37,6%).

Сравнительный анализ показал, что пятилетняя выживаемость в Нижегородской Области по сравнению с РФ выше при ЗНО кожи на 10,9%, рака желудка – на 5,6%, ободочной кишки на 4,9%, прямой кишки – на 8,5%. При этом процент диагнозов онкологических заболеваний с неустановленной стадией в стационарах общей сети в 2-3 раза выше, чем в специализированных онкологических учреждениях.

Злокачественные новообразования входят в перечень основных заболеваний, характеризующих ведущие показатели здоровья населения. Уровни заболеваемости и смертности от этой патологии могут отражать не только медицинские, но и социально экономические, и другие аспекты, как в целом по стране, так и по отдельным регионам.

В Нижегородской области в период с 2004 по 2013 гг. показатель первичной заболеваемости увеличился с 381,0 до 427,5 на 100 тыс. населения. Доля прироста составила 10,9%. Объяснением такого быстрого прироста заболеваемости в Нижегородской области могут служить несколько факторов. Среди объективных категорий можно указать общее постарение населения в округах.

ЗНО оказывают существенное влияние на экономику, здоровье и качество жизни общества. Устойчивый рост заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них, растущая в связи с этим частота инвалидизации населения, определенные трудности ранней диагностики, длительная, часто необратимая утрата трудоспособности, а также значительные экономические потери, в связи с высокой стоимостью лечения,

профилактических и реабилитационных мероприятий, всё свидетельствует о важности изучения данной патологии.

Список литературы

1. Власенко Е.В. Рак молочной железы в когорте женщин, подвергшихся профессиональному облучению / Власенко Е.В., Азизова Т.В., Румянцева А.В., Григорьева Е.С., Банникова М.В., Зубкова О.В.//Проблемы медицины в современных условиях/Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Казань, 2014. 362 с.
2. Денисенко А.Н. Особенности распространенности онкологических заболеваний на основе типологически пропорционального отбора (по материалам Нижегородской области / Денисенко А.Н., Камаев И.А., Гриб М.Н., Подушкина И.В., Орешина А.В.// Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова, №3, 2014 г. - С. 87-93.
3. Каприн А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова, №3, 2014 г.
4. Коновалов А.А. Основные показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Нижегородской области / А.А. Коновалов, Л.Е. Варенова. – Н. Новгород, 2010-2012. – С. 57-62.
5. Мусабаева Л.И. Целесообразность проведения интраоперационной лучевой терапии(ОИЛТ) в различных ситуациях у больных раком молочной железы T1-2N0-1 M0 / Мусабаева Л.И., Лисин В.А. // О некоторых вопросах и проблемах современной медицины/Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Челябинск, 2014. 130 с.
6. Онкология. Национальное руководство / гл. ред. В.И. Чиссов, М.И. Да-выдов. – М.: Геотар-Медиа, 2013. – 1072 с.
7. Третьякова Н.Ю. Остеопороз и выраженность болевого синдрома у больных раком молочной железы фертильного возраста/Третьякова Н.Ю., Котляров Е.В.// Проблемы медицины в современных условиях/Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Казань, 2014. 362 с.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ - ПАЦИЕНТОВ ГОСПИТАЛЯ ВETERANОВ ВОЙН ГОРОДА САРАНСК

Ивлиева Е.Н., Скопина Ю.А.

Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева, г.Саранск

Успехи современной восстановительной медицины и социально реабилитационных программ для ветеранов локальных войн привели к смещению акцента в сторону улучшения качества их жизни. Но вопросы качества жизни ветеранов боевых действий остаются малоизученными [1].

С целью оптимизации работы лечащего врача в условиях стационарного лечения ветеранов необходимо выявлять субъективные особенности социально-психологического плана, которые требуется учитывать при работе с пациентами участниками боевых действий.

Для выполнения этой задачи было проведено исследование на базе неврологического отделения ГБУЗ РМ «Республиканский госпиталь для ветеранов войн» г.Саранск. В нем приняли участие две группы пациентов, находившихся на стационарном лечении: основная – группа 15 человек (в возрасте 45-53 лет) участники боевых действий (УБД) и контрольная – 15 пациентов (в возрасте 45-58 лет), никогда не принимавшие участия в боевых действиях. Осуществлялось клиническое наблюдение пациентов госпиталя, и их обследование с помощью опросников субъективного и объективного характера, позволяющих определить различные составляющие, входящие в понятие «качества жизни». Были использованы следующие методики: «Тест дифференциальной самооценки функционального состояния САН», опросники «Изучение самооценки социальной значимости болезни А.И. Сердюка», «SF-36 Health Status Survey», «Личностный опросник» и шкала объективизации качества жизни больных с психосоматическими заболеваниями [2,3].

Статистическую обработку результатов исследования проводили на персональном компьютере IBM PC/Pentium с использованием пакета прикладных программ Excel 7.0 и Biostat 4.03. Результаты представлены в виде средней арифметической и ошибки ее среднеквадратичного отклонения ($M \pm m$), или в виде процента от численности анализируемой группы. Для оценки достоверности различий независимых переменных между

группами использовали критерий Стьюдента и критерий χ^2 . Различия считались достоверными при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Пациенты из группы ветеранов имели в анамнезе стрессорный фактор давностью от 8 до 33 лет – были участниками боевых действий в Афганистане или Чеченской Республике. Структура заболеваемости в исследуемых группах несколько отличалась. Самым распространенным диагнозом в группе УБД является травматическая болезнь головного мозга (у 26% обследуемых), а в КГ – остеохондроз различных отделов позвоночника (у 50%). Доля гипертонической болезни, нейроциркуляторной дистонии и дисциркуляторной энцефалопатии у пациентов в обеих группах отличается незначительно.

Результаты и их обсуждение:

По данным, полученным с помощью теста САН (самочувствие, активность, настроение), было показано, что у участников боевых действий показатель, отражающий социальную активность, достоверно выше, чем у пациентов в контрольной группе, при одинаково низких уровнях самочувствия и нормальном уровне настроения в обеих группах.

При самооценке социальной значимости болезни по опроснику А.И. Сердюка у пациентов контрольной группы социальная значимость заболевания была признана высокой для большего числа пациентов, чем в группе участников боевых действий (26,7% и 13,3%, соответственно). Средний показатель, отражающий умеренное влияние болезни на социальный статус, преобладает в группе УБД (40%). Низкую социальную значимость придают своему заболеванию одинаковое количество пациентов из обеих групп (по 46,6%) (см. Рисунок 1).



Рис.1. Социальная значимость заболевания пациентов госпиталя ветеранов войн

Для участников боевых действий, вероятно, социальная значимость болезни, т.е. влияние соматического заболевания на выполнение ими различных социальных функций, не имеет такого выраженного негативного значения как для пациентов контрольной группы.

При исследовании качества жизни пациентов госпиталя ветеранов войн с помощью опросника «SF-36», отражающего общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья, достоверно отличались 4 критерия – общее состояние здоровья и физическое состояние, характеризующие физический компонент здоровья, а в психологическом компоненте – социальное функционирование и психическое здоровье.

Субъективная оценка состояния своего здоровья у пациентов в контрольной группе была более негативной, чему у ветеранов боевых действий, большинство из которых высоко оценили общий уровень состояния своего здоровья.

По шкале - влияние физического состояния на ролевое функционирование для большинства пациентов в исследуемых группах была получена низкая оценка, означающая, что неудовлетворительное физическое состояние препятствует выполнению социальных функций. При этом среди участников боевых действий доля таких пациентов была достоверно больше, что может быть обусловлено преобладанием у них более тяжелой патологии (травматическая болезнь головного мозга).

Выраженное или умеренное ограничение социальной активности из-за неудовлетворительного физического или эмоционального состояния имеется у большинства пациентов в обеих группах. Но в группе контроля достоверно больше доля тех, у кого социальная активность низкая.

При самооценке психического здоровья были получены высокие и средние баллы у пациентов обеих групп, что свидетельствует об их общем психическом благополучии.

По личностному опроснику, позволяющему оценить субъективное отношение пациентов к своему заболеванию, здоровью, будущему, а так же степень их социальной адаптации, достоверно отличался критерий «отношение к будущему» (Табл.1).

Таблица 1.

Оценка показателей качества жизни пациентов госпиталя ветеранов войн по личностному опроснику (M±m в баллах)

№ п/п	Критерий	КГ	УБД
1.	Отношение к здоровью	4,02±0,97	4,15±0,74
2.	Отношение к болезни	3,95±0,9	4,15±0,99
3.	Отношение к будущему*	5,16±0,88	5,45±0,97
4.	Социальная адаптация	4,91±0,77	5,21±0,67

*-достоверное отличие при $p \leq 0,05$

Можно сказать, что для участников боевых действий характерно более значимое и оптимистичное отношение к будущему. Показатели, определяющие отношение к здоровью и болезни, социальную адаптацию достоверно не отличаются в исследуемых группах.

При объективной оценке врачом качества жизни пациентов госпиталя было выявлено, что показатели соматического состояния в обеих группах одинаковы. Показатели, отражающие уровень психологического и социального благополучия, в группе УБД были несколько выше, чем в КГ, но достоверное отличие не было отмечено. При этом среднее значение по общему показателю качества жизни в группе УБД составило 54,0±4,6 балла, а в группе контроля 46,4±11,5 балла. Т.е. после суммирования всех компонентов шкалы объективизации, общий уровень качества жизни у участников боевых действий оказался достоверно выше, чем у пациентов контрольной группы. Учитывая, что по уровню соматического состояния группы не отличались, это обусловлено более высоким уровнем психологического и социального компонентов качества жизни в группе УБД.

Таким образом, можно сделать выводы, что, несмотря на одинаковый уровень показателей соматического здоровья у обеих групп пациентов госпиталя ветеранов войн, участники боевых действий по сравнению с пациентами контрольной группы продемонстрировали более высокую социальную активность, более высокую субъективную оценку состояния своего здоровья, большую оптимистичность и устремленность в будущее, меньшую социальную значимость болезни.

При объективной оценке общий уровень качества жизни участников боевых действий достоверно выше, чем в контрольной группе, за счет психологического и социального компонентов, при одинаковом уровне соматического состояния.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты участники боевых действий склонны недооценивать тяжесть своего заболевания, что требует делать акцент на объективных методах диагностики при их обследовании.

Список литературы

1. Зуйкова А.А. Особенности этиопатогенеза дезадаптивных изменений участников боевых действий.: диссертация ... доктора медицинских наук. Н. Новгород, 2014. 206 с.
2. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под общ. ред. Б. В. Михайлова. — Харьков: Прапор, 2002. 128 с.
3. Новик А.А., Ионова Т.Н. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. Под ред. Ю.Л. Шевченко. М., 2007. 313 с.

ОЦЕНКА ВТОРИЧНОЙ ЗАНЯТОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Мухаметзянов Д.И., Сибатуллина З.Р.

Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск

Обучение в медицинском вузе имеет свою специфику: обучающиеся получают диплом о высшем образовании спустя 7 лет обучения, большая часть свободного времени уходит на подготовку к занятиям и изучению нового материала. В связи с этим на младших курсах совмещение учебного процесса с работой

становится возможным далеко не для всех. Многие из студентов, имеющих вторичную занятость, работают в медицинских организациях, где не исключен контакт с различными инфекционными заболеваниями. Таким образом, актуальной проблемой исследования является изучение влияния работы на успеваемость и на состояние здоровья обучающихся.

Материалы и методы: Для оценки вторичной занятости студентов 3 курса медицинского вуза было проведено опрос по разработанной анкете. Нами было опрошено 216 студентов ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России в возрасте от 19 до 27 лет. Процент обучающихся, имеющих вторичную занятость составил 12,5%. Большая часть студентов (87,5%) не работают (Рисунок 1).

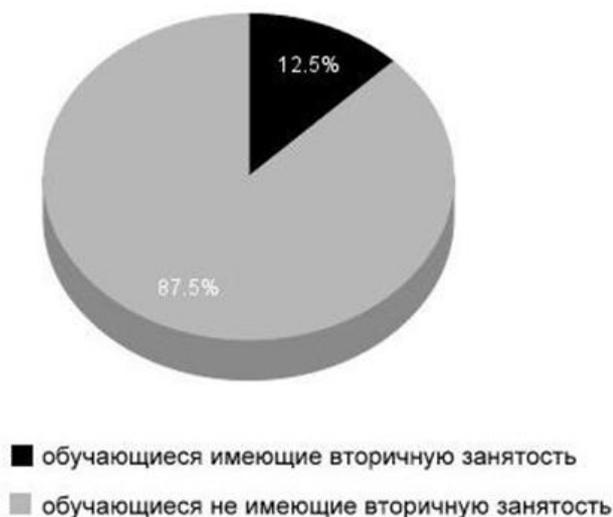


Рис.1. Соотношение обучающихся, имеющих и не имеющих вторичную занятость

Из лиц, имеющих вторичную занятость, 62,5% работают в медицинских организациях. Целью работы для 87,5% обучающихся, имеющих вторичную занятость, является получение дополнительного дохода, и только для 12,5% - получение опыта. 50% анкетированных, имеющих работу утверждают, что она не мешает их обучению, и, соответственно, 50% обучающихся отметили негативное влияние работы на свою успеваемость. Более объективно оценить влияние вторичной занятости на успеваемость можно при помощи среднего балла за последние две сессии: удовлетворительную успеваемость имеют 87,5%, хорошую – 4,2%, отличную – 8,3% обучающихся. Обострение хронических и возникновение острых заболеваний 50% анкетированных связывают с условиями подработки. При этом ОРЗ менее двух раз в год болеют 12,5%, от двух до четырех раз в год – 50%, более четырех раз в год – 37,5% опрошенных из группы работающих.

Успеваемость студентов, не имеющих вторичной занятости: удовлетворительная – у 62,5%, хорошая – 29,7%, отличная – у 7,8% обучающихся. ОРЗ менее двух раз в год среди неработающих болеют 57,8%, от двух до четырех раз в год – 32,8%, более четырех раз в год – 9,4% опрошенных из группы неработающих.

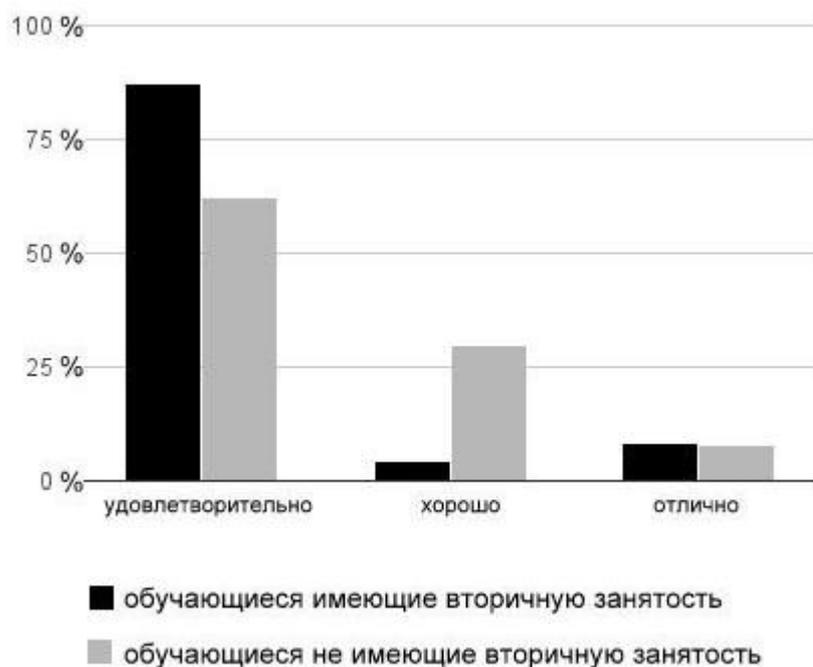


Рис.2. Успеваемость студентов в группах

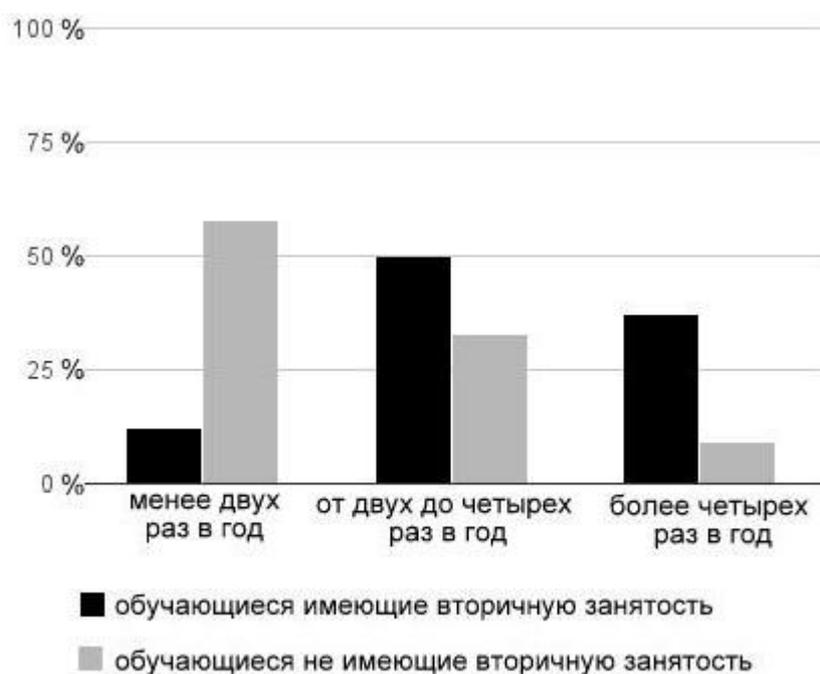


Рис.3. Заболеваемость ОРЗ в группах

Таким образом, можно сделать вывод, что вторичная занятость отражается как на успеваемости в учебе (только 12,5% из группы работающих имеют хорошую и отличную успеваемость, тогда как в группе неработающих таких студентов 37,5%(Рисунок 2)). Совмещение учебы с работой сказывается и на качестве здоровья обучающихся (в группе работающих 37,5% анкетированных заболевают ОРЗ более четырех раз в год, а среди неработающих таких заболевших – 9,4% (Рисунок 3)).

ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ВЫЯВЛЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Гриб М.Н., Орешина А.В., Туличев А.А.

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, г.Нижний Новгород

Аннотация: проведена оценка эпидемиологических проблем выявления и анализ распространённости кардиологической патологии в Нижегородской области за 2009-2012г.г.

Выявление, лечение и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний является важнейшей проблемой в мире, неслучайно их называют социально-значимыми заболеваниями. В развитых странах на лечение сердечнососудистых заболеваний тратят 12-13%, они занимают по данным ВОЗ, первое место в мире по смертности, инвалидизации, заболеваемости среди других классов заболеваний. Приоритетной задачей здравоохранения является первичная и вторичная профилактика ИБС, АГ и др. заболеваний, а также ассоциированных состояний. Если невозможно предотвратить заболевания сердца на стадии факторов риска, то для снижения экономических затрат необходимо раннее активное выявление. Широкое распространение и высокая заболеваемость являются первой и важнейшей эпидемиологической проблемой. В Нижегородской области распространённость по данным на 2012 г. составляет 726790\1000 человек (в абсолютных числах), 13,87% по структуре (II место), а первичная заболеваемость: 80082\1000 человек в абсолютных числах, 2.81% по структуре (X место). Динамика заболеваемости и распространённости с 2009 по 2012 имеет существенные колебания (Рис.1).



Рис.1. Динамика распространённости ССЗ населения Нижегородской области за 2009-2012 гг. (на 100 тыс. населения)

При этом распространённость кардиальной патологии имеет пикообразное распределение со снижением и увеличением распространённости, оставаясь при этом на высоком уровне. Широкое распространение при более низкой по структуре первичной заболеваемости обуславливает наличие феномена айсберга при выявлении данных патологий на догоспитальном поликлиническом этапе.

Для активного выявления ССЗ необходима оптимизация выявления – комплекс мероприятий, направленных на увеличение и ускорение регистрации случаев заболевания на амбулаторном этапе. Анализ деятельности амбулаторно-поликлинического этапа показал, что число обращений за медицинской помощью к терапевту составил 1855,4\1000 в 2011г., 1898,4\1000 в 2012г., при этом 42,2% по поводу заболеваний сердца. При этом обеспеченность кадрами амбулаторного этапа составила: обеспеченность 0,63\10 тыс. населения и 0,58\10 тыс. населения, что ниже общероссийских норм. Это обуславливает дефект выявления в виде перегруженности.

Согласно ВОЗ, основными факторами риска заболеваний сердца, а также инсульта являются нерациональное питание, гиподинамия, гипокинезия и табакокурение. Сочетание этих факторов риска в 80% случаев приводит к ССЗ непосредственно или через промежуточные риски: гиперлипидемия, гипергликемия и инсулинорезистентность, артериальная гипертензия. Рассматриваются и психосоциальные риски. Выявлено, что около 50% больных имеют те или иные факторы риска, из них 80% населения о них не знают. Широкое распространение факторов риска обуславливает вторичное увеличение потенциальных ССЗ. В качестве примера, в Нижегородской области курят 51% взрослого населения. Незаинтересованность больных в выявлении у себя этих рисков, в их устранении модификации образа жизни составляет еще одну эпидемиологическую проблему. «Ригидность населения» в данном вопросе ухудшает выявление первичных рисков и ССЗ как таковых и говорит о эпидемической важности данного вопроса.

Высокая доля от общей госпитализации по Нижегородской области говорит о недостаточном выявлении либо факторов первичного риска, либо уже имеющихся состояний. Больные с ССЗ не проходят первичного медико-санитарного и амбулаторного этапа и сразу попадают в стационар – еще одна важная эпидемиологическая проблема. Это обуславливает следующий аспект: больные не заинтересованы в амбулаторном этапе своего лечения.

В бюджете по разделу «Здравоохранение» заложено денежных средств в объеме 21,2 млрд рублей. На амбулаторную помощь – почти 2 млрд рублей. При этом из 2 миллиардов на лечение и диагностику ССЗ идет расходная дата в 14%. Однако, данных средств недостаточно для оптимального выявления и лечения сердечнососудистых заболеваний. Экономический дисбаланс, т.е. недостаточное финансирование мероприятий по выявлению обуславливает неэффективность эпидемических мероприятий и неэффективную оптимизацию выявления.

Таким образом, можно выявить следующие эпидемиологические проблемы: 1. Широкая распространенность и заболеваемость. 2. Недостаток кадров на амбулаторно-поликлиническом этапе. 3. Недостаточная оптимизация работы по выявлению факторов риска. 4. Незаинтересованность пациентов в выявлении у себя факторов риска, заболеваний и их оптимизации. 5. Большой процент госпитализации и острых состояний. 6. Высокие экономические затраты на диагностику, выявление и лечение сердечных болезней. 7. Незаинтересованность больных в лечении на амбулаторном этапе. 8. Широкое распространение факторов риска, нежелание больных в модификации своего образа жизни.

Список литературы

1. Кардиология: нац. рук. / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова ; АСМОК, Всерос. науч. о-во кардиологов . - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 1232 с. : ил. - (Нац. рук.).- Библиогр. в конце глав. - Предм. указ.: с. 1229-1232. - Прил.: CD.
2. Эффективность непрерывного профессионального образования в профилактикесердечно-сосудистых заболеваний / Ф. Е. Вартамян [и др.] //Профилактическая медицина. - 2012. - № 5. - С. 8-15. - Библиогр.: с. 15 (9 назв.).
3. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н. и др. "Здоровье России: Атлас" // НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМ Н Москва, 2005
4. Коновалов А.А. Основные показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Нижегородской области / А.А. Коновалов, Л.Е. Варенова. – Н. Новгород, 2010-2012. – С. 57-62.
5. Активное выявление ИБС и возможные подходы к оптимизации лечения, Е.В. Кокурина

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РАЗВИТИЯ В РАБОТЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Тарханов В.С., Аншаков В.П., Егорочкина Ю.В., Муратова Е.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г.Астрахань

Современные медицинские организации производят и накапливают огромные объемы данных. От того, насколько эффективно эта информация используется врачами, руководителями, вышестоящими управляющими организациями, зависит качество медицинской помощи, общий уровень жизни населения, уровень развития страны в целом и каждого ее территориального субъекта в частности. Поэтому необходимость использования

больших, и при этом еще постоянно растущих объемов информации при решении диагностических, терапевтических, статистических, управленческих и других задач обуславливает сегодня создание информационных систем в сфере медицинских услуг. В 2012 году в организации психиатрической службы в Астраханской области произошли существенные изменения: районные сельские врачи-психиатры ЦРБ были переданы в штат единственного в субъекте специализированного психиатрического учреждения – ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» (ГБУЗ АО «ОКПБ»). В связи с этим в структуре отдела амбулаторно-поликлинической помощи (ОАПП) учреждения было сформировано 3 диспансерных отделения: № 1 – городская участковая психиатрическая служба (более 500,0 тыс. населения), № 2 – районная сельская участковая психиатрическая служба (около 500,0 тыс. населения) и № 3 – медико-социально-психологической помощи (более 500,0 тыс. населения). Следует отметить, что кабинеты сельских участковых врачей-психиатров расположены на расстоянии от 10 до 300 км от ГБУЗ АО «ОКПБ».

Процесс реформирования амбулаторной службы проходил планомерно и не вызвал перебоев в оказании психиатрической помощи на местах. Это произошло благодаря многолетней практике использования в области единой электронной базы данных о больных, страдающих психическими и поведенческими расстройствами. Кроме того с 2007 года в отделе амбулаторно-поликлинической помощи успешно функционирует локальная вычислительная сеть (ЛВС), в которую на сегодняшний день включены 42 рабочих места, 17 из которых установлены непосредственно в кабинетах участковых сельских врачей-психиатров. Помимо возможности ведения электронной истории болезни (в соответствии с ФЗ «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 года и ГОСТ Р 52636-2006 «Электронная история болезни») врачи имеют возможность работать с программой централизованной выписки рецептов отдельным категориям граждан, имеющим право на получение лекарственных средств на льготных условиях за счет средств федерального и регионального бюджетов (МТерм/NT 1.99а). Одновременно в рамках реализации программы модернизации системы здравоохранения в Астраханской области была создана закрытая ЛВС учреждений здравоохранения региона, благодаря которой все ЦРБ получили возможность взаимодействия с головными профильными областными учреждениями. Таким образом, было фактически создано единое информационное пространство психиатрической службы региона.

Не секрет, что одним из существенных недостатков в организации качественной амбулаторной специализированной психиатрической помощи в сельской местности является удаленность областных специалистов, а, учитывая относительно небольшую численность населения в районах Астраханской области (в основном от 20,0 до 80,0 тыс. чел.), – зачастую невозможность проведения экспертной работы. Кроме того, чаще всего отсутствует преемственность между стационарным и амбулаторным звеном психиатрической помощи.

Созданная в 2013 году в Астраханской области инфраструктура психиатрической службы позволила решить эти проблемы. Самым существенным шагом в реализации программы модернизации системы здравоохранения явилось проведение консультаций наиболее сложных пациентов областными специалистами в режиме on-line. Другими словами, удалось проводить заседания врачебных и клиничко-экспертных комиссий в масштабе реального времени. Вопросы постановки (снятия) пациентов на диспансерное наблюдение (в том числе, активное диспансерное наблюдение), диагностики и лечения в наиболее сложных и конфликтных ситуациях, экстренной госпитализации в стационар стали решаться в максимально короткие сроки. Единственной проблемой в этой работе остается необходимость обмена документами в бумажном виде с подписями специалистов и печатями учреждений. Техническое решение этого вопроса не представляет сложностей, но есть ещё и юридическая его составляющая.

Использование on-line режима показало свою эффективность для работы подкомиссии ВК по контролю применения лекарственных средств (ЛС), оперативно решающей вопросы обоснованности и эффективности назначения ЛС, подлежащих предметно-количественному учету, назначение одному пациенту пяти и более наименований в течение одних суток или свыше десяти наименований в течение первого месяца в случаях нетипичного течения болезни, при наличии осложнений основного заболевания и/или сочетанных заболеваний, а также при индивидуальной непереносимости. Улучшилась работа по обслуживанию федеральных и региональных льготников, проживающих в сельской местности, что в предыдущие годы было существенной проблемой из-за случаев массового отказа от получения ЛС сельскими пациентами из-за сложностей в организации доставки и учета.

Таким образом, инфраструктурные преобразования и использование информационно-телекоммуникационных технологий позволили значительно улучшить качество оказания психиатрической помощи жителям сельских районов Астраханской области и на деле приблизить специализированную психиатрическую помощь к местам проживания пациентов, а также оптимизировать контроль профессиональной деятельности районных участковых врачей-психиатров.

В настоящее время внедрение медицинской информационной системы МИС «Мед ОС» идет и в стационаре. Ее особенностью является переход от локальной работы с медицинской информацией к интегрированной системе, где все данные, проходящие через учреждение, доступны из единой информационной среды. При этом полностью реализуется безбумажная технология, однако, сохраняется возможность получения «твёрдой копии» любого документа. Программное обеспечение «Мед ОС» является полноценной медицинской информационной системой, предназначенной для автоматизации деятельности персонала любых медицинских учреждений и направлений на повышение качества оказываемой медицинской помощи путем автоматизации бизнес процессов медицинского учреждения. Летом 2014 года такая система успешно заработала в приемном отделении, произведена прокладка оптоволоконного кабеля по территории стационара для объединения восемнадцати отделений в одну структурированную сеть. Целями создания системы являются:

1. улучшение экономического и статистического учета;
2. улучшение управления медицинской деятельностью;
3. сокращение затрат времени на ведение документации;
4. повышение качества оказания медицинской помощи;
5. уменьшение времени анализа и предоставления информации.

Созданная в регионе инфраструктура позволяет использовать Астраханскую область в качестве своеобразного «полигона» для внедрения новейших информационно-коммуникационных технологий. Использование современных медицинских технологий позволяет повысить качество оказания медицинских услуг, оптимизировать управление различными структурным и медицинскими подразделениями и создать научно-организационный фундамент для выхода на мировой уровень медицинского обслуживания.

Список литературы

1. Алпатов А.П., Прокопчук Ю.А., Костра В.В. Госпитальные информационные системы: архитектура, модели, решения. - Днепропетровск: УГХТУ, 2005. - 257 с.
2. Аргунова Ю.Н. Права граждан с психическими расстройствами. М., ФОЛИУМ, 2007. - 268 с.
3. Гурович И.Я., Старожакова М.П. Общественно ориентированная психиатрическая служба//Социальная и клиническая психиатрия, 2003, №1.
4. Гусев А.В. Обзор рынка комплексных медицинских информационных систем//Врач и информационные технологии. 2009, № 6.
5. Казаковцев Б.А. Состояние и перспективы развития психиатрической помощи в России. М., 1998. - 257 с.
6. Назаренко Г. И., Гулиев Я. И., Ермаков Д. Е. Медицинские информационные системы: теория и практика/ Под ред. Назаренко Г. И., Осипова Г. С. М., ФИЗМАТЛИТ, 2005. - 320 с.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ (2008-2012 Г.)

Гриб М.Н., Орешина А.В., Туличев А.А.

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород

Аннотация: проведен анализ онкологических заболеваний населения Нижегородской области. Показана динамика и распространенность злокачественных новообразований за 2008-2012 годы, проанализированы причины смерти.

Онкологические заболевания являются одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современного общества. Ежегодно в РФ регистрируется около 500 тыс. онкобольных, погибают при этом более 300 тыс. человек. Нижегородская область занимает в онкологической статистике одну из ведущих позиций и характеризуется высоким уровнем онкологической заболеваемости.

Нами был проведен анализ динамики показателей распространенности ЗНО за 2008-2012 года по Нижегородской области (Рис.1). Был отмечен достаточно резкий уровень подъема распространенности с 2349,0 в 2008 году до 2546,8 в 2011 году на 100 тыс. населения (прирост составил 7,8%). В 2012 году замечено снижение показателя до 2514,3 на 100 тыс. населения (убыль по сравнению с предыдущим годом составила 1,3%).

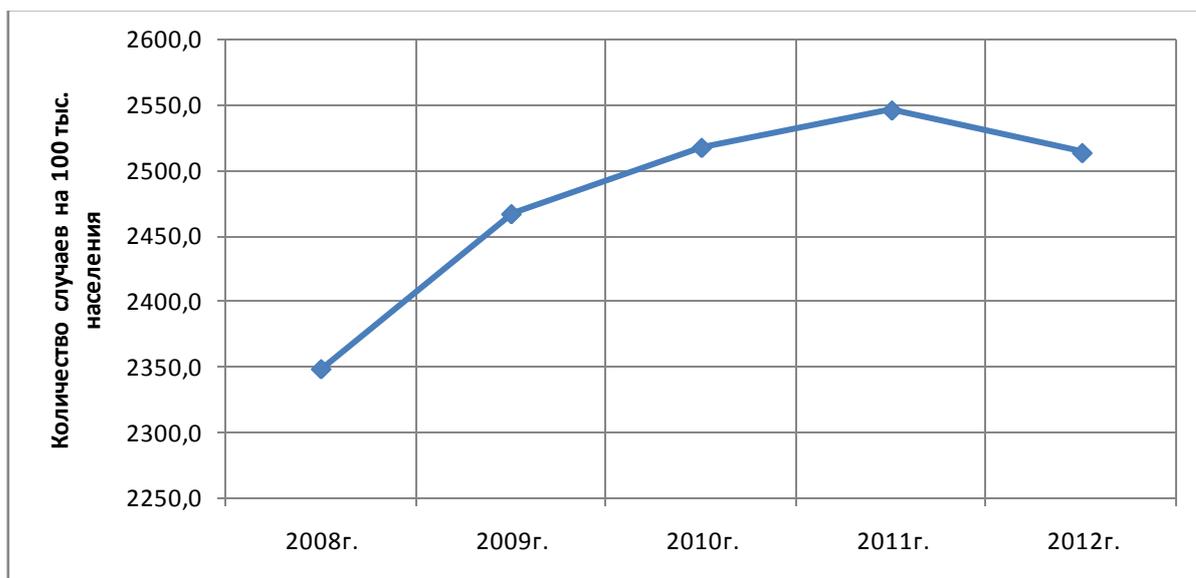


Рис.1 Динамика распространенности ЗНО населения Нижегородской области в 2008-2012 гг. (на 100 тыс. населения)

Также важной характеристикой ЗНО является уровень заболеваемости населения ЗНО (Рис.2). Наиболее высокие значения этих показателей за исследуемый период были отмечены в 2011 году – 411,8 на 100 тыс. населения. Низкий уровень заболеваемости за пятилетний период зафиксирован в 2008 году – 393,28 на 100 тыс. населения. Таким образом, среднегодовой прирост уровня заболеваемости составляет 1,1%. В условиях повсеместного роста заболеваемости населения ЗНО такое увеличение данного показателя следует признать достаточно незначительным.

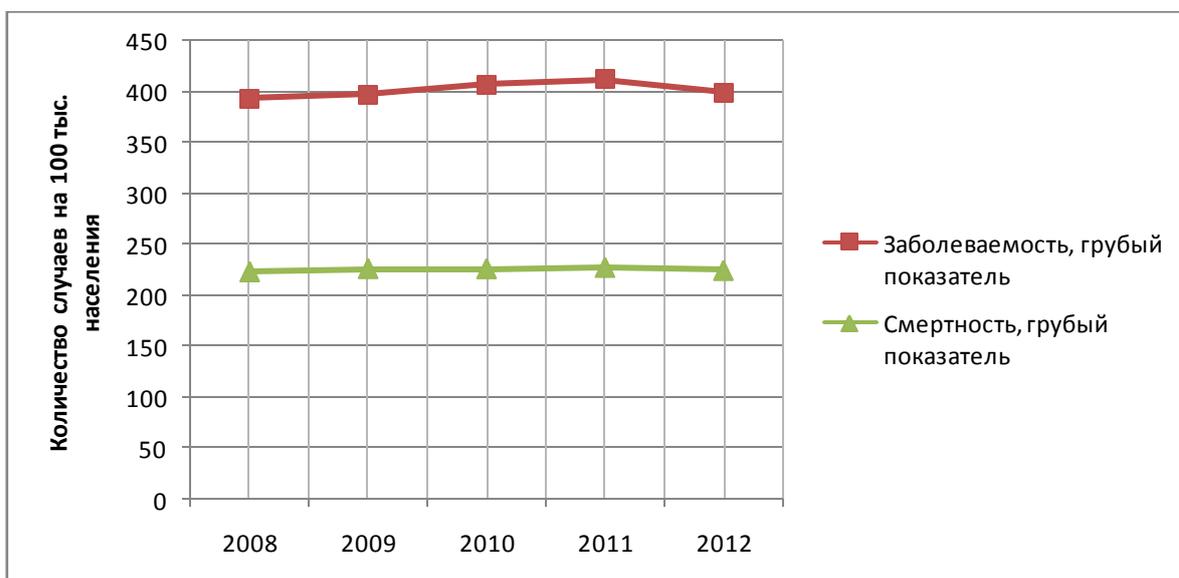


Рис.2. Динамика заболеваемости и смертности от ЗНО населения Нижегородской области в 2008-2012 гг. (на 100 тыс. населения)

Подобная разница в динамике показателей заболеваемости и распространенности ЗНО можно объяснить совершенствованием ранней диагностики онкозаболеваний, применением современных методов лечения. Таким образом, показатель распространенности демонстрирует, какая доля населения страдает данным заболеванием, т. е. общее число выявленных за эти годы больных, которым была сохранена и продлена жизнь. В свою очередь показатель заболеваемости характеризует частоту возникновения новых случаев болезни. Величина распространенности заболевания зависит от заболеваемости, поскольку возникновение новых случаев ЗНО будет увеличивать число существующих.

В структуре смертности населения в трудоспособном возрасте, например, в 2011 году, ЗНО стоят на третьем месте после сердечнососудистой патологии с показателем 195,4 и несчастных случаев, травм и отравлений с показателем 162,1 на 100 тыс. населения.

Средний уровень смертности населения от ЗНО за исследуемый период составил – 225,53 на 100 тыс. населения. Наиболее высокие значения отмечены в 2011 году – 227,42 на 100 тыс. населения.

При изучении основных причин, формирующих заболеваемость злокачественными новообразованиями, лидирующую позицию занимает неправильное питание (до 35%), второе место принадлежит курению (до 32%). Таким образом, две трети случаев рака обусловлены этими факторами. Далее по степени убывания значимости следуют вирусные инфекции (до 10%), сексуальные факторы (до 7%), малоподвижный образ жизни до (5%), профессиональные канцерогены (до 4%), алкоголизм (до 3%), непосредственное загрязнение окружающей среды (до 2%), онкологически отягощенная наследственность (до 2%), пищевые добавки, ультрафиолет солнца и ионизирующая радиация (до 1%). Около 5% случаев злокачественные опухоли обусловлены неизвестными причинами

Рост смертности от ЗНО является одной из негативных тенденций в динамике состояния здоровья населения Нижегородской области. В 2012г. удельный вес ЗНО в общей структуре смертности составил 13,8% и вышел на второе место среди причин смертности населения. Ежегодно выявляется значительное количество новых случаев ЗНО. На конец 2012 года г. на учете в онкологических учреждениях состояло более 82970 больных, то есть 2,5% населения Нижегородской области, показатель распространенности ЗНО составил 2514,27 на 100 тыс. населения. При этом ежегодно более 5 тыс. больных впервые признаются инвалидами от онкологического заболевания (25,7% от общего числа инвалидов).

В целях улучшения оказания онкологической помощи жителям Нижегородской области, для получения достоверных статистических данных о распространенности злокачественных новообразований, упорядочения диспансерного наблюдения и оценки эффективности противораковой борьбы, действует приказ Министерства здравоохранения Нижегородской области от 29.04.2014 «О совершенствовании организации оказания онкологической помощи и раннего выявления злокачественных новообразований в Нижегородской области».

Реализация перспективных направлений при подготовке и осуществлении конкретных программ, принятие соответствующих управленческих и финансовых решений будет способствовать оптимизации деятельности онкологических диспансеров, повышению эффективности специализированной онкологической амбулаторной помощи, ее организационного, ресурсного и кадрового обеспечения в современных условиях в целях повышения качества жизни онкологических больных.

Список литературы

8. Мусабаева Л.И. Целесообразность проведения интраоперационной лучевой терапии(ОИЛТ) в различных ситуациях у больных раком молочной железы T1-2N0-1 M0 / Мусабаева Л.И., Лисин В.А. // О некоторых вопросах и проблемах современной медицины/Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Челябинск, 2014. 130 с.
9. Третьякова Н.Ю. Остеопороз и выраженность болевого синдрома у больных раком молочной железы фертильного возраста/Третьякова Н.Ю., Котляров Е.В.// Проблемы медицины в современных условиях/Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Казань, 2014. 362 с.
10. Власенко Е.В. Рак молочной железы в когорте женщин, подвергшихся профессиональному облучению /Власенко Е.В., Азизова Т.В., Румянцева А.В., Григорьева Е.С., Банникова М.В., Зубкова О.В.//Проблемы медицины в современных условиях/Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Казань, 2014. 362 с.
11. Вельшер Л.З. Клиническая онкология. Избранные лекции / Л.З. Вельшер, Б.И. Поляков, С.Б. Петерсон. – М., 2009. – 148 с.
12. Денисенко А.Н. Особенности распространенности онкологических заболеваний на основе типологически пропорционального отбора (по материалам Нижегородской области / Денисенко А.Н., Камаев И.А., Гриб М.Н., Подушкина И.В., Орешина А.В.// Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова, №3, 2014 г. - С. 87-93.
13. Онкология. Национальное руководство / гл. ред. В.И. Чиссов, М.И. Да-выдов. – М.: Геотар-Медиа, 2013. – 1072 с.
14. Каприн А.Д. Состояние онкологической помощи населению России//Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова, №3, 2014 г.

15. Коновалов А.А. Основные показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Нижегородской области / А.А. Коновалов, Л.Е. Варенова. – Н. Новгород, 2010-2012. – С. 57-62.
16. Рожкова Н.И. Современные технологии скрининга рака молочной железы / Н.И. Рожкова, В.К. Боженко // Вопросы онкологии. – 2009. – Т. 55, № 4.

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ

Каменских М.М., Агафонова В.А., Вивтоненко Н.С., Соловьева Л.П., Тимофеева А.А.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск

Актуальность проблемы:

Здоровый образ жизни – важнейшее условие здоровья любого человека. Соблюдение здорового образа жизни особенно актуально в детском возрасте, когда психика и тело человека еще только формируются.

Для того чтобы профилактика социально-значимых заболеваний стала эффективной, необходимы усилия медицинских работников, школы, родителей, но в первую очередь самой молодежи, так как она является наиболее активной и динамичной группой, обладающей собственными склонностями и интересами, своими взглядами на жизнь и собственное будущее.

Цель исследования: изучить образ жизни сельских школьников и дать рекомендации по сохранению и укреплению здоровья.

Задачи: получить оценку собственного здоровья самими учащимися, оценить физическую активность школьников, дать характеристику питания, конфликтов, вредных привычек, свободного времени, дать рекомендации по укреплению здоровья.

Материал и методы: для изучения образа жизни сельских школьников было опрошено 300 учащихся 5-11 классов сельских школ Удмуртии, Татарстана и Марий Эл в 2013 году.

Предмет исследования: образ жизни сельских школьников.

Результаты и обсуждения: школьники считают себя здоровыми в Удмуртии всего 70 из 100 подростков, в Татарстане – 92, в Марий Эл – 84. Подавляющее большинство детей (более 90) считают важным для поддержания здоровья занятия спортом, но занимаются им всего около 45 из 100 в Удмуртии, 49 в Татарстане, 69 в Марий Эл. Утренней гимнастикой и закаливанием занимаются около 30 школьников во всех трех республиках (Рисунок 1)

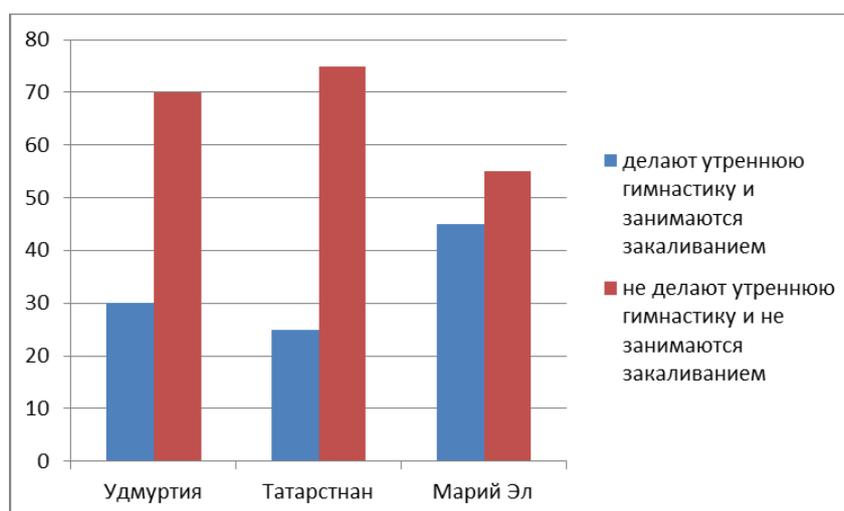


Рис.1. Характеристика школьников 8-9 классов по занятию утренней гимнастикой и закаливанием (на 100 опрошенных в каждой из республик).

Правильно питаются всего половина учащихся школ данных республик (т.е. питаются 3-4 раза в сутки, в рацион питания входят вареная, паровая пища, при этом стараются воздерживаться от фастфудов). В Удмуртии отмечается тенденция к увеличению вредных привычек (употребление алкоголя, наркотиков, курение) среди школьников с возрастом, и среди 10-11 классов остается на уровне – 20 человек. В Татарстане уровень вредных привычек среди школьников разных возрастных групп остается на одном уровне и составляет около 4 человек на

100 опрошенных. В Марий Эл наибольшее количество детей с вредными привычками отмечается в 8-9 классах – 8 на 100 опрошенных (Рисунок 2).

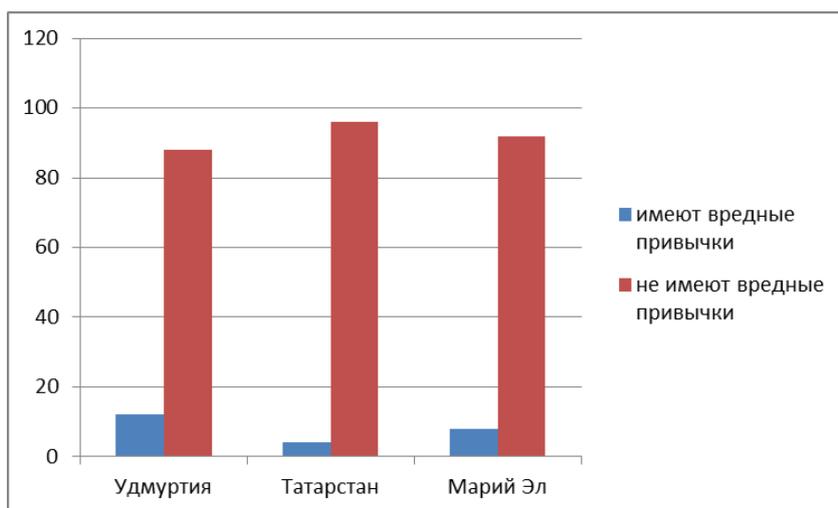


Рис.2. Характеристика вредных привычек среди учащихся 8-9 классов по трем республикам.

Важным показателем психического здоровья является наличие конфликтов: 69 из 100 детей в Удмуртии, и столько же в Татарстане, подвержены конфликтам, в Марий Эл – 50 из 100. Чаще всего конфликтуют с друзьями и одноклассниками.

В свободное время большинство школьников отдает предпочтение малоподвижным занятиям – просмотру телевизора, проведению времени за компьютером. Также большая часть школьников проводит свое свободное время, гуляя с друзьями, одноклассниками.

Вывод:

Результаты исследования свидетельствуют о возросшем количестве детей, осознающих личную значимость здорового образа жизни и уверенных в его необходимости. Компоненты здорового образа жизни: достаточная двигательная активность, закаливание, рациональное питание, соблюдение режима дня, личная гигиена, отказ от вредных привычек. Применительно к подросткам необходимо учитывать, что сами подростки не могут обеспечить соответствующий способ жизнедеятельности. Многие зависят от родителей, организаторов образования, педагогов. Употребление алкоголя, других опьяняющих и наркотических веществ, курение табака входят в число важнейших факторов риска многих заболеваний.

Физическая подготовленность и работоспособность школьников является одним из обязательных составляющих, характеризующих его всестороннее гармоничное развитие.

К сожалению, физическое развитие школьников снижено: дети отдают предпочтение проведению свободного времени дома за компьютером, нахождению в социальных сетях.

Питание школьников еще одна из составляющих здорового образа жизни детей, всего половина учащихся придерживаются нормального питания.

В связи с полученными данными рекомендуется рациональный двигательный режим: регулярные занятия спортом (2-3 раза в неделю), утренней гимнастикой, закаливанием; правильное, сбалансированное питание (3-4 раза в день, сбалансированный рацион, редкое употребление фастфудов), употребление в пищу продуктов содержащих достаточное количество белков, жиров углеводов, витаминов и микроэлементов; воздержание от вредных привычек; режим дня составляется сообразно их индивидуальным наклонностям и интересам (посещение художественной или музыкальной школ, спортивной секции), ограничить проведение времени за компьютером до 1 часа.

Список литературы

1. «Компоненты качества жизни современных российских школьников»./ Сонькин В.Д., Зайцева В.В., Макеева А.Г.// Новые исследования: 2008.- Том: 1 - №16-1. с.4-23.
2. «Общественное здоровье и здравоохранение» учеб. для студентов/ Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544с.: ил.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Бариева Л.Р., Валиуллина Л.Р., Бывальцев А.Н.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», г.Ижевск

Актуальность темы:

Сосудистые заболевания головного мозга являются одной из ведущих причин инвалидизации и смертности, и признаются одной из важнейших медико-социальных проблем здравоохранения во всех странах мира. Сосудистые поражения мозга в Российской Федерации и в Татарстане занимают первое место в структуре инвалидности [1,2,3].

Анализ выполненных по данной проблеме работ [1-3] показывает, что в Республике Татарстан недостаточный уровень исследований по распространенности факторов риска развития острых нарушений мозгового кровообращения, по изучению деятельности учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь населению, и эффективности внедрения инновационных технологий.

Цель: Дать социально-гигиеническую характеристику пациентов с ОНМК.

Задачи:

1. Выявить некоторые факторы риска развития острых нарушений мозгового кровообращения;
2. Установить особенности распространения сосудистых заболеваний головного мозга, наиболее частые осложнения, дифференцированные по возрасту и полу.

Материал и методы:

Проведена выкопировка данных из первичной учетной документации 52 пациентов неврологического отделения Кукморской ЦРБ Республики Татарстан и проведен социологический опрос 48 человек по карте больного с острым нарушением мозгового кровообращения.

Обсуждение:

Среди исследуемых 46 женщин, 54 мужчин. Пациенты в возрасте до 30 лет составили - 2%, от 30 до 50 лет- 17%, старше 50 лет- 81%.

Пациенты, в зависимости от пола, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения у мужчин в анамнезе имеют следующие заболевания: остеохондроз 78 на 100 пациентов, гипертоническая болезнь 54 на 100 пациентов, атеросклероз 50 на 100 пациентов, грыжи дисков позвоночника 22 на 100 пациентов, ожирение 21 на 100 пациентов, сахарный диабет 9 на 100 пациентов, инфекционные заболевания- 4 на 100 пациентов, пороки сердца 2 на 100 пациентов, заболевания крови- 2 на 100 пациентов. У женщин диагностирован: остеохондроз 76 на 100 пациентов, гипертоническая болезнь 65 на 100 пациентов, атеросклероз 61 на 100 пациентов, ожирение 26 на 100 пациентов, ревматоидный артрит 17 на 100 пациентов, сахарный диабет 15 на 100 пациентов, грыжи дисков позвоночника 6 на 100 пациентов, пороки сердца 4 на 100 пациентов, инфекционные заболевания 3 на 100 пациентов, склеродермия 2 на 100 пациентов.

Нами также были исследованы особенности распространения факторов риска у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. Мужчины называют: питание (жареное, жирное) 78 на 100 пациентов, стресс 65 на 100 пациентов, гиподинамия 59 на 100 пациентов, курение 39 на 100 пациентов, алкоголь 15 на 100 пациентов. У женщин: питание (жареное, жирное) 82 на 100 пациентов, стресс 59 на 100 пациентов, гиподинамия 46 на 100 пациентов, прием противозачаточных препаратов 19 на 100 пациентов, алкоголь 11 на 100 пациентов, курение 9 на 100 пациентов.

Основные жалобы пациентов до возникновения острого нарушения мозгового кровообращения: у мужчин: жалобы на внезапную слабость в руке и/или в ноге 91 на 100 пациентов, на головокружение, внезапную потерю равновесия, нарушение координации движения 83 на 100 пациентов, на внезапное нарушение речи и/или ее понимания 80 на 100 пациентов, внезапное онемение в руке и/или в ноге 73 на 100 пациентов, на внезапную головную боль после физического перенапряжения или стресса 63 на 100 пациентов, на внезапное онемение губы или половины лица, часто с «перекосом» лица 44 на 100 пациентов, внезапную потерю сознания 17 на 100 пациентов. У женщин: жалобы на внезапную слабость в руке и/или в ноге 92 на 100 пациентов, на внезапное нарушение речи и/или ее понимания 88 на 100 пациентов, на головокружение, внезапную потерю равновесия, нарушение координации движения 87 на 100 пациентов, внезапное онемение в руке и/или в ноге 81 на 100 пациентов, на внезапную головную боль после физического перенапряжения или стресса 59 на 100 пациентов, на внезапное онемение губы или половины лица, часто с «перекосом» лица 39 на 100 пациентов, внезапную потерю сознания 17 на 100 пациентов.

Основные осложнения, возникшие у пациентов с ОНМК: у мужчин в основном преобладает задержка мочеиспускания 17 на 100 пациентов, артериальная гипотензия 16 на 100 пациентов, инфекционное поражение мочевыводящих путей 11 на 100 пациентов. А у женщин встречается: инфекционное поражение мочевыводящих путей 21 на 100 пациентов, депрессия 17 на 100 пациентов, артериальная гипертензия 11 на 100 пациентов, задержка мочеиспускания 10 на 100 пациентов. Выписаны с улучшением состояния здоровья 18 на 100 пациентов, с осложнениями 65 на 100 пациентов, с летальным исходом 17 на 100 пациентов.

Выводы:

Нами определено, что острое нарушение мозгового кровообращения в основном переносят пациенты в возрасте старше 50 лет, соотношение мужчин и женщин примерно одинаково. У пациентов с ОНМК встречаются следующие факторы риска: вредные привычки (курение, алкоголь), а также стресс, нерегулярное и нерациональное питание, гиподинамия, прием противозачаточных препаратов у женщин. Выписаны с улучшением состояния здоровья 18 на 100 пациентов, с осложнениями (инфекционное поражение мочевыводящих путей, задержка мочеиспускания, артериальная гипотензия, падение, депрессия, артериальная гипертензия)- 65 на 100 пациентов, с летальным исходом - 17 на 100 пациентов.

Список литературы

1. Абдильманова Б.Р. О риске развития нарушений мозгового кровообращения с учетом возрастного фактора.- Москва 2010.- С. 111-113.
2. Варакин Ю. Я. Острое нарушение мозгового кровообращения. Профилактика инсультов. - Москва 2013.- С. 14-17.
3. Джибладзе Д.Н. Патология сонных артерий и проблема ишемического инсульта. - Москва 2002.- С.31-56.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ УДМУРТИЯ И РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Ганбаров А.А., Духганов И.В., Мамедова Л.О., Никифорова К.К.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», г.Ижевск

Актуальность. В настоящее время одним из самых массовых видов медицинского обслуживания является стоматологическая помощь, нуждаемость в которой среди населения с каждым годом возрастает.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования проводилось анонимное анкетирование пациентов стоматологических поликлиник в Удмуртской Республике (г.Ижевск и г.Глазов) и Республике Татарстан (г.Набережные Челны). На основании результатов анкетирования пациентов стоматологических поликлиник была дана оценка степени их удовлетворенности оказанной стоматологической помощью. В данной статье представлены результаты проведенного исследования.

Из трёхсот пациентов, принявших участие в анкетировании, 51 % составили женщины, 49% - мужчины.

Большинство всех респондентов составили работающие - 62% и пенсионеры по старости - 22%, 11% - студенты, 5% составили безработные. Городских жителей, принявших участие в анкетировании, 82%, а жителей сельской местности - 18%.

Результаты и обсуждения. Респондентами дана оценка медицинских работников (Табл.1, Табл.2).

Таблица 1.

Проявляет ли внимание медицинский персонал к просьбам и пожеланиям пациента (на 100 опрошенных)

Населенный пункт	Да	Нет	Иногда
г.Ижевск	84	6	10
г.Набережные Челны	86	4	10
г.Глазов	57	36	7
Итого	75,7	15,3	9,0

Таблица 2.

Корректность и доброжелательность в общении с пациентами (на 100 опрошенных)

Населенный пункт	Всегда отсутствует	Не всегда присутствует	Отсутствует
г.Ижевск	83	16	1
г.Набережные Челны	43	57	0
г.Глазов	53	16	31
Итого	59,7	29,7	10,6

В современной стоматологии огромную роль играет информированность населения о состоянии их здоровья и обоснованность проведения медицинских манипуляций врачом. Пациентам эти данные разъясняются в доступной форме лучше в г.Ижевск - 85, частично разъясняют в г.Глазов – 57 и в г.Набережные Челны – 47 на 100 анкетированных.

Пациенты напрямую контактируют с медицинским персоналом, в связи с чем формируется то или иное впечатление о нем. Анализ результатов показал, что пациенты не сталкиваются с некорректным поведением и обращением со стороны медицинского персонала в г.Ижевск-75 и в г.Глазов-57, а в г.Набережные Челны сталкиваются иногда -62.

Качество оказания медицинской помощи зависит не только от профессиональной квалификации врача, но и от его заинтересованности в конечном результате. Так оказалось, что во всех трех городах лечащий врач заинтересован в результатах лечения пациента и этот показатель равен в г.Ижевск- 81, в г.Набережные Челны -80, а в г.Глазов всего лишь -52 на 100 респондентов.

Уровень доверия пациентов к лечащему врачу высокий в г.Ижевск-68, в г.Набережные Челны -61 и в г.Глазов -57 на 100 пациентов.

Также была проведена оценка условий пребывания пациентов в медицинской организации. Удобство пребывания в очереди полностью соответствовало ожиданиям пациентов в г.Ижевск-55, в г.Глазов-49, а в г.Набережные Челны в целом соответствовало ожиданиям 39 из 100 анкетированных. Санитарные условия лечебного учреждения во всех трех городах полностью соответствовали требованиям в г.Ижевск -60, в г.Глазов -63, в г.Набережные Челны -51 на 100 пациентов.

Высоко значимым фактором в качестве оказания стоматологической помощи является соблюдение санитарных правил и нормативов (Табл.3).

Таблица 3.

Соблюдение медицинским персоналом санитарно-гигиенических норм: проведение манипуляций в перчатках, мытье рук до и после проведения процедуры и т.д. (на 100 опрошенных)

Населенный пункт	Всегда	Не всегда	Никогда
г.Ижевск	89	9	2
г.Набережные Челны	70	30	0
г.Глазов	73	24	3
Итого	77,3	21,0	1,7

Комфортность медицинской организации полностью соответствовало ожиданиям в г.Ижевск-53 и в г.Глазов-53, а в г.Набережные Челны-67соответствовало в целом.

Внешний вид медицинской организации полностью соответствовал ожиданиям в г.Ижевск-57, в г.Глазов-56, а в г.Набережные Челны соответствовало в целом 64 на 100 опрошенных.

Медицинская организация приспособлена для людей с ограниченными возможностями в г.Глазов-48, в г.Ижевск-51– частично приспособлена, тогда как в г.Набережные Челны -90 не приспособлена (Табл.4).

Таблица 4.

Приспособленность медицинской организации для людей с ограниченными возможностями (наличие пандусов) (на 100 опрошенных)

Населенный пункт	Да	Нет	Частично
г.Ижевск	33	16	51
г.Набережные Челны	0	90	10
г.Глазов	48	38	14
Итого	27,0	48,0	25,0

Медицинская организация находится рядом с остановкой общественного транспорта в г.Набережные Челны-100 респондентов.

Пациентам приходится нередко встречаться и с другими работниками поликлиник (младшим медицинским персоналом). Первое впечатление о качестве работы поликлиники, как правило, начинается с регистратуры, работники которой являются своего рода информационным центром (Табл.5).

Таблица 5.

Наличие очередей в регистратуре, невозможность дозвониться в регистратуру (на 100 опрошенных)

Населенный пункт	Постоянно	Иногда	Никогда
г.Ижевск	30	34	36
г.Набережные Челны	15	65	20
г.Глазов	55	37	8
Итого	33,3	45,3	21,4

Режим работы медицинских организаций в будние дни в г.Ижевск для 69, в г.Набережные Челны для 50 и в г.Глазов для 49 посетителей всегда удобен.

Режим работы медицинских организаций в выходные и в праздничные дни в г.Глазов для 47 посетителей всегда удобен, в г.Набережные Челны для 48 и в г.Ижевск для 57 из 100 пациентов режим работы удобен не всегда.

Во всех трех городах есть возможность обращения к руководству медицинской организации при возникновении спорных ситуаций - в г.Ижевск -76, в г.Глазов-60, в г.Набережные Челны- 50 на 100 респондентов.

В г.Ижевск-50 и в г.Глазов-70 регистратор медицинской организации проверяет наличие полиса ОМС при каждом посещении, а в г.Набережные Челны-66 регистратор иногда проверяет наличие полиса.

При первичном посещении учреждения заносят данные пациентов с паспорта и полиса ОМС в г.Ижевск-77, в г.Набережные Челны-96, а в г.Глазов только с полиса ОМС-25.

При смене полиса ОМС, изменении данных, обнаружении неточностей регистраторы всегда исправляют данные в г.Ижевск-80, в г.Глазов -63, а в г.Набережные Челны иногда исправляют данные -43 из 100 анкетированных.

Существует возможность выбора лечащего врача по желанию пациента в г.Ижевск-64, в г.Набережные Челны-96, а в г.Глазов проблемно для 31 из 100 опрошенных.

Доступно и своевременно получение рентгенологическое обследования в г.Ижевск-82, в г.Набережные Челны-93, проблемно в г.Глазов- 30.

В г.Ижевск-72, в г.Набережные Челны-60, в г.Глазов-61 из 100 респондентов не сталкиваются с навязыванием платных услуг.

Одним из факторов, определяющим удовлетворенность оказания стоматологической помощи, является ее доступность. Респонденты отмечают возникновение трудностей при получении талона на прием к врачу (Табл.6).

Таблица 6.

Возникают ли трудности при получении талона на прием к врачу (на 100 опрошенных)

Населенный пункт	Постоянно	Иногда	Никогда
г.Ижевск	20	33	47
г.Набережные Челны	9	60	31
г.Глазов	54	34	12
Итого	27,7	42,3	30,0

После лечения в медицинском учреждении пациенты отметили улучшение в г.Набережные Челны-90, в г.Ижевск-70, а в г.Глазов-9 отметили ухудшение.

Уважаемыми клиентами чувствовали себя в г.Ижевск-61, в г.Набережные Челны-40, а в г.Глазов-14 не считали себя уважаемыми клиентами.

Удовлетворены качеством оказания стоматологической помощи в г.Ижевск-78, в г.Набережные Челны - 40 частично удовлетворены, а в г.Глазов 19 не удовлетворены (Табл.7).

Таблица 7

Социальная удовлетворенность населения оказанием стоматологической помощи (на 100 опрошенных)

Населенный пункт	Да	Частично	Нет
г.Ижевск	78	17	5
г.Набережные Челны	57	40	3
г.Глазов	53	28	19
Итого	62,7	28,3	9,0

Вывод: Полностью удовлетворены качеством оказания стоматологической помощи в г.Ижевск- 78, в г.Набережные Челны-57, а в г.Глазов-53 из 100 опрошенных. Частично удовлетворены качеством оказания стоматологической помощи в г.Ижевск- 17, в г.Набережные Челны-40, а в г.Глазов-28. Не удовлетворены оказались в г.Ижевск-5, в г.Набережные Челны-3, в г.Глазов-9 из 100 респондентов.

УТОМЛЯЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ УЧЕБНОГО ДНЯ

Духганов И.В., Галипова Р.М., Кудрина Ж.А.

Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск

Обучение в высшей школе требует от студентов значительного интеллектуального и психо-эмоционального напряжения. Студенческий возраст является заключительным этапом возрастного развития, психо-физических и двигательных возможностей организма. Особенно в затруднительном положении оказываются студенты младших курсов. С одной стороны они должны сразу включаться в напряженную работу, требующую применения всех сил и способностей. С другой – само по себе преодоление новых условий учебной работы требует значительной затраты сил организма. Включение студентов в новую систему жизнедеятельности может сопровождаться нервным напряжением, излишней раздражительностью и беспокойством.

Целью исследования являлась оценка утомляемости студентов первого курса стоматологического факультета Ижевской Государственной Медицинской Академии (ИГМА) в течение дня.

Материалы и методы: для реализации данной цели нами была изучена соответствующая литература и составлены анкеты. Анкетирование проводилось по следующим вопросам: пол, возраст, национальность, место проживания, наличие вредных привычек и хронических заболеваний, занятие спортом, продолжительность сна, совмещение учебы с работой. Следующим этапом являлось исследование студентов по двум методикам: опрос таблице Шульте и подсчет цифр по Крепелину. Данный этап проводился в середине учебной недели до начала учебного процесса и после него. Утренние и вечерние данные каждого исследуемого сравнивались. В

исследовании участвовали 66 студентов первого курса стоматологического факультета ИГМА в возрасте от 17 до 22 лет, среди которых 40 девушек и 26 юношей.

Результаты показали, что у 91% студентов наблюдалась утомляемость в течение учебного дня (рис 1, 2). Количество сложенных чисел за 30 секунд по методике Крепелина в начале учебного дня в среднем составляет 19,5 цифр, а в конце учебного дня – 17 цифр. Показатели студентов по таблице Шульце (время, необходимое для нахождения 25 чисел в квадрате) в начале рабочего дня составляет в среднем 28 секунд, а в конце -30 секунд.

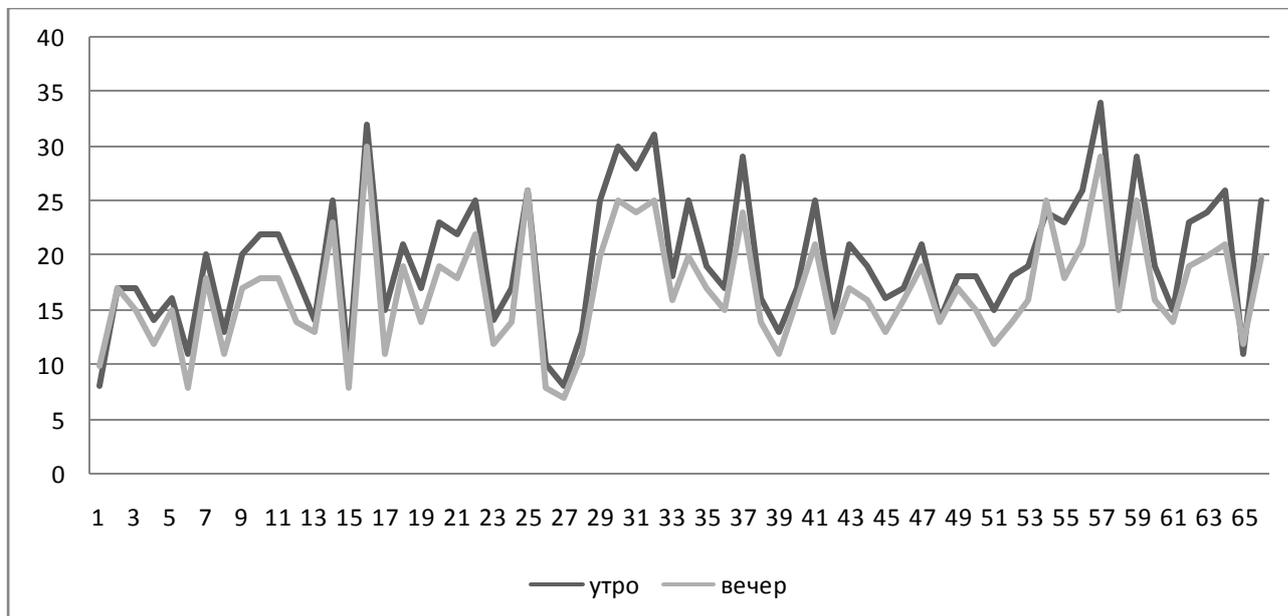


Рис.1. Результаты сложенных чисел за 30 секунд по Крепелину.

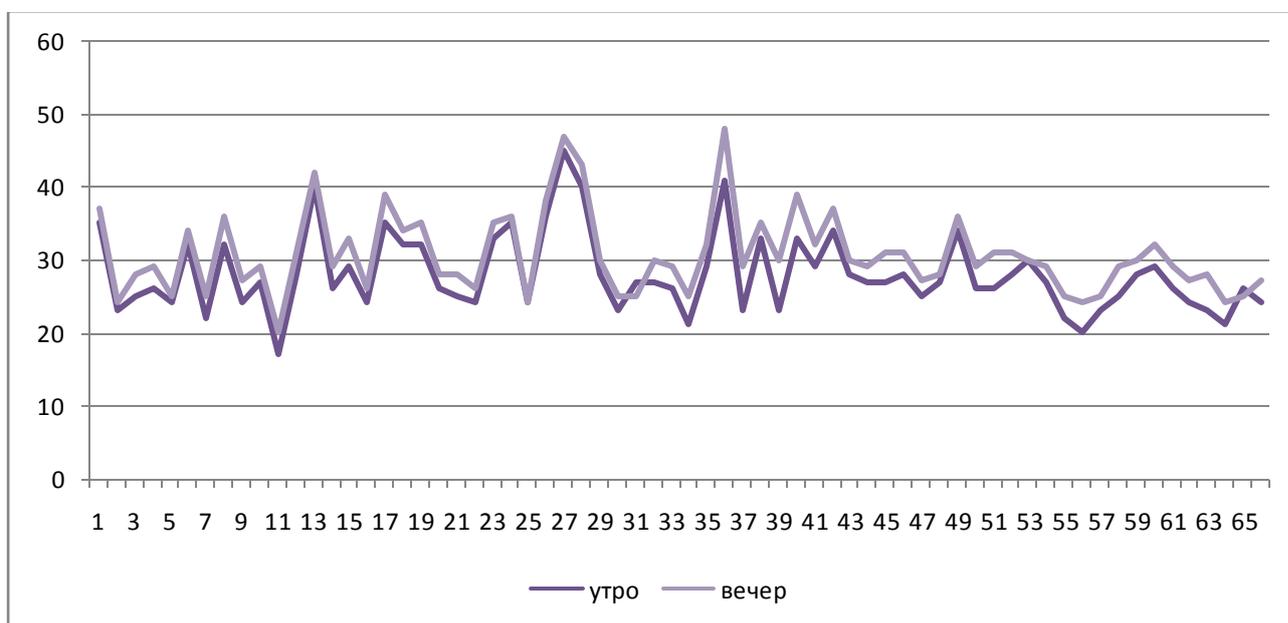


Рис.2. Результаты утомления студентов по таблице Шульце.

Среди утомленных студентов 62% девочек, 38% мальчиков. Из них 25% проживают в общежитие, 56% на съемной квартире, а 19% являются жителями города, проживающими в семье. Также выявлено, что среди респондентов 15% имеют вредную привычку (курение) и 8% страдают хроническими заболеваниями. По национальному составу студенты распределялись следующим образом: 38% русские, 30% татары, 15% башкиры, 7% мордва, 5% коми и прочие. Студенты в 7% случаев совмещают учебу с работой. Характеристика отдыха студентов следующая: 10% - спят 4 часа, 52% - 5 часов, 28% - 6 часов и только 10% спят 7 и более часов в сутки.

Вывод: более утомляемыми являются работающие студенты, спящие менее 5 часов в день. Таким образом установлено, что на утомляемость студентов влияет многие факторы, среди которых: пол, возраст, наличие

хронических заболеваний и вредных привычек (курение), национальность, совмещение учебы с работой и полноценный сон.

Список литературы

1. Альманах психологических тестов. М., 1995г, С. 112-116.
2. Елисеев О.П. – «Практикум по психологии личности». – Спб., 2003г. С. 199-200.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РОССИИ

Ахильгова З.М., Гарипова И.Л., Хабибуллина А.Р.

ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск

Актуальность темы:

Геморрой – наиболее частое заболевание прямой кишки, которым страдают более 10% взрослого населения. В стационарном лечении нуждается 18-20% пациентов от общего числа больных. Проблема лечения геморроя считается актуальной и привлекает к себе внимание, поскольку заболевание снижает трудоспособность и приводит к ее временной утрате, нарушает "качество жизни" пациентов [1,2].

Цель работы: выявить факторы риска развития геморроя у населения различных регионов РФ (республик Удмуртия, Татарстан, Ингушетия).

Задачи:

3. Выявить распространенность геморроя среди населения и особенности факторов развития геморроя.
4. Установить наиболее частые его осложнения.

Материалы и методы: выкопировка из карт стационарных больных, социологический опрос, непосредственное наблюдение.

Результаты и обсуждение: нами изучено 106 карт стационарных больных колопроктологического отделения республиканской клинической больницы г. Ижевск Удмуртской республики с диагнозами острый и хронический геморрой, госпитализированных в 2013 году.

Выявлено: пациентов с острым геморроем - 17(16%), из которых

1 степени – 30%, 2 степени – 40%, 3 степени – 30%. Пациентов с хроническим геморроем – 84%, из них 1 стадии – 3%, 2 стадии – 44%, 3 стадии – 35%, 4 стадии – 4%. Средний возраст больных 55 лет. Среди госпитализированных 65% - мужчины, 35% женщин. По социальной группе пациенты распределялись: пенсионеры – 14%, водители – 9%, слесари – 7%, кладовщики – 3%, студенты – 3%, монтажники – 3%, прочие – 61%. Из 106 больных 71% жителей городов, 29% - села.

Наиболее часто встречающиеся осложнения: рецидивирующее ректальное кровотечение – 4%, постгеморрагическая анемия – 3%.

Выявлены следующие сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь – 9%, ишемическая болезнь сердца – 3%, стенокардия напряжения – 3%, сахарный диабет -3%, остеохондроз поясничного отдела – 3%, варикозная болезнь – 3%, хронический бронхит – 2%.

Среди факторов, способствующих развитию геморроя, являются наличие физической нагрузки. Среди 32% пациентов работа связана с высокими физическими нагрузками. Употребляли в значительных количествах алкоголь 37,7% пациентов.

Нами проведен опрос 218 человек, госпитализированных в различные стационары медицинских организаций, в возрасте от 18 до 60 лет в республиках Татарстан, Ингушетия.

В Татарстане среди 105 опрошенных пациентов: мужчины составили 44%, женщины – 56%, из них: городских жителей – 77%, сельских – 23%. Средний возраст 52 года. Заболеваниями ССС страдают 42% пациентов, ЖКТ – 34%, дыхательной системы – 24%, эндокринной системы – 5%. Среди профессий преобладают: водитель – 12%, продавец – 8%, учитель – 8%, бухгалтер -7%, слесарь – 6%.

В Ингушетии среди 113 опрошенных: мужчины составляют 44%, женщины – 56%. Из них: городские жители – 75%, сельские – 25%. Средний возраст 38 лет. Заболеваниями ССС страдают 55% пациентов, ЖКТ – 42%, дыхательной системы – 11%, эндокринной системы – 4%. Среди профессий преобладают: водитель – 10%, продавец – 9%, учитель – 7%, бухгалтер – 6%, юрист – 6%, ИП – 5%.

В республике Татарстан из 105 опрошенных выявлено 9 человек с диагнозом геморрой, что составляет 8,6%. Среди больных геморроем 55,5% мужчин, 44,5% женщин. Наследственное предрасположение у 67% человек, при физических нагрузках геморрой наблюдается в 56% случаев, постоянное нахождение в сидячем положении на рабочем месте у 33,3%. Неограниченно употребляют жареную и острую пищу 33% опрошенных. Послеродовой геморрой выявляется у 40% опрошенных женщин. Среди больных геморроем алкоголь в 11% случаев не употребляют, 11% - раз в год, 55,6% - раз в полгода, 22,2% - раз в неделю.

Среди больных геморроем выявлены следующие сопутствующие заболевания: варикозная болезнь – 44,4%, гипертоническая болезнь – 33,3%, сахарный диабет и гастрит по 22,2%, хронический бронхит, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки по 11,1%. Наиболее часто встречающиеся осложнения: рецидивирующее ректальное кровотечение и постгеморрагическая анемия по 21,2%, трещины заднего прохода и тромбоз геморроидальных вен по 12,3%.

В республике Ингушетия из 113 опрошенных выявлено 11 человек с диагнозом геморрой, что составляет 9,7%. Из них 54,5% женщин, 45,5% мужчин. Наследственное предрасположение у 45,4%, при физических нагрузках геморрой наблюдается в 36,4% случаев, постоянное нахождение в сидячем положении на рабочем месте у 62,1%. Неограниченное употребление жареной и острой пищи – 89%. Послеродовой геморрой выявляется в 54,5%. Употребление алкоголя: в 82% случаях - не употребляют, 9% - раз в год, 9% - раз в полгода.

Выявлены следующие сопутствующие заболевания: варикозная болезнь, гипертоническая болезнь, гастрит по 36,4%, хронический бронхит – 18%, сахарный диабет и язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки по 9%. Наиболее часто встречающиеся осложнения среди больных геморроем: трещины заднего прохода – 45,4%, рецидивирующее ректальное кровотечение – 9%.

Опрошенные женщины с выявленным диагнозом геморрой дали ответы, что заболевание связано с родами (Табл. 1).

Таблица 1

Роды как фактор риска возникновения геморроя

Количество родов	Татарстан		Ингушетия	
	Абсолютное число	На 100 опрошенных	Абсолютное число	На 100 опрошенных
1	-	-	-	-
2	2	1,9	-	-
3	1	0,95	1	1
4	1	0,95	-	-
Более 4	-	-	5	4
Всего:	4	3,8	6	5

Выводы: Заболеваемость населения геморроем в трех регионах РФ (Удмуртия, Татарстан и Ингушетия) составляет в среднем 10%. Преимущественно болеет мужская половина населения в Удмуртии (65%), Татарстане (55,5%) и в Ингушетии – женщины (54,5%). Возникает чаще у городского населения.

В Удмуртии существенным фактором риска развития геморроя является гиподинамия (36%), а также большие физические нагрузки (32%).

Предрасполагающими факторами развития геморроя в Татарстане являются: наследственная предрасположенность (67%), физические нагрузки (56%), употребление жареной и острой пищи (33%), а также сопутствующие заболевания: варикозная болезнь (44,4%), гипертоническая болезнь (33,3%). Послеродовой геморрой у 22,2% женщин.

Факторами риска развития геморроя в Ингушетии преимущественно являются: неограниченное употребление жареной и острой пищи (89%), наследственная предрасположенность (45,4%), тяжелые физические нагрузки (36,4%), сидячая работа и малоподвижный образ жизни (62,1%), а также сопутствующие заболевания: варикозная болезнь, гипертоническая болезнь, гастрит по 36,4%. Послеродовой геморрой у 54,5% женщин.

Список литературы

1. Геморрой. А.И.Парфенов «Медицинский совет», №9-10, Москва, 2010, с. 13-18.
2. Геморрой. Руководство. Г.И.Воробьев, Ю.А. Шелыгин, Л.А. Благодарный «Литтерра», Москва, 2010,с. 16-18.

ФАКТОРЫ РИСКА ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Бакланова Е.А., Фатхуллина Л.К.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», г.Ижевск

Актуальность:

Сахарный диабет – это группа обменных заболеваний, характеризующихся – гипергликемией, которая является результатом дефектасекреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов.

Современная классификация сахарного диабета выделяет несколько его видов. Особую группу составляет гестационный сахарный диабет (ГСД), возникающий у беременных на фоне избытка массы тела и проходящий после родов.

Проблема ведения беременности у женщин, страдающих ГСД актуальна во всем мире. Течение беременности и родов при ГСД крайне неблагоприятно сказывается на внутриутробном развитии плода, увеличивается частота пороков развития, высока перинатальная заболеваемость и смертность. *Авторы Сенаторова А.С., Караченцев Ю.И., Кравчун Н.А., Казаков А.В., Рига Е.А., Макеева Н.И., Чайченко Т.В.* указывают, что ГСД у матери 25-50% случаев со временем приводит к развитию истинного сахарного диабета 2-го типа.

Главным механизмом осложнений является гипергликемия матери, следовательно, глюкоза легко проникает через плацентарный барьер, в связи с этим возникает фетальный гиперинсулизм, способствующий развитию неонатальных осложнений.

Цели исследования: выявить частоту заболеваемости ГСД среди пациенток Перинатального центра БУЗ Удмуртской Республики «1 Республиканской Клинической Больницы Министерства Здравоохранения Удмуртской республики»; оценить последствия ГСД для женщины и новорожденного.

Материалы и методы исследования:

В процессе выполнения работы было обследовано 35 пациенток, поступивших под наблюдение БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» с 01.01.2014 по 30.09.2014. Возраст женщин находится в диапазоне от 22 до 38 лет. Среди них первородящих 68,5%, повторнородящих 31,5%.

Был проведен анализ историй болезни, данных акушерско-гинекологического анамнеза, изучено влияние ГСД на плод и новорожденного.

Результаты и обсуждение:

Была выявлена частота заболеваемости ГСД у пациенток Перинатального центра БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР»: всего поступивших в стационар за период с 01.01.2014г. по 30.09.2014г.– 2892, с сахарным диабетом (среди них сахарный диабет 1го, 2го и 3го(ГСД) типов) – 55(1,9%), с ГСД – 35(1,2%).

Нами проведено изучение факторов риска ГСД. Отягощенную наследственность по сахарному диабету имели 17,1% женщин. Ожирение имело место у 60% женщин. Наличие в предыдущих беременностях ГСД у 11,5%. Наличие в анамнезе многоводия – у 34,3% женщин. Старше 35 лет было 51,4% человек. Ни одного фактора риска не имели только 14,3% женщин, а 45,7% имели 3 и более факторов риска.

Во время беременности 48,6% женщин перенесли гестоз, у 68,6% была анемия различных степеней тяжести, многоводие у 22,8% женщин, маловодие у 5,7%, фетоплацентарная недостаточность у 28,5%.

У женщин исследуемой группы было рождено 35 детей, у одной из них беременность завершилась антенатальной гибелью плода. Все новорожденные родились от одноплодной беременности.

Новорожденных мужского пола –60%, женского пола – 40%.

Из 35 новорожденных 62,8% родились с нормальной массой тела, 8,5% с массой тела до 2500г (недоношенные) , 2,8% родился с массой тела до 1500г (малая масса тела), вес более 4000г (макросомия) был отмечен у 17,1% новорожденных, 2,8% - нежизнеспособный плод, рожденный на 36 неделе гестации массой 3090г. Средний вес новорожденных составил 3237г. Средний рост составил 51,2 см.

У младенцев в раннем неонатальном периоде наблюдались следующие состояния: диабетическая фетопатия у 40% детей, с патологией сердечно-сосудистой системы (в рамках диабетической фетопатии) 5,7%

новорожденных, гипогликемия новорожденного имела место у 14,3% человек, асфиксия различных степеней тяжести – 54,3%, респираторный дистресс-синдром у 20% новорожденных, с патологией ЦНС 25,7% младенцев, гипокалиемия зарегистрирована у 11,4% детей, гипербилирубинемия у 37,1% новорожденных.

Выводы: частота заболеваемости ГСД среди пациенток Перинатального центра БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» составила 1,2%; факторами риска ГСД являются: отягощенная наследственность по сахарному диабету, ожирение, наличие в предыдущих беременностях ГСД, наличие в анамнезе многоводия, возраст старше 35 лет.

Список литературы

1. Айламазян Э.К. Акушерство. 2003г. с.224-226.
2. Семенова М.В. Беременность и сахарный диабет. 2004г. с.2-17.
3. Федорова М.В, Краснопольский В.И., Петрухин В.А. Сахарный диабет, беременность и диабетическая фетопатия. 2001г. с. 288.

ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА

Григорьев П.Н.

Северо-Восточный Федеральный Университет имени М.К. Аммосова, г.Якутск

Ни для кого не является открытием, что «основа основ» здоровье это ведение правильного образа жизни, но, к сожалению, в последнее время мы наблюдаем рост заболеваемости и смертности населения на фоне высоких достижений медицины, совершенства технических средств диагностики и лечения болезней. Современный этап развития общества характеризуется демографическим кризисом, снижением продолжительности жизни, снижением психического состояния здоровья населения страны, что вызывает обеспокоенность многих ученых и специалистов (3). Но, учитывая традиционную направленность действующей системы здравоохранения на выявление, определение и “устранение” болезней, можно предполагать, что медицина сегодняшнего дня и обозримого будущего не сможет существенно влиять на сохранение здоровья человека. Этот факт обосновывает необходимость поиска более эффективных способов и средств сохранения и развития здоровья.

Известно, что здоровье человека зависит от многих факторов: наследственных, социально-экономических, экологических, деятельности системы здравоохранения. Но, по данным ВОЗ он лишь на 10-15 % связан с последним фактором, на 15-20 % обусловлен генетическими факторами, на 25 % его определяют экологические условия и на 50-55 % - условия и образ жизни человека. Очевидно, что в сохранении и формировании здоровья должен быть заинтересован сам человек. Для этого ему необходимо пересмотреть его образ жизни, его ценности, установки, степени гармонизации его внутреннего мира и отношений с окружением. В действительности человек зачастую равнодушен по отношению к себе, безответственно относиться к здоровью своего организма, и наряду с этим не старается исследовать и понимать свою душу. Более того часто перекладывает заботу о здоровье на плечи врачей. В действительности человек занят не заботой о собственном здоровье, а лечением болезней, что и приводит к наблюдающемуся в настоящее время ухудшению состояния здоровья населения на фоне значительных успехов медицины. В действительности же, укрепление и творение здоровья должно стать потребностью и обязанностью каждого человека. Флагманом должны выступить сами медицинские работники, врачи и студенты медицинских вузов.

Наш университет объявлен зоной трезвости. И это не пустые слова. Сегодня можно привести некоторые цифры. По сравнению с 2011 годом количество зафиксированных случаев алкогольного опьянения студентов сократилось в несколько раз. Во втором полугодии за употребление спиртных напитков в общественных местах и нахождение в нетрезвом состоянии в общественных местах было привлечено к административной ответственности было привлечено 15 студентов, что в два с половиной раза меньше, чем в первом.(4) Для сравнения, в Северо-Восточном Федеральном Университете учиться около 20000 студентов.

Отрадно что, профилактика правонарушений и пропаганда здорового образа жизни является основным направлением работы коллектива университета. Проверки и рейды в общежитиях проводятся регулярно. Со специалистами в области здравоохранения, правопорядка проводятся профилактические лекции. Во всех

корпусах работают наркологические посты. Кроме того, в Студгородке проходят флэшмобы, викторины, различные акции на тему здорового образа жизни.

Руководство университета предлагает студентам выгодную альтернативу нездоровому образу жизни: бесплатные тренировки в спорткомплексе «Триумф», свободное посещение бассейна «Долгун». В разработке система оздоровительных мероприятий для студентов с еще более расширенными мероприятиями и возможностями для ведения правильного здорового образа жизни.

Студенты СВФУ живут в студгородке, который объявлен зоной трезвости с 1990-х годов, а с 2008-2010 запрещено курение не только в здании университета, в учебных корпусах в общежитии, но и на территории всего студгородка. Что приводит к очень хорошим результатам. Рассмотрим поподробнее положение дел на примере студентов медицинского института Северо-Восточного Федерального университета. Студенты МИ проживают в корпусе №20. Комнаты по 2-3 объединены одним санузелом и бытовой комнатой. Дежурными соблюдается чистота в комнатах, коридоре. Курение запрещено в комнатах, коридорах.

При опросе студентов проживающих в общежитии (заполнение анкет старостами учебных групп в основном III курсов) всего педиатрического отделения – (82 студента из них 20 юношей) все отрицательно относятся к табакокурению. Никто не курит. На отделении «Лечебное дело» III курса опрошены студенты в двух группах (23 студента, из них 6 юношей) все отрицают курение. Студенты медицинского института ответственно относятся не только к своему здоровью, но активно ведут просветительную работу среди студентов университета. Как люди, осознанно выбравшие профессию врача, они не могут оставаться в стороне в борьбе против алкоголя и табакокурения, за здоровый образ жизни. Силами студентов медицинского института проводятся лекции и ярмарки здоровья в рамках ежегодного мероприятия «Выбирай здоровый образ жизни вместе с нами!».

Этому способствовало по нашему мнению широко поставленная работа преподавателей-кураторов на I-II курсах под руководством преподавателя К. Г. Башарина известного в Якутии поборника здорового образа жизни (ЗОЖ). Он является вице-президентом международной Академии трезвости, являясь заведующим кафедрой нормальной и патологической анатомии, Карл Георгиевич на практических занятиях в каждой группе студентов I-III курсов демонстрирует препараты патологических изменений в результате органов курильщиков и людей, злоупотребляющих алкоголем. В Музее кафедры патологической анатомии имеются экспонаты младенцев с несовместимыми с жизнью изменениями в таком важном органе как мозг – недоразвитие мозга или полное его отсутствие (анэнцефалия). Также имеются и другие экспонаты, и препараты с аномалиями развития многих других органов. Такая наглядная демонстрация патологий из-за употребления табака и алкоголя, хоть и является шокирующей, но очень благотворной в плане правильного выбора жизненных приоритетов.

Преподаватели других кафедр МИ также выступают с беседами и лекциями о вреде алкоголя и табакокурения с демонстрацией патологических изменений органов и тканей человека, наступивших из-за злоупотребления алкоголем и прочих наркотических средств. Долгие годы по внедрению правильного образа жизни среди студентов (тогда еще Якутского Государственного Университета) выступали: гистолог Е. Д. Колодезникова (доцент ЯГУ, затем СВФУ), она – лектор общества «Знание» РС(Я), профессор Р. С. Тазлова психиатр, заслуженный работник Высшего образования РФ и многие другие.

Мы считаем, что правильный курс, выбранный все увеличивающимся числом молодых людей, ратующих и ведущих здоровый образ жизни - это результат усилий уважаемых студенчеством доцентов, профессоров, преподавателей, не только пропагандирующих, но показывающие личный пример и образец для подражания молодым врачам. Наиболее ярким показателем и свидетельством физического здоровья студенчества Северо-Восточного Федерального Университета является то, что в республиканских, российских и международных соревнованиях по таким видам спорта как борьба, легкая атлетика, бокс и др. команда СВФУ показывает отличные результаты и занимает призовые места.

Список литературы

1. Белов В.И. Психология здоровья. СПб, 1994, 272 с.
2. Гарбузов В.И. Человек - жизнь - здоровье // Древние и новые каноны медицины. СПб, 1995.
3. <http://www.gks.ru> Федеральная служба государственной статистики за 2013-2014гг
4. <http://www.s-vfu.ru/>

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ ПО МАТЕРИАЛАМ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ

Демичева Т.П., Шилова С.П.

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера, г.Пермь

Высокая распространенность заболеваний эндокринной системы относят их к числу социально значимых. Нередко эндокринная патология служит фоном для таких тяжелых заболеваний, как ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь. В последние десятилетия в России наблюдается неуклонный рост числа больных, имеющих эндокринные заболевания, и прежде всего, за счет лиц, страдающих сахарным диабетом 2 типа (СД 2).

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей и эпидемиологических тенденции по распространенности эндокринных заболеваний в Пермском крае.

По материалам официальной статистики в 2013 году у 6,4% жителей края зарегистрировано то или иное эндокринное заболевание.

Уровень заболеваемости эндокринной системы по данным обращаемости населения в медицинские организации с впервые установленным диагнозом в 2013 году составил 11,5 на 1000 жителей

За пятнадцатилетний период показатель увеличился в 1,6 раза. Пик впервые установленной патологии приходился на 2006 год что, вероятно, увязано с принятием и реализацией национальной программы «Здоровье». Введение в состав врачебной комиссий врача-эндокринолога привело к росту числа впервые выявленных заболеваний эндокринной системы, которые фиксировались в статистических талонах. Уровень первичной заболеваемости в Пермском крае составил в 2006 году 13,8, в 2007 году – 13,9 и 2008 году – 12,8 на 10000 населения. В дальнейшем отмечалось уменьшение показателей, что может быть обусловлено, с одной стороны, исключением врача-эндокринолога из состава врачебной комиссии, с другой стороны, коммерциализацией здравоохранения, набирающей обороты во второй половине первого десятилетия текущего столетия.

Активное формирование рынка медицинских услуг, развитие частной медицины привело к снижению числа зарегистрированных официальной статистикой заболеваний, так как требования к статистическому учету для этих структур носило рекомендательный характер. С 2007 по 2013 год число частных медицинских организаций в Пермском крае возросло в пять раз.

Понятно, что ежегодное выявление новых заболеваний приводит к накоплению патологии и общие показатели заболеваемости меняются в сторону увеличения. Общий уровень заболеваемости эндокринной системы по данным обращаемости населения в медицинские организации края в 2013 году в сопоставлении с предыдущим годом на 5,4% выше и составил 63,9 на 1000 жителей.

Динамика частоты обращаемости населения по поводу заболеваний эндокринной системы свидетельствует о выраженной тенденции к росту показателей на протяжении пятнадцатилетнего периода. За анализируемый отрезок времени коэффициенты удвоились. Наиболее высокий темп роста и прироста уровня заболеваемости отмечен в 2006г., что в определенной степени обусловлено ростом частоты регистрации впервые выявленной патологии. Темп прироста общего показателя в 2006 г. по отношению к 2005 году составил по Пермскому краю – 11,6%. В последующие годы он значительно ниже.

Болезни эндокринной системы имеет неуклонную нарастающую динамику в зависимости от возраста. Наибольший уровень заболеваемости отмечен в старших возрастных группах (по 112,7 на 1000 населения старше 60 лет), который превышает таковую в группе 18-29 лет (18,3 на 1000 соответствующего населения) в 6,1 раза.

Анализ структуры болезней эндокринной системы важен для выявления приоритетов и концентрации внимания на них. Класс болезней эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ по данным обращаемости на 81,9 – 87,1% определяют сахарный диабет, болезни щитовидной железы и ожирение.

Сахарный диабет по данным обращаемости населения в медицинские организации занимает приоритетное место среди эндокринных заболеваний. В структуре эндокринной патологии Пермского края удельный вес СД равен 42,2%. Частота распространения СД среди жителей Пермского края составила 25,6 на 1000 населения.

В Российской Федерации количество больных СД 2 составляет более 3 млн. человек и число больных каждые 15 лет удваивается [1]. В Пермском крае за пятнадцатилетний период отмечается увеличение общей численности больных сахарным диабетом в 1,9 раза, что совпадает с мировыми тенденциями. При этом заболеваемость СД 1 типа за последние десять лет увеличилась в 1,1 раза, а 2 типа в 1,7 раза.

Важное значение имеет показатель своевременного выявления СД и его динамика. Частота впервые установленного сахарного диабета в Пермском крае в 2000 году равна 1,3 на 1000 населения, а в 2013 году – 2,3 на 1000 населения, т.е. имеется рост в 1,8 раза.

Заболеваниям щитовидной железы принадлежит второе ранговое место. Следует отметить, что эта группа заболеваний в системе эндокринной патологии до 2010 года в официальной статистике не выделялась. На момент изучения по данным обращаемости населения в медицинские организации края было зарегистрировано 15,7 заболеваний щитовидной железы на 1000 населения. Динамика показателя неблагоприятная. Среднегодовой прирост показателя на уровне 2,8%.

Территория Пермского края относится к категории неблагополучных, т.е. к числу йододефицитных регионов. Факт роста патологии щитовидной железы в некоторой степени может быть обусловлен разрушением, начиная с 1989 года, государственной системы профилактики йододефицита. Природно-обусловленный дефицит йода на территории усугубляется вторичным недостатком йода, вызванным загрязнением окружающей среды промышленными предприятиями. Уровень заболеваемости щитовидной железы является своеобразным маркером экологического неблагополучия региона, и только масштабные государственные мероприятия могут менять ситуацию.

Важной составляющей класса болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ является ожирение, которое представляет серьезный риск для здоровья населения. Частота распространения ожирения среди населения Пермского края составила в 2013 году – 7,8 на 1000 населения, т.е. официальной статистикой Пермского края было зарегистрировано 0,8% больных ожирением от общей численности населения.

Анализ динамики показателей указывает на рост количества больных, страдающих ожирением (в 4,3 раза). Темп прироста уровня заболеваемости ожирением в Пермском крае выше, чем при СД и болезнях щитовидной железы. В 2013г. он для общей заболеваемости равен 12%, а первичной заболеваемости – 19,9%. что можно трактовать как тревожное явление, ибо ожирение является не только самостоятельным заболеванием, но одновременно - фактором риска в возникновении тяжелых соматических заболеваний. Нередко ожирение сопровождается сахарным диабетом, артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца. Наблюдение и лечение больных с избыточной массой тела является сложной задачей для медицины. С одной стороны, отсутствие на сегодняшний день эффективных лечебно-профилактических технологий и выраженная потребность в них, а, с другой стороны, неадекватное отношение самих пациентов и медицинского персонала к этой патологии и отсутствие условий для реализации необходимых мероприятий не позволяют успешно решать эту проблему.

Таким образом, из всего вышесказанного можно сделать выводы:

- по данным официальной статистики 6,4% населения Пермского края имели эндокринное заболевание,
- за пятнадцатилетний период число таких лиц выросло в 1,6 раза,
- в структуре эндокринной патологии Пермского края удельный вес сахарного диабета составил 42,2%, при этом заболеваемость СД 1 типа за десятилетний период увеличилась в 1,1 раза, а 2 типа - в 1,7 раза,
- отмечен и рост числа заболеваний щитовидной железы: среднегодовой прирост показателя зарегистрирован на уровне 2,8%,
- темп прироста уровня заболеваемости ожирением оказался выше темпа прироста уровня заболеваемости сахарным диабетом и болезнями щитовидной железы, что является тревожным фактом, поскольку ожирение - фактор риска тяжелых соматических заболеваний.

Список литературы

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Аметов М.Б., Галстян Г.Р., Майоров А.Ю., Мкртумян А.М., Петунина Н.А., Сухарева О.Ю. Проект «Консенсус совета экспертов Российской ассоциации эндокринологов (РАЭ) по инициативе и интенсификации сахароснижающей терапии сахарного диабета 2 типа». Сахарный диабет. 2011; (1): 95-105.

НАДАНАЛЬНАЯ ПРОКТЕКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Куликов Е.П., Каминский Ю.Д., Потехина Е.А., Куликова Ю.Е., Виноградов И.Ю., Судаков И.Б.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г.Рязань

Рак прямой кишки (РПК) занимает третье место среди всех опухолей желудочно-кишечного тракта и поражает преимущественно лиц в возрасте 40-60 лет. По Российской Федерации он занимает седьмое место среди всех злокачественных опухолей, по смертности – шестое, по запущенности – четвертое, уступая лишь раку желудка, легких и пищевода.

Многообразие подходов в лечении больных раком прямой кишки, а также высокий риск развития хирургических осложнений, обуславливают повышенный интерес хирургов онкологов к этому сложному разделу клинической онкологии. На протяжении многих десятилетий главной целью онкологов являлось увеличение продолжительности жизни больных злокачественными новообразованиями, не уделяя должного внимания качеству жизни. Стратегия лечения больных низким раком прямой кишки в течение последних лет значительно изменилась. В настоящее время целями лечения больных РПК являются: излечить, минимизировать риск местного рецидива (менее 5%), сохранить нормальный ход кишечника, оптимизировать его функцию и обеспечить качество жизни. До недавнего времени брюшно-промежностная экстирпация (БПЭ) прямой кишки, при локализации опухоли в нижней и средней третях, оставалась основным методом лечения больных II и III стадий. Внедрение техники тотальной мезоректумэктомии (ТМЭ) [12], неоадьювантное облучение [1,2,4,6,7], использование циркулярных степлеров и энергетических платформ создали возможность для снижения частоты выполнения брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки при низких раках [8,9].

Проведение предоперационной лучевой терапии у больных РПК позволяет добиться уменьшения размеров опухоли (downsizing) и достичь эффекта уменьшения стадии (downstaging). Но в настоящее время нет единого мнения о сроках максимальной реализации эффекта предоперационной лучевой терапии, и как следствие существуют разногласия об оптимальном интервале до выполнения радикальной операции [3]. Локализация опухоли в среднеампулярном отделе ПК в течение последних 2-х десятилетий перестала являться абсолютным показанием к выполнению БПЭ, уступив место низким аппаратным резекциям прямой кишки [5,10,11,13]. Рак нижнеампулярного отдела ПК в подавляющем большинстве случаев по-прежнему предполагает выполнение БПЭ. Дистальная граница резекции в 2 см. является одним из основных критериев радикальности выполнения операции при раке прямой кишки наряду с отрицательной циркулярной границей резекции. Имеются данные, что при низких РПК дистальная граница, равная 1 см может считаться радикальной [14].

Цель нашего исследования – оценка непосредственного эффекта предоперационного облучения у больных раком нижней трети ПК $T_{3-4}N_0M_0$, $T_{2-4}N_{1-2}M_0$ по данным МРТ, РКТ и морфологического исследования, а так же изучение возможности выполнения у них наданальной проктэктомии.

Материалы и методы. Нами изучены данные о 51 больном раком прямой кишки с поражением нижнеампулярного отдела (расстояние от зубчатой линии до 5 см), без вовлечения в процесс анального канала. Лечение проведено в ГБУ РО ОКОД в период с января 2011 по сентябрь 2014 г. У 27 пациентов лечение началось с радикальной операции, 24 больным проводилась предоперационная лучевая терапия. Обе группы сопоставимы по стадии, критерию Т, локализации, расстоянию от дистального края опухоли до аноректальной линии. Показания для неоадьювантного облучения конкретизировались данными РКТ или МРТ. Критериями, влияющими на проведение предоперационной лучевой терапии, являлись: опухоль T_3 - T_4 , поражение мезоректальных/апикальных лимфатических узлов, потенциально положительный циркулярный край резекции или поражение внутренних подвздошных и obturatorных лимфатических узлов. Облучение проводили на линейном ускорителе в классическом режиме СОД 45-50 Гр или интенсивном режиме СОД 25 Гр с радиомодификацией 5-фторурацилом. Выполненные операции: брюшно-промежностная экстирпация и сфинктеросохраняющие операции (низкая передняя резекция, наданальная проктэктомия, брюшно-анальная резекция). Термин наданальная проктэктомия мало употребим в литературе. Выполнение данной операции предполагает удаление всей прямой кишки с ТМЭ и дистальной границей резекции на уровне зубчатой линии, при этом сохраняется анальный канал и тазовое дно.

Получены предварительные результаты. У 89% пациентов отмечено уменьшение толщины опухоли более, чем на 30% (30-80%) и уменьшение количества и размеров лимфоузлов. У 85% - уменьшение протяженности опухоли и увеличение расстояния до аноректальной линии. Потенциально положительная циркулярная граница резекции перешла в отрицательную у 63%. Максимальный эффект по данным МРТ или РКТ отмечен при проведении исследования на 5-6^й неделе после облучения. После гистологического исследования удаленного макропрепарата, лечебный патоморфоз отмечен в 90% случаев. В 10% - лечебный патоморфоз не выражен. Максимальная (3-4) степень патоморфоза отмечалась при выполнении операции через 7-8 недель после облучения. При выполнении операции через 4 недели – степень патоморфоза не превышала 2.

В группе без неoadьювантного облучения у 7 пациентов (26%) выполнены сфинктеросохраняющие операции; БПЭ – у 20 больных (74%). После лучевой терапии сфинктеросохраняющие операции выполнены у 15 больных (63%), из них 12 наданальных проктэктомий, БПЭ – у 9 пациентов (37%). Расстояние от опухоли до дистального края резекции при сфинктеросохраняющих операциях ≥ 2 см составило у 87% после предоперационной ЛТ и у 80% больных без облучения. Отрицательный циркулярный край резекции после проведения ЛТ отмечен в 100%, в группе без облучения – у 10% циркулярный край резекции позитивный.

Выводы. Предоперационная лучевая терапия у больных раком прямой кишки в режиме классического фракционирования в 90% случаях уменьшает размер опухоли и лимфатических узлов. Максимальный эффект лучевой терапии реализуется не раньше 7-8 недель. Предоперационное облучение увеличивает до 80% возможность выполнения сфинктеросохраняющих операций при низких раках прямой кишки и приближает к 100% отрицательный циркулярный край резекции. Наданальная проктэктомия при раке нижнеампулярного отдела ПК технически выполнима более чем у 60% больных после предоперационного облучения. Данная операция может стать альтернативой выполнению БПЭ при данной локализации. Исследование продолжается.

Список литературы

1. Барсуков Ю.А. Возможности сфинктеросохраняющего лечения больных местно-распространенным первично-неоперабельным раком прямой кишки. // Онкологическая колопроктология. – 2012. - №4. – с.21-25
2. Бердов Б.А. Нужна ли лучевая терапия современной хирургии резектабельного рака прямой кишки? // Онкологическая колопроктология. – 2011. - №2. – с.52-55
3. Каминский Ю.Д., Куликов Е.П., Потехина Е.А., Куликова Ю.Е., Виноградов И.Ю., Виноградов И.И., Петрикова Н.А., Григорьев А.В., Викторов И.Л., Носов С.А., Журавлев Г.В. Рентгенологическая и морфологическая оценка влияния предоперационной лучевой терапии на опухоль у больных местно-распространенным раком прямой кишки. Евразийский онкологический журнал, 2014. 3(03) с.477
4. Куликов Е.П., Бубликов И.Д., Каминский Ю.Д., Мерцалов С.А. Непосредственные результаты оперативных вмешательств по поводу опухолевой патологии толстой кишки с поражением мочевыводящих путей. «Онкохирургия» v.5 4'2013 с.15-18
5. Куликов Е.П., Каминский Ю.Д. Предоперационная лучевая терапия при низких раках прямой кишки. Евразийский онкологический журнал, 2014. 3(03) с.490-491
6. Колядич Г.И. Комбинированное лечение больных раком прямой кишки с применением предоперационной крупнофракционной дистанционной и сочетанной лучевой терапии. Автореф. дис. ... к-та меднаук. Минск, 2006.
7. Корытов О.В. Клинико-морфологическая оценка эффективности неoadьювантной химиолучевой терапии местно-распространенного рака прямой кишки. Автореф. дис. ... к-та меднаук. СПб, 2008.
8. Мамедли З.З. Комплексное лечение больных раком средне- и нижнеампулярного отделов прямой кишки. Автореф. дис. ... к-та меднаук. М., 2011.
9. Невольских А.А. Современные подходы к лечению больных резектабельным раком прямой кишки. Автореф. дис. ... д-ра меднаук. М., 2011.
10. Расулов А.О. Хирургическая тактика после химиолучевой терапии рака прямой кишки. Автореф. дис. ... д-ра меднаук. М., 2012.
11. Den Dulk M., Marijnen C.A., Putter H. et.al Risk factors for adverse outcome in patients with rectal cancer treated with an abdominoperinealresection in the total mesorectal excision trial. Ann. Surg 2007;246(1): 83-90.
12. Heald R.J. Total mesorectal excision. The new European gold standard. G Chir 1998; 19 253 – 5.
13. Valentini V., Coco C., et al. Outcomes of clinical T4M0 extra-peritoneal rectal cancer treated with preoperative radiochemotherapy and surgery: a prospective evaluation of a single institutional experience. Surgery 2009; 145(5): 46-94

14. Williams NS, Dixon MF, Johnston D. Reappraisal of the 5 cm rule of distal excision for carcinoma of the rectum: a study of distal intramural spread and of patient survival. Br J Surg 1983;70: 150-154

СЕКЦИЯ №28.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.02)

PTEN, Ki67 и СОХ-2 КАК ПРЕДИКТОРЫ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЕЛАЗИИ И ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ЭНДОМЕТРИЯ

Маковский А.А., Данилова Н.В.

Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова, г.Москва

Рак эндометрия занимает первое место в структуре онкологической патологии репродуктивной системы женщин, и 4 место среди всей онкологической патологии женщин [18]. Смертность от рака тела матки в России по оценкам ВОЗ составляет 6,3 на 100000 населения и занимает 8 место среди злокачественных новообразований всех локализаций [18]. В качестве предракового состояния для высокодифференцированной аденокарциномы эндометрия (АЭ) рассматривают комплексную атипическую гиперплазию эндометрия (АГЭ), поскольку показано, что средний риск прогрессии комплексной атипической гиперплазии в инвазивный рак составляет 47% [17].

В зависимости от возраста тактика лечения пациенток с АГЭ и высокодифференцированной аденокарциномой может значительно различаться. В молодом возрасте и при наличии настойчивого желания пациентки сохранить репродуктивную функцию предпочтительным вариантом лечения является самостоятельная гормонотерапия препаратами прогестинов (СТГ). Большинство авторов сообщают, что при применении СТГ наблюдался ответ на лечение у от 80% до 100% пациенток. Процент случаев проявивших резистентность к лечению составлял от 0% до 20%. Количество случаев с прогрессированием заболевания варьировало от 0% до 3%. Среди пациенток, продемонстрировавших ответ на терапию, полный ответ наблюдался в 80-92% случаев, а частичный ответ регистрировался в 8%-20% случаев. Также выявлены были эпизоды рецидива. Рецидив документировался от 0% до 33% случаев наблюдений [4; 6; 7; 11; 14; 21; 23]. Однако при применении гормональной терапии сохраняется риск развития рецидива заболевания или нечувствительности к проводимой терапии.

В механизме злокачественной трансформации клеток ведущим фактором является пролиферативная активность. В настоящее время иммуногистохимический маркер Ki67 является наиболее перспективным, так как экспрессируется во всех фазах митотического цикла, и по этому маркеру можно косвенно судить о пролиферативной активности тканей [1].

Мутация гена-супрессора опухолевого роста PTEN выявляется в большинстве случаев при раке эндометрия [15]. Его белковый продукт участвует в контроле клеточной пролиферации, дифференцировке и регуляции апоптоза путем ингибирования пролиферации клеток, регулируя внутриклеточные пути передачи сигнала [8; 10]. Некоторые авторы предполагают, что PTEN является мощным предсказательным фактором, определяющим риск прогрессирования в инвазивный рак в отдельных случаях гиперплазии эндометрия, а именно низкий уровень PTEN предлагается расценивать как факторы высокого риска прогрессии в будущем [3; 8; 12]. Литературные данные о предсказательной ценности PTEN как предиктора эффективности СТГ крайне скудны и противоречивы.

СОХ-2 – циклооксигеназа 2 типа. Данный фермент экспрессируется только в эндометрии и никогда не встречается в миометрии и маточных трубах. А. Nasir показал, что при предраковых изменениях эндометриального эпителия СОХ-2 встречается лишь в 14% наблюдений, в то время как в аденокарциномах его экспрессия сильно возрастает – до 77%. Тем самым повышение экспрессии СОХ-2 рассматривается как одно из ключевых событий на ранних этапах канцерогенеза в эндометрии [13]. Обнаружена положительная корреляция низкой экспрессии СОХ-2 и резистентности к гормональной терапии [5; 19]. Большинство авторов полагают, что по-отдельности данные маркеры нельзя использовать для оценки прогноза эффективности СТГ [2; 11; 16; 19; 20; 22]. Таким образом, изучение роли Ki67, СОХ-2 и PTEN как предикторов эффективности СТГ представляет большой интерес.

В работе использован операционный и биопсийный материал от 25 больных аденокарциномой эндометрия (10) и атипической гиперплазией эндометрия (15) получавших лечение в период с 2005 по 2012 годы. Для лечения применяли схему СТГ, включающую комбинацию препарата Золадекс 3,6 мг в месяц (введение один раз в 28 дней подкожно, в виде капсулы в переднюю брюшную стенку) и внутриматочной спирали «Мирена» содержащей левоноргестрел.

Все пациентки в выборке были разделены на 2 группы: группа с благоприятным прогнозом и группа с неблагоприятным прогнозом. В группе с благоприятным прогнозом возраст варьировал от 27 до 46 лет (средний возраст 34 года). Группу составляли 13 пациенток (3 случая АЭ и 10 случаев АГЭ) с констатированным излечением по результатам гормональной терапии. Критерием излечения было отсутствие цитологической атипии в эндометрии при повторном выскабливании через 6 месяцев после начала лечения (медиана наблюдения - 15 мес).

В группе с неблагоприятным прогнозом возраст пациенток варьировал от 26 до 46 лет (средний возраст 37 лет). В данную группу входило 12 пациенток (5 случаев АГЭ и 7 случаев АЭ) с гистологически подтвержденной неизлеченностью и рецидивами после проведенного лечения. Неизлеченность определялась как наличие цитологической атипии в соскобе в сроки через 6 месяцев после начала лечения (лечебный патоморфоз 1, 2, 3 степеней). Рецидивы определялись как появление цитологической атипии в соскобах эндометрия в срок через 3 месяца после констатированного излечения, то есть через 9 месяцев после начала лечения. При этом в соскобах эндометрия через 6 месяцев после начала лечения наблюдался лечебный патоморфоз 4 степени.

В каждом случае до лечения проводилось иммуногистохимическое исследование уровня экспрессии маркеров с моноклональными антителами к белкам Ki-67, COX-2 и PTEN.

В группе с неблагоприятным прогнозом положительная реакция с PTEN наблюдалась в 7 (63,6%) случаях. В большинстве наблюдений уровень экспрессии составлял от 20% до 90% клеток. В группе с благоприятным прогнозом экспрессия маркера наблюдалась в 5 (38,4%) случаях, при этом уровень экспрессии составил от 5% до 80% клеток. В 7 (61,6%) наблюдениях экспрессия PTEN отсутствовала. Таким образом, отмечена тенденция к увеличению частоты экспрессии PTEN в группе с неблагоприятным прогнозом, однако эта тенденция не была статистически значима.

В группе с неблагоприятным прогнозом экспрессия маркера Ki67 наблюдалась во всех случаях, при этом наблюдалась экспрессия от 15% до 80% клеток. В группе с благоприятным прогнозом экспрессия маркера Ki67 выявлена также во всех наблюдениях, при этом уровень экспрессии зафиксирован от 15% до 90% клеток. Таким образом, экспрессия маркера Ki67 в группах не различалась.

Экспрессия COX-2 в группе с неблагоприятным прогнозом наблюдалась в 11 (100%) случаях. При этом в большинстве наблюдений положительная реакция наблюдалась от 40% до 95% клеток. В группе с благоприятным прогнозом белок COX-2 обнаружен в 5 (38,4%) случаях, при этом уровень экспрессии от 5% до 20% клеток. В 7 (61,6%) случаях зафиксировано отсутствие экспрессии маркера COX-2 в группе с благоприятным прогнозом. Таким образом, наблюдается тенденция к увеличению частоты экспрессии в группе с неблагоприятным прогнозом, которая была статистически значима.

При сравнении экспрессии иммуногистохимических маркеров в группах обнаружено, что в группе с благоприятным прогнозом статистически значимо ниже экспрессия COX-2. Значимых различий экспрессии Ki-67, PTEN не обнаружено.

Результаты данного исследования свидетельствуют о важности развития направления по изучению предсказательной ценности иммуногистохимических маркеров для оценки прогноза эффективности СТГ. Возможно, повышение COX-2 целесообразнее использовать, как маркер контроля эффективности терапии во время лечения, поскольку повышение экспрессии данного маркера свидетельствует о запуске процесса канцерогенеза, что и является негативным сигналом, ставящим под вопрос целесообразность и безопасность продолжения консервативной терапии.

Список литературы

1. Пожариский К.М., Самсонова Е.А., Тен В.П. Иммуногистохимический профиль эндометриальной аденокарциномы тела матки: ER, PR, HER-2, Ki-67 и их прогностическое значение // Архив патологии. – 2005. – № 2. – С. 13–17.
2. Abike F. et al. PCNA and Ki-67 in endometrial hyperplasias and evaluation of the potential of malignancy //European journal of gynaecological oncology. – 2010. – Т. 32. – №. 1. – С. 77-80.
3. Baak J. P. A. et al. Lack of PTEN expression in endometrial intraepithelial neoplasia is correlated with cancer progression //Human pathology. – 2005. – Т. 36. – №. 5. – С. 555-561.

4. Baker J. et al. Efficacy of oral or intrauterine device-delivered progestin in patients with complex endometrial hyperplasia with atypia or early endometrial adenocarcinoma: a meta-analysis and systematic review of the literature //Gynecologic oncology. – 2012. – T. 125. – №. 1. – C. 263-270.
5. Erkanli S. et al. COX-2 and survivin are overexpressed and positively correlated in endometrial carcinoma //Gynecologic oncology. – 2007. – T. 104. – №. 2. – C. 320-325.
6. Ferenczy A., Gelfand M. The biologic significance of cytologic atypia in progestogen-treated endometrial hyperplasia //American journal of obstetrics and gynecology. – 1989. – T. 160. – №. 1. – C. 126-131.
7. Kaku T. et al. Conservative therapy for adenocarcinoma and atypical endometrial hyperplasia of the endometrium in young women: central pathologic review and treatment outcome //Cancer letters. – 2001. – T. 167. – №. 1. – C. 39-48.
8. Kimura F. et al. PTEN immunohistochemical expression is suppressed in G1 endometrioid adenocarcinoma of the uterine corpus //Journal of cancer research and clinical oncology. – 2004. – T. 130. – №. 3. – C. 161-168.
9. Lacey J. V. et al. Absolute risk of endometrial carcinoma during 20-year follow-up among women with endometrial hyperplasia //Journal of Clinical Oncology. – 2010. – T. 28. – №. 5. – C. 788-792.
10. Maxwell G. L. et al. Mutation of the PTEN tumor suppressor gene in endometrial hyperplasias //Cancer Research. – 1998. – T. 58. – №. 12. – C. 2500-2503.
11. Minaguchi T. et al. Combined phospho-Akt and PTEN expressions associated with post-treatment hysterectomy after conservative progestin therapy in complex 48 atypical hyperplasia and stage Ia, G1 adenocarcinoma of the endometrium //Cancer letters. – 2007. – T. 248. – №. 1. – C. 112-122.
12. Mutter G. L. et al. Altered PTEN expression as a diagnostic marker for the earliest endometrial precancers //Journal of the National Cancer Institute. – 2000. – T. 92. – №. 11. – C. 924-930.
13. Nasir A. et al. Cyclooxygenase-2 (COX-2) expression in human endometrial carcinoma and precursor lesions and its possible use in cancer chemoprevention and therapy //in vivo. – 2007. – T. 21. – №. 1. – C. 35-43.
14. Niva K. et al. Outcome of fertility-preserving treatment in young women with endometrial carcinomas //BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. – 2005. – T. 112. – №. 3. – C. 317-320.
15. Pieczynska B. F. et al. Analysis of PTEN, estrogen receptor alpha and progesterone receptor expression in endometrial hyperplasia using tissue microarray // Journal of cancer research and clinical oncology. – 2006. – T. 145. – №. 3. – C. 241-248.
16. Saegusa M., Okayasu I. Down-regulation of bcl-2 expression is closely
17. related to squamous differentiation and progesterone therapy in endometrial carcinomas //The Journal of pathology. – 1997. – T. 182. – №. 4. – C. 429-436.
18. Silverberg S. G. Problems in the differential diagnosis of endometrial hyperplasia and carcinoma //Modern Pathology. – 2000. – T. 13. – №. 3. – C. 309-327.
19. Soslow R. A. Problems with the current diagnostic approach to complex atypical endometrial hyperplasia //Cancer. – 2006. – T. 106. – №. 4. – C. 729-731.
20. Steinbakk A. et al. Molecular biomarkers in endometrial hyperplasias predict cancer progression //American journal of obstetrics and gynecology. – 2011. – T. 204. – №. 4. – C. 357.e1-357.e12.
21. Upton K. et al. Biomarkers of progestin therapy resistance and endometrial hyperplasia progression //American journal of obstetrics and gynecology. – 2012. – T. 207. – №. 1. – C. 36.e1-36.e8.
22. Ushijima K. et al. Multicenter phase II study of fertility-sparing treatment with medroxyprogesterone acetate for endometrial carcinoma and atypical hyperplasia in young women //Journal of Clinical Oncology. – 2007. – T. 25. – №. 19. – C. 2798-2803.
23. Yamazawa K. et al. Fertility-preserving treatment with progestin, and pathological criteria to predict responses, in young women with endometrial cancer //Human reproduction. – 2007. – T. 22. – №. 7. – C. 1953-1958.
24. Yu M. et al. Fertility-preserving treatment in young women with well-differentiated endometrial carcinoma and severe atypical hyperplasia of endometrium //Fertility and sterility. – 2009. – T. 92. – №. 6. – C. 2122-2124.

КОРРЕЛЯЦИЯ ЭКСПРЕССИИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ p21 И p27 С ГЛУБИНОЙ ИНВАЗИИ В РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ АДЕНОКАРЦИНОМ ШЕЙКИ МАТКИ

Комлева Р.А., Данилова Н.В.

Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова, Россия, г.Москва

Аденокарциномы формируют существенную группу злокачественных новообразований шейки матки. За прошлые пять десятилетий соотношение цервикальных карцином железистого происхождения увеличилось по сравнению с таковыми плоскоклеточного типа в 2,5 раза, и на данный момент их доля составляет 20% от всех типов рака шейки матки [3].

В литературе имеются крайне скудные данные о метастатическом потенциале различных гистологических типов аденокарцином. Также нет данных о связи уровня экспрессии распространенных иммуногистохимических маркеров с глубиной инвазии аденокарцином шейки матки. Имеются крайне противоречивые данные об иммуногистохимических факторах прогноза различных гистологических типов аденокарцином. Установление возможной связи уровня экспрессии иммуногистохимических маркеров с глубиной инвазии аденокарцином шейки матки позволит на этапе исследования биопсийного материала определить риск наличия большой глубины инвазии и планировать лечение опираясь не только на данные визуализационных методов исследования, которые не всегда бывают точны. На сегодняшний день клинико-морфологические и иммуногистохимические характеристики аденокарцином шейки матки изучены недостаточно. Авторы отмечают, что аденокарциномы шейки матки имеют более агрессивное клиническое течение и иные механизмы метастазирования, нежели чем плоскоклеточный рак.

Белок p21^{Waf1/Cip1} - ингибитор циклинзависимых киназ из семейства Cip/Kip. Повышение его экспрессии вызывает остановку клеточного цикла в поздней фазе G1, что обуславливается связыванием им комплексов циклин E/Cdk2, подавлением их способности фосфорилировать белки семейства pRb и освобождать транскрипционные факторы E2F [2]. Литературные данные об экспрессии данного маркера в различных типах аденокарциномы шейки матки крайне скудны и противоречивы.

Белок p27 — ингибитор циклинзависимой киназы, вызывает остановку клеточного цикла в фазе G1. В нормальных эпителиальных клетках при стимуляции TGFβ p27 вызывает остановку клеточного цикла в точке G1. p27 связан с комплексом циклин E/CDK2 и, таким образом, может ингибировать фосфорилирование pRb. При гиперэкспрессии p27 блокируется переход клетки в S-фазу. Данных о экспрессии данного маркера в разных типах аденокарциномы крайне мало [1].

В работе использован операционный и биопсийный материал от 44 больных аденокарциномой шейки матки, получавших лечение в Московском научно-исследовательском онкологическом институте им. П.А. Герцена с 2000 по 2011 годы. Возраст пациенток варьировал от 24 до 70 лет (средний – 42,5 года). В исследование не входил материал от больных, получавших в предоперационном периоде химиотерапию или лучевое лечение. В общей выборке число пациенток с аденокарциномой плоскоклеточного типа составило 11 случаев, с серозным – 6, с эндоцервикальным – 12, с эндометриоидным - 15. Для проведения иммуногистохимического исследования использовалась панель моноклональных антител к белкам-регуляторам клеточного цикла p21, p27. Статистический анализ проводили используя U-тест *Mann-Whitney* для двух независимых групп данных. Уровень значимости (p) принимали равным 0,05.

В группе аденокарциномы шейки матки аденоплоскоклеточного типа средний возраст составил 40 лет, большинство случаев имели IB – IIB стадию, а также низкую и умеренную степень дифференцировки. В 2 случаях с отсутствием реакции p21 среднее значение глубины инвазии составило 42,5%. В 6 наблюдениях со слабой реакцией p21 среднее значение глубины инвазии составило 65,8%, в оставшихся 3 случаях с выраженной экспрессией - 76,7%. В 73% наблюдениях с выраженной экспрессией p27 среднее значение глубины инвазии составило 58,1%, эмболы в лимфатических сосудах присутствовали в 37,5% случаев, метастазы в регионарные лимфатические узлы присутствовали только в 2 из 8 случаев (25%). В 27% наблюдений с отсутствием реакции p27 среднее значение глубины инвазии составило 82%, эмболы в лимфатических сосудах присутствовали в 67% случаев, метастазы в регионарные лимфатические не были обнаружены.

Средний возраст пациенток при аденокарциноме серозного типа составил 50 лет, большинство случаев имели IA – IB стадию, и также низкую и умеренную степень дифференцировки. В 67% наблюдений с отсутствием экспрессией p21 среднее значение глубины инвазии составило 80%, присутствовали эмболы в лимфатических сосудах и метастазы в регионарные лимфатические узлы. В 33,3% случаев со слабой экспрессией маркера p21 среднее значение глубины инвазии составило 29%. В 17% наблюдений с выраженной экспрессией

p27 глубина инвазии составила 50%, эмболы в лимфатических сосудах и метастазы в регионарные лимфатические узлы отсутствовали. В 50% случаев со слабой реакцией p27 среднее значение глубины инвазии составило 73%, эмболы в лимфатических сосудах и метастазы в регионарные лимфатические узлы присутствовали в 67% случаев. В 33% наблюдений с отсутствием экспрессии p27 среднее значение глубины инвазии составило 54%, эмболы в лимфатических сосудах и метастазы в регионарные лимфатические узлы присутствовали в 50% случаев.

При аденокарциномах шейки матки эндоцервикального типа средний возраст пациенток составил 41 года, большинство имели IV стадию, а также умеренную и высокую степень дифференцировки. В 66,7% случаев с отсутствием экспрессии p21 среднее значение глубины инвазии составило 35%. В 33,3% наблюдений со слабой экспрессией маркера p21 среднее значение глубины инвазии составило 56%, в большинстве случаев отсутствовали эмболы и метастазы. В 75% случаев с выраженной экспрессией p27 среднее значение глубины инвазии составило 34%, эмболы в лимфатических сосудах и метастазы в регионарные лимфатические узлы присутствовали только в 1 случае. В 8,3% наблюдений со слабой реакцией p27 среднее значение глубины инвазии составило 82%, эмболы в лимфатических сосудах и метастазы в регионарные лимфатические узлы присутствовали во всех случаях.

При аденокарциномах шейки матки эндометриоидного типа средний возраст пациенток составил 43 года, большинство случаев имели IV стадия, а также умеренную и высокую степень дифференцировки. В 33% случаев с отсутствием экспрессии p21 среднее значение глубины инвазии составило 66%. В 67% наблюдений со слабой экспрессией маркера p21 среднее значение глубины инвазии составило 59%. В 93% случаев с выраженной экспрессией p27 среднее значение глубины инвазии составило 61%, во всех случаях присутствовали эмболы в лимфатических сосудах и метастазы в регионарные лимфатические узлы. В 7% наблюдений с отсутствием реакции p27 глубина инвазии составила 70%, эмболы в лимфатических сосудах и метастазы в регионарные лимфатические узлы отсутствовали.

Выраженная экспрессия маркер p21 наблюдалась только в аденоплоскоклеточном типе, и сочеталась с большей глубиной инвазии, чем при других гистологических типах аденокарцином. Для серозного и эндометриоидного типов отсутствие экспрессии сочеталось с глубиной инвазии в стенку шейки матки более чем на 60%. Для эндоцервикального типа слабая экспрессия p21 сочеталась с глубиной инвазии более 50%. Во всех типах выраженная экспрессия маркера p27 сочеталась с глубиной инвазии в стенку шейки матки до 50%, с увеличением глубины инвазии (более 50% тощи стенки шейки матки) экспрессия маркера снижалась.

Список литературы

1. Данилова Н. В. и др. Маркеры апоптоза и белки-регуляторы клеточного цикла при фоновых и предраковых изменениях железистого эпителия шейки матки //Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2013. – №. 1. – С. 12-16.
2. Копнин Б. П. Опухолевые супрессоры и мутаторные гены //SMAD. – 2004. – Т. 3. – №. 18q21. – С. 15q21-22.
3. Alfsen G. C. et al. The prognostic impact of cyclin dependent kinase inhibitors p21WAF1, p27Kip1, and p16INK4/MTS1 in adenocarcinomas of the uterine cervix //Cancer. – 2003. – Т. 98. – №. 9. – С. 1880-1889.

СЕКЦИЯ №29.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.03)

СЕКЦИЯ №30. ПЕДИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.08)

ЗНАЧЕНИЕ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ В ОЦЕНКЕ РЕАКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Биянов А.Н., Софронова Л.В.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, г.Пермь

В настоящее время отмечается повышение интереса населения Российской Федерации к занятиям физической культурой и спортом, происходит развитие инфраструктуры для занятий массовым спортом в детских образовательных учреждениях и по месту жительства. Вместе с тем, ежегодно в России, как и во всем мире, регистрируются случаи внезапной смерти во время занятий спортом на фоне физической нагрузки. Поэтому важно, чтобы занятия физической культурой были ориентированы на особенности развития детей и подростков. Особенно это является актуальным у детей и подростков, которые имеют отклонения в состоянии здоровья и, конечно, в первую очередь со стороны сердечно-сосудистой системы, в частности, страдающих артериальной гипертензией [1,2].

Физиологическое воздействие физической нагрузки заключается в усилении симпатического тонуса, что проявляется увеличением частоты сердечных сокращений, повышением артериального давления, усилением коронарного кровотока. В клинической практике основными методами исследования влияния физической нагрузки на сердечно-сосудистую систему являются электрокардиографические пробы с дозированной физической нагрузкой: велоэргометрия, тредмил-тест.

Основные состояния, при которых проводят пробы с дозированной физической нагрузкой – это нарушения ритма и проводимости, артериальные гипертензии и гипотензии, кардиалгии, неспецифические изменения ST-T на электрокардиограмме, синкопальные состояния неясного генеза.

Противопоказаниями к проведению стресс-теста являются выраженная сердечная недостаточность, обструкция выводяного тракта левого желудочка, воспалительные заболевания сердца в острый период, выраженная дыхательная недостаточность.

К относительным противопоказаниям относятся аневризма аорты, артериальная гипертензия выше 180/100 мм.рт.ст. у детей старше 11 лет и более 160/80 мм.рт.ст. у детей младше 11 лет, тяжелые нарушения ритма, гипертермия при инфекционных заболеваниях, период реконвалесценции, в течение месяца, после острых и обострения хронических инфекционных заболеваний.

Цель: изучить влияние физической нагрузки на сердечно-сосудистую систему у детей и подростков с артериальной гипертензией

Материалы и методы: Обследовано 38 пациентов в возрасте от 9 до 16 лет ($12,8 \pm 2,2$ года). Среди них было 15 девочек и 23 мальчика. В исследование вошли пациенты, с артериальной гипертензией 1 степени, т.е. средние уровни АД исследуемых были равны или превышали значения 95-го перцентиля, для данного возраста, роста и пола, при условии, что показатели АД превышало 99 перцентиль не более чем на 5 мм рт.ст., и отсутствовали признаки поражения органов-мишеней. Из исследования исключались дети с вторичной артериальной гипертензией. Всем детям было проведено клиническое и лабораторно-инструментальное обследование, которое помимо общеклинических анализов включало в себя: биохимический анализ крови с оценкой липидного спектра, уровня сахара, калия, натрия и креатинина, электрокардиографию, эхокардиографию, суточное мониторирование артериального давления, ультразвуковое исследование почек и надпочечников.

Пациентам проводился тредмил-тест на движущейся дорожке, скорость ходьбы задавалась скоростью движения дорожки. Увеличение нагрузки достигалось изменением скорости и угла подъема дорожки над полом. На проведение стресс-теста было получено информированное согласие родителей ребенка. Проведение тредмил-теста включало в себя три основных этапа: преднагрузку, максимальную нагрузку и период восстановления. Использовался протокол Bruce с непрерывно возрастающей ступенчатой нагрузкой. Продолжительность каждой ступени три минуты. Мощность нагрузки при тредмил-тесте оценивалась в метаболических единицах, км/час, угле наклона и была переведена в Ватт-эквиваленты.

Прекращение нагрузочной пробы происходило при достижении максимального значения ЧСС, при котором достигается максимальное потребление кислорода, определенное AmericanHeartAssociation для пациентов младше 25 лет - 160 ударов в минуту[3].

Также проба прекращалась при появлении клинических критериев: кардиалгии, одышки, удушья, усталости, головной боли, головокружения, бледности, цианоза, слабости, холодного пота, отказа больного. Гемодинамические критерии для прекращения пробы: это подъем систолического АД у детей младше 11 лет более 160 мм.рт.ст., 180 мм.рт.ст. у детей старше 11 лет, подъем диастолического давления более 90-100 мм.рт.ст. либо падение диастолического АД ниже исходного; электрокардиографическими критериями прекращения пробы являлось появление потенциально опасных нарушений ритма и проводимости, депрессии или элевации сегмента ST по сравнению с исходным более 2 мм.

При анализе полученных результатов оценивали следующие показатели: физическую работоспособность, инотропную и хронотропную реакцию на нагрузку, течение восстановительного периода, изменения сегмента ST, отмечалось появление субъективных ощущений. Полученные результаты обработаны с помощью стандартных методов вариационной статистики в программе Microsoft Excel (2007), Все показатели представлены в виде $M \pm m$.

Результаты и обсуждение:

Все обследованные дети перенесли нагрузку удовлетворительно. Клинических критериев прекращения нагрузки выявлено не было. Не выявлено грубых электрокардиографических паттернов во время проведения пробы и в восстановительном периоде. Во всех случаях критерием прекращения пробы было достижение субмаксимальной ЧСС.

При анализе полученных результатов установлено, что уровень физической работоспособности в метаболических единицах (МЕГ) составил $14,2 \pm 0,29$. Для удобства анализа проведен пересчет в Ватты по формуле: $(МЕГ \times P - 90) / 3,44$. Значения нормальной физической работоспособности здоровых детей в зависимости от возраста составляет 1-1,5 Вт/кг в возрасте 6-7 лет, 8 лет – 1,5-2 Вт/кг, 9-14 лет 2-3 Вт/кг., 15-17 лет 2,5-3,5 Вт/кг [3]. В исследуемой группе пациентов физическая работоспособность составила $3,6 \pm 0,08$ Вт/кг, что свидетельствует о высоком уровне работоспособности обследуемых детей и подростков.

Хронотропная реакция на нагрузку была адекватной у всех пациентов.

Инотропная реакция имела нормотонический вариант, который характеризовался увеличением систолического АД пропорционально нагрузке, но не выше 160-180 мм рт.ст., а также увеличением или уменьшением диастолического не более чем на 20 мм рт.ст., у 55% обследованных. Гипертонический вариант представлен у 30% детей и подростков и соответствовал повышению САД более 160 мм.рт.ст. Изолированный подъем диастолического АД более 20 мм рт.ст. соответствовал гипердиастолическому варианту инотропной реакции на нагрузку и составил 15%.

Восстановительный период в исследуемой группе характеризовался полным восстановлением ЧСС и АД у 36,8% пациентов. Не отмечалось восстановления ЧСС у 28,9%, а АД не принимало исходные значения у 13,1%. У 21,2% не произошло восстановление по двум показателям.

Таким образом, пациенты с артериальной гипертензией 1 степени по данным тредмил-теста неоднозначно реагируют на физическую нагрузку. Несмотря на высокий уровень работоспособности почти у половины из них выявлены отклонения в характере инотропной реакции на нагрузку (30% - гипертонический вариант и у 15% гиперсимпатикотонический).

Повышенная толерантность к физической нагрузке, вероятно, может способствовать достижению определенных спортивных успехов, однако следует учитывать возможность перенапряжения и срыва адаптационных резервов и компенсаторных реакций с развитием выраженных вегетативных нарушений, гипертонических кризов и других неблагоприятных последствий. В первую очередь это касается детей с неадекватным характером инотропной реакции на физическую нагрузку. В этой ситуации необходимо строго дозировать нагрузку и ориентировать ребенка на спортивные занятия, не включающие себя в нагрузки на выносливость, не сопровождающиеся выраженным эмоциональным психовегетативным компонентом, исключить спорт высоких достижений [1,2].

Кроме того, у большей части пациентов (63,2%) не получено полного восстановления исходных показателей частоты сердечных сокращений и артериального давления, в том числе у пятой части обследованных не пришли к исходному значению оба этих показателя. Вероятно, у этих детей отсутствуют адекватные регуляторные механизмы и компенсаторные реакции, либо имеет место перенапряжение функциональных систем. Однако, не исключено, что замедленное восстановление показателей частоты сердечных сокращений и артериального давления может быть связано с отсутствием тренированности организма, поскольку часто врачами неоправданно ограничиваются занятия физкультурой у больных с артериальной гипертензией 1 степени вплоть до полного их запрета.

Дети и подростки с артериальной гипертензией 1 степени могут и должны заниматься физкультурой, однако при этом следует учитывать особенности реагирования сердечно-сосудистой системы на нагрузку, дозировать физические нагрузки, осуществлять за пациентами динамический врачебный контроль.

Список литературы

1. Биянов А.Н., Софронова Л.В., Зубов Е.В. Особенности вегетативной регуляции у детей с артериальной гипертензией. Медицинский альманах. 2012; 5: 116-118.
2. Биянов А.Н., Софронова Л.В., Зубов Е.В. Кардиоритмография как метод формирования риска по развитию артериальной гипертензии у подростков. Современные технологии в медицине. 2013. Т. 5. № 1. С. 110-112.
3. Калинин Л.А., Капуцак О.В., Школьникова М.А. Нагрузочные пробы у детей с нарушением сердечного ритма. Педиатрия. 2009; 5: 47-53.

СЕКЦИЯ №31.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.00)

СЕКЦИЯ №32.

ПСИХИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.06)

ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Тарханов В.С., Решетникова А.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Астрахань

Скорая психиатрическая помощь является видом гарантированной государством психиатрической помощи. Специализированные бригады скорой психиатрической помощи функционируют в нашей стране начиная с 1928 года. Основной задачей психиатрической бригады является оказание скорой психиатрической помощи в случаях внезапного развития или обострения психических расстройств в любом месте пребывания пациента, включая медицинские учреждения. Скорая психиатрическая помощь функционирует круглосуточно. Психиатрическое освидетельствование и госпитализация, осуществляемые с участием психиатрических бригад, могут быть добровольными, когда больной сам обращается, или не возражает осмотру психиатра и госпитализации, или недобровольными, когда пациент освидетельствуется и стационарируется вопреки его желанию. Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» предусматривает, что недобровольное освидетельствование и госпитализация осуществляются в случае, если по имеющимся данным обследуемое лицо совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

При одинаковых критериях недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации имеются различия в юридическом аспекте данного вопроса. Решение о недобровольной госпитализации принимает сам врач, а решение о недобровольном освидетельствовании врач принимает только в случаях соответствия состояния критерию «а». Если же речь идет о критериях «б» и «в», то на недобровольное освидетельствование необходимо получить санкцию судьи.

Необходимо, однако, указать на правовые аспекты, связанные с особенностями работы бригады скорой психиатрической помощи. Эта работа строится на обслуживании неотложных случаев, бригада вызывается и к ранее не освидетельствованным психиатром пациентам, и к не состоящим под диспансерным наблюдением лицам. Вызов психиатрической бригады должен быть принят, если пациент находится в неблагоприятных

бытовых условиях, и «тяжелое психическое расстройство» у него соответствует любому из трех критериев. Когда условия неблагоприятны (отсутствие наблюдения, ухода за больным, пребывание его вне семьи, на улице и т.д.), беспомощный пациент (критерий «б») и пациент с плохим клиническим прогнозом в случае оставления его без психиатрической помощи (критерий «в») становятся опасными для себя. В этих случаях критерии «б» и «в» статьи 23 (психиатрическое освидетельствование) совпадают с критерием «а» и пациент должен быть недобровольно освидетельствован психиатром скорой помощи. Отказ от оказания неотложной помощи таким пациентам становится равносильным отказу от выполнения врачебного долга. Недопустимо перекладывание психоневрологическим диспансером всей работы по недобровольному освидетельствованию на бригаду психиатрической помощи. Диспансер должен ее осуществлять в соответствии со статьями 23, 24 и 25 «Закона», получая при необходимости предварительно санкцию судьи. Однако, при острых проявлениях психического расстройства, потребовавшего обращения за скорой психиатрической помощью, когда пациент не может быть оставлен без помощи, при условии соответствия тяжести психического состояния критериям недобровольной госпитализации, диспетчер (дежурный врач) скорой помощи руководствуется не только 23-й, но и 29-й статьей, причем последняя является решающей. Диспетчер (дежурный врач) скорой психиатрической помощи, принимая вызов, может быть дезориентирован тем, что обращающиеся ошибочно оценили и представили действия лица как болезненные или предвзято изложили факты. В подобных случаях, если данное лицо отказывается от психиатрической помощи, психиатр, прибыв по месту вызова и оценив ситуацию, самостоятельно решает вопрос о проведении психиатрического освидетельствования и может отказаться от его проведения или, проведя беседу с данным лицом, может установить только, что оно не нуждается в неотложной психиатрической помощи в недобровольном порядке, поскольку такая помощь, при негативном к ней отношении, может быть оказана только с помощью недобровольного помещения в больницу, а признаков соответствия тяжести состояния лица критериям недобровольной госпитализации. Врач - психиатр при этом не решает вопрос, страдает ли данное лицо психическим заболеванием и в каком виде психиатрической помощи оно нуждается. Он лишь устанавливает, что данное лицо не нуждается в неотложной психиатрической помощи в недобровольном порядке. Именно об этом он делает запись в медицинской документации, обосновывая ее полученными на месте данными. В этих случаях недобровольное освидетельствование считается не проведенным, а врач не нарушает ст. 23 «Закона». Пациенту или заявителю, сделавшему вызов психиатра, и другим присутствующим лицам следует объяснить, что уточненные в беседе обстоятельства необходимы для принятия решения о необходимости освидетельствования.

Анализ показывает, что частота обращений за данным видом психиатрической помощи обнаруживает колебания: лица, ежегодно осматриваемые психиатрическими бригадами, составляют 16,0 - 19,0 на 10 тыс. населения в год. Среди этих лиц определенную часть составляют лица без определенного места жительства. Вызовы поступают из разных источников, последние отражают остроту характера развития психической патологии. Психиатрическую бригаду, по имеющимся статистическим сведениям, чаще всего вызывают члены семьи и близкие больных (примерно 40%), реже - работники милиции (30%), сотрудники по работе (5%), сотрудники медицинских учреждений (5%), десятые доли процента составляют вызовы к больным, поступающие от случайных лиц. Практика показывает, что при наличии заведомо ложных вызовов, предпочтителен прием вызовов от должностных лиц или от родственников пациента (называющих себя и сообщаящих свои координаты). Самостоятельно больные обращаются за скорой психиатрической помощью лишь в 1 - 2% случаев. Вызовы к больным врачами психиатрического диспансера составляют около 20%. В этих случаях роль бригады скорой психиатрической помощи обычно сводится к транспортировке больных по направлению психиатра диспансера.

Нозологическая структура контингента больных, ежегодно осматриваемых психиатрическими бригадами, зависит от особенностей региона. Доля больных алкоголизмом и алкогольными психозами достигает 20 - 40%. Отмечается тенденция к росту числа лиц с наркоманиями и токсикоманиями, однако их доля в регионах, не отличающихся большой распространенностью этих видов зависимости, остается в пределах одного процента. Наибольшая часть вызовов к больным шизофренией (более 40%), органическими поражениями головного мозга, в том числе с атеросклеротическим и старческим слабоумием (более 20%). Вызовы поступают к лицам всех возрастов, однако чаще - к лицам трудоспособного возраста.

Доля госпитализируемых с участием психиатрических бригад в общем числе больных, помещаемых в психиатрические больницы, в разных регионах неодинакова и обнаруживает в последние годы различную динамику. Она колеблется в пределах от 10 до 30% от всех госпитализаций. (в Астраханской области - 19%).

С введением правовых основ деятельности психиатрической службы, важное значение приобретает адекватная современным условиям организация работы скорой психиатрической помощи в различных регионах России. В настоящее время скорая психиатрическая помощь преимущественно (почти 84%) находится в ведении

общей скорой медицинской помощи и крайне редко - в структуре учреждений психиатрической службы. Определение структурной принадлежности психиатрической бригады может решаться в зависимости от местных условий и возможностей. Однако, при любых вариантах должно быть обеспечено внимание к организации скорой психиатрической помощи. Должны быть реализованы все преимущества установления более тесных связей бригады с психиатрическими учреждениями, вплоть до использования компьютерного банка данных о больных.

С целью повышения качества оказания скорой психиатрической помощи, а также оптимизации взаимодействия бригад скорой психиатрической помощи с Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», был разработан комплекс мероприятий для улучшения оказания психиатрической помощи населению г. Астрахани. С целью обеспечения оптимальных условий оказания пациентам г. Астрахани, а также прилегающих к городу районов Астраханской области (Наримановского, Икрянинского и Приволжского), в соответствии с положениями Закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Закона РФ № 3185-1 от 2.07.1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Приказа МЗ РФ № 108 от 8.04.1998 г. «О скорой психиатрической помощи» с 1.08.2012 г. на базе ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» создано отделение скорой специализированной психиатрической помощи. Утверждено штатное расписание отделения скорой специализированной психиатрической помощи.

	Специалист	Кол-во шт. ед.
.	Зав. отделением ОССПП, врач-психиатр	1,0
.	Врач-психиатр ОССПП	10,0
.	Старшая медицинская сестра	1,0
.	Фельдшер	10,0
.	Медицинская сестра по приёму вызовов	5,0
.	Сестра-хозяйка	0,5
.	Санитар	10,0
.	Водитель автомобиля	10,0
	ВСЕГО	47,5

Сформированы 2 выездные психиатрические бригады для осуществления суточных дежурств. Психиатрические бригады обеспечены специальным автотранспортом класса «С».

Организация отделения скорой специализированной психиатрической помощи в структуре ГБУЗ АО «ОКПБ» позволила:

- оперативно знакомить врачей-психиатров бригад скорой помощи с имеющейся в нашем учреждении информацией о пациенте до выезда бригады к месту вызова, в том числе, о его склонности к общественно опасным действиям и многом другом;
- получать оперативную информацию сотрудникам психиатрических бригад от участковых психиатров, сотрудничать с ними при осуществлении госпитализации, а также получать сведения из стационара, позволяющие оценить правильность принятых решений;
- поддерживать более высокий уровень психиатрической квалификации сотрудников психиатрических бригад; быть в курсе всех новых требований, нормативных положений; использовать новые медикаментозные средства и методы лечения, что в конечном итоге привело к улучшению качества оказываемой психиатрической помощи населению области.

Список литературы

1. Борцов А.В. «Научное обоснование организации скорой психиатрической помощи населению крупного города в современных социально-экономических условиях». Автореферат канд. мед. наук - СПб., 2002 г.
2. Гражданский процессуальный кодекс РФ от 14.11.2002 г. № 138 -ФЗ (с изменениями от 09.02.2009 г.) - СПС Гарант, 2009 г.
3. Закон РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изменениями и дополнениями от 2013 г.) - СПС Гарант, 2014 г.
4. Ковалев А.А. «Взгляд очевидца на предысторию принятия закона о психиатрической помощи» // Независимый психиатрический журнал № 3, 2007 г.
5. Новицкий И.Я. «Причины вызовов скорой психиатрической помощи к больным с различными формами психических расстройств» // Российский психиатрический журнал № 2, 2008 г.
6. Орлов Г.В., Митрофанов И.А. «Анализ структуры и эффективности вызовов психиатрических бригад скорой помощи» // Журнал Практическая медицина № 2. Неврология. Психиатрия, 2014 г.
7. Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323 – ФЗ - СПС Гарант, 2012 г.

СЕКЦИЯ №33.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.25)

СЕКЦИЯ №34.

РЕВМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.22)

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕОДНОРОДНОСТЬ И АПОПТОЗ НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ И СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Дуророва П.А., Ильин М.В.

Ярославская государственная медицинская академия, г.Ярославль

Исследованиями последних лет убедительно доказано, что развитие системной красной волчанки (СКВ) и системной склеродермии (ССД) сопровождается нарушением регуляции апоптоза лейкоцитов и ассоциировано с поражением внутренних органов, прежде всего легких и сердечно-сосудистой системы. Увеличение уровня апоптоза нейтрофилов, наряду с окислительным повреждением ДНК клеток, является фактором аутоантигенного эксцесса и иммунной активации у больных СКВ и ССД.

Известно, что нейтрофилы представляют собой неоднородное подмножество лейкоцитов, а циркулирующие нейтрофилы могут демонстрировать существенные различия в своих параметрах, таких как фагоцитоз, синтез белка и окислительный метаболизм. Установлено, что нейтрофилы, обладая значительной пластичностью, могут формировать различные фенотипы или подмножества в ответ на широкий спектр физиологических и патологических условий.

Целью работы являлось определение клинико-патогенетического значения феноменов функциональной неоднородности и запрограммированной гибели нейтрофилов у больных СКВ и ССД.

Материалы и методы

Обследованы 50 женщин с СКВ в возрасте от 18 до 73 лет (в среднем $39,9 \pm 11,3$ лет), длительностью заболевания 1–32 лет (в среднем $8,2 \pm 7,4$ лет) и 28 женщин, больных ССД, в возрасте от 18 до 72 лет (в среднем $45,5 \pm 16,2$ лет), длительностью заболевания $8,63 \pm 5,21$ года (от 1 до 26 лет). В контрольную группу включены 15 женщин в возрасте от 18 до 53 лет (в среднем $44,2 \pm 9,7$ года).

Диагноз СКВ устанавливали на основании клинических проявлений заболевания, данных лабораторных, инструментальных методов исследования и классификационных критериев Американской ассоциации ревматологов (1982). Для верификации диагноза ССД использовали критерии Американской ревматологической ассоциации (1980).

Выделение нейтрофилов периферической крови проводили на двойном градиенте плотности фикола-урографина. Функциональную активность (ФА) клеток исследовали хемилюминесцентным методом. Для усиления хемилюминесценции (ХЛ) использовали люминол (ЛЛ), а также люцигенин (ЛН), который является селективным индикатором супероксид-аниона. О функциональном резерве клеток судили по коэффициентам активации хемилюминесценции (КА ХЛлл и КА ХЛлн), которые рассчитывали как отношение индуцированного показателя (иХЛлл и иХЛлн) к спонтанному (сХЛлл и сХЛлн). В качестве индуктора кислородзависимого метаболизма нейтрофилов использовали 1×10^9 взвесь убитых нагреванием клеток *S. aureus* штамма p-209.

Для определения экспрессии проапоптозного антигена bak на поверхности нейтрофилов использовали стрептавидин-био тиновый метод (реагенты «ДАКОСytomation», Дания). Исследование проводили в соответствии со стандартным протоколом, учитывая процент bak-положительных клеток.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета прикладных программ Statistica 8.0 (StatSoft Inc., США). Осуществлялась проверка нормальности распределения количественных признаков. Для количественных признаков, имеющих распределение отличное от нормального, производилось вычисление медиан и интерквартильных интервалов (Me (25%; 75%)). Для сравнения двух независимых групп по одному признаку применяли критерий Манна-Уитни. Для изучения взаимосвязи двух признаков использовался корреляционный анализ по Спирмену. При установлении референтного интервала для количественных признаков использовалось процентильное определение нормы, основанное на измерениях, предпринятых на здоровой популяции. Критическое значение уровня статистической значимости принималось равным 5%.

Результаты исследования

Выявлено, что у пациентов с СКВ в группе с высокой активностью нейтрофилов чаще встречается повышение уровня СРБ, чем в группе, характеризующейся средним уровнем активности нейтрофилов (9 (69,2%)>4 (14,8%), $p=0,04$). В тоже время в группе со средним уровнем функциональной активности нейтрофилов, более часто встречается повышение ЦИК в сравнении с группой с высоким уровнем функциональной активности клеток (5 (38,5)<23 (85,1), $p=0,018$).

Установлено, что в группе больных ССД, нейтрофилы которых демонстрировали высокую функциональную активность, более часто наблюдалось повышение уровня ЦИК в сравнении с группами больных, у которых нейтрофилы демонстрировали низкий и средний уровень функциональной активности клеток (4 (100)>9 (64,2), $p=0,04$ и 4 (100)>9 (64,2), $p=0,047$, соответственно).

Поражение сосудов достоверно чаще встречалось в группе пациентов с ССД с высокой функциональной активностью нейтрофилов в сравнении с группой больных со средним уровнем активности клеток (3 (75,0)>9 (64,2), $p=0,049$).

Корреляционный анализ изучаемых показателей функциональной активности нейтрофилов и клиническими проявлениями СКВ и ССД продемонстрировал следующие результаты (Табл. 1 и 2).

Таблица 1

Корреляционная матрица (R_s) показателей функциональной активности нейтрофилов и клиническими проявлениями СКВ

Показатели	R_s	p
сХЛлл vs СРБ	0,48	0,0003
сХЛлн vs Системные проявления	-0,34	0,014
сХЛлн vs СРБ	0,36	0,009
КА ХЛлн vs СРБ	-0,34	0,013

Примечание: * $p < 0,05$ по сравнению с контролем.

Обнаружена средняя корреляция между уровнем продукции активных форм кислорода, супероксидного анион-радикала и концентрацией СРБ ($r=0,48$, $p=0,0003$ и $r=0,36$, $p=0,009$ соответственно). Системные проявления СКВ коррелируют с уровнем продукции супероксидного анион-радикала ($r=-0,34$, $p=0,014$). Резерв продукции супероксидного аниона нейтрофилами обратно коррелирует с уровнем СРБ ($r=-0,34$, $p=0,013$).

Таблица 2

Корреляционная матрица (R_s) показателей функциональной активности нейтрофилов и клиническими проявлениями ССД

Показатели	R	p
сХЛлл-поражение легких	0,38	0,042

сХЛлл-СРБ	0,48	0,009
сХЛлн-СРБ	3,65	0,001
иХЛлн-IgA	0,43	0,026
КА ХЛлл-Ig G	0,39	0,04
КА ХЛлл-СРБ	-0,37	0,046
КА ХЛлн-поражение НС	0,41	0,029
bak%-IgA	0,44	0,043
bak%-Ig G	0,56	0,008

Примечание: * $p < 0,05$ по сравнению с контролем.

В Табл. 2 представлены данные, демонстрирующие взаимосвязи между уровнем функциональной активности нейтрофилов и клиническими проявлениями заболевания. Обнаружена прямая средняя корреляция между уровнем продукции кислородных радикалов и поражением легких ($r=0,38$, $p=0,042$) и уровнем СРБ ($R=0,48$, $p=0,009$), а так же сильная прямая корреляционная взаимосвязь между уровнем продукции активных форм кислорода и концентрацией IgA ($r=0,65$, $p=0,001$).

При анализе взаимосвязи уровня иммуноглобулинов и активности нейтрофилов выявлена умеренная прямая корреляция между уровнем IgA и резервом продукции супероксидного анион радикала ($r=0,43$, $p=0,026$); умеренная прямая зависимость между концентрацией Ig G и резервом выработки кислородных радикалов ($r=0,39$, $p=0,04$).

Концентрация СРБ коррелирует с уровнем активных форм кислорода ($r=-0,37$, $p=0,046$). Поражение нервной системы взаимосвязано с уровнем продукции супероксидного анион-радикала ($r=0,41$, $p=0,029$).

Выявлена прямая умеренная корреляционная взаимосвязь между уровнем готовых к апоптозу клеток и концентрацией иммуноглобулинов А и G ($r=0,44$, $p=0,043$ и $r=0,56$, $p=0,008$).

Выводы

1. При СКВ образование свободных радикалов кислорода, в том числе супероксид-аниона, находится в зависимости от концентрации СРБ. Системные проявления СКВ коррелируют с уровнем продукции супероксидного анионрадикала нейтрофилами.

2. У больных ССД уровень функциональной активности нейтрофилов прямо коррелирует с концентрацией СРБ, IgA, поражением легких и нервной системы. Резерв продукции свободных радикалов кислорода нейтрофилами, а также уровень апоптоза клеток находятся в зависимости от содержания IgA и Ig G.

СЕКЦИЯ №35.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.26)

СЕКЦИЯ №36.

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.05)

СЕКЦИЯ №37.

СТОМАТОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.14)

ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТАТАМИ

Тиунова Н.В., Левин И.А.

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, г.Нижний Новгород

Наличие в полости рта несъемных и/или съемных зубных протезов с опорой на имплантаты в значительной степени влияет на качество гигиены полости рта, так как создаются благоприятные условия для адгезии пищевых остатков. После протезирования микробный налет на коронках и пришеечной поверхности супраструктуры имплантата способен вызвать хроническое воспаление в периимплантных тканях, что приводит к сокращению

срока службы всей конструкции. Поэтому всем пациентам с ортопедическими конструкциями необходимы тщательная индивидуальная гигиена полости рта и гигиена протезов. Выяснение уровня санитарно-гигиенической культуры пациента происходит на этапе планирования операции. Отсутствие необходимых навыков и нежелание изменить свое отношение к гигиеническим процедурам вполне может стать основанием для отказа врачом в процедуре имплантации.

Очень важно перед имплантацией оценить эффективность привычных мероприятий по гигиене полости рта, выявить и устранить типичные ошибки, подобрать дополнительные индивидуальные средства гигиены, повысить мотивацию пациента к поддержанию чистоты ротовой полости.

Функционирование имплантатов сопровождается развитием биопленок на внекостных поверхностях имплантата и протеза, а микробиота этой поддесневой биопленки сходна с таковой в пародонтальных карманах при пародонтите, при этом биопленка в пришеечной области супраконструкций имплантатов способна вызывать хроническое продуктивное воспаление в периимплантных тканях и привести к периимплантационному мукозиту и периимплантит. В связи с этим большое значение у пациентов с имплантатами имеет гигиена полости рта.

Программа индивидуального гигиенического ухода за полостью рта после протезирования на имплантатах зависит от навыков пациента, особенностей конструкции, доступа к конструкции протеза. Время на ежедневную чистку зубов должно увеличиться. Обязательно обучение пациента применению таких дополнительных средств гигиены как суперфлоссы, интердентальные ёршики, монопучковые зубные щетки, ирригаторы [1].

Для гигиены полости рта у пациентов с имплантатами можно рекомендовать зубную пасту Implaclean с активным кислородом и лактоферрином. Сразу после применения пасты высвободившиеся анионные частицы кислорода проникают через клеточные стенки бактерий, разрушая их. Лактоферрин в сочетании с активным кислородом обладает антибактериальным, противопаразитным и противовирусным действием. Наиболее важными зонами для чистки являются: супраструктура имплантата и нижняя поверхность протеза, прилегающая к десне. Чистку необходимо проводить перед большим зеркалом и при хорошем освещении. При чистке супраструктуры имплантата и протезов необходимо выполнять следующие манипуляции: чистить стороны супраструктуры имплантата и нижнюю поверхность протеза, пропуская зубную нить или суперфлосс в пространство между супраструктурами и вокруг них, использовать зубную нить для полировки сторон и задней поверхности супраструктуры имплантата. Можно нанести зубную пасту на зубную нить, что обеспечит мягкие абразивные свойства и поможет отполировать поверхность супраструктуры и нижнюю поверхность протеза со всех сторон.

Программа профессионального гигиенического ухода за полостью рта после протезирования на имплантатах включает:

- удаление всех назубных отложений с поверхности зубов, протезов, шеек имплантатов;
- рекомендации пациенту по индивидуальному уходу за протезом, коррекция ранее приобретенных навыков;
- контроль за состоянием тканей, окружающих имплантат, визуально и рентгенологический контроль.

При проведении профессиональной гигиены в области имплантатов нет возможности использовать многие из традиционных доступных методов, в частности, нельзя применять обычные металлические ручные и ультразвуковые инструменты, нельзя проводить полирование с использованием абразивных паст и циркулярных щеток и воздушно-абразивных методик с классическим порошком бикарбоната натрия, так как это может повредить структуру поверхности имплантата и повысить вероятность ретенции микробного налета.

При удалении биопленки с поверхности имплантатов используются специальные инструменты – имплакеры, ультразвуковые насадки PI (EMS) с пластиковым покрытием, а также технология Perio-Flow – воздушно-абразивная над- и поддесневая обработка с применением порошка Air-Flow Perio (EMS) на основе глицина с размером частиц 25 мкм, что позволяет удалить 99,9 % биопленки, не повреждая поверхности имплантата [2].

Первый осмотр состояния зубных протезов осуществляется спустя месяц после установки постоянных коронок. При каждом посещении врач оценивает эффективность гигиены полости рта, подвижность и болезненность имплантатов, при необходимости производит рентгенологическое исследование костной ткани в области оперативного вмешательства. Периодичность осуществления профессиональных гигиенических мероприятий составляет один раз в три месяца. Впоследствии, при условии хорошего состояния ротовой полости, она может быть увеличена до одного раза в полгода.

Профессиональная гигиена полости рта не только продлит срок службы дентальных имплантатов, но и будет служить средством профилактики кариеса естественных зубов и заболеваний пародонта.

Правильный и тщательный гигиенический уход за ротовой полостью до и после имплантации помогает сохранять свои зубы, десны и костную ткань максимально здоровыми, а также способствует более длительному функционированию имплантата. Рациональная гигиена полости рта, несъемных и съемных ортопедических конструкций с опорой на имплантаты имеет огромное значение в профилактике и оптимизации лечения заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Список литературы

1. Гигиена полости рта при стоматологической имплантации / С.Ю. Иванов [и др.]. – Н.Новгород, 2005. – 40 с.
2. Опыт применения метода Regio-Flow для лечения периимплантита / О.А. Гуляева // S.T.I.Online. - №10. – 2012. – С.30-33.
3. Рубцова, Н.Г. Характер изменения структуры щетинок зубных щеток в процессе их эксплуатации у пациентов с дентальными имплантатами / Н.Г. Рубцова Н.Г. С.В. Сирак, А.Г. Сирак // Стоматология. – 2014. – Т.93. - №2. – С.14-18.

ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА

Гирина Т.А.

Санкт-Петербургский государственный университет, г.Санкт-Петербург

Научные исследования свидетельствуют о том, что распространенность основных стоматологических заболеваний среди населения трудоспособного возраста достигает 95-100% и имеет устойчивую тенденцию к ухудшению. Оценку стоматологического статуса работников промышленного производства проводили большое количество авторов, что способствовало разработке Приказа ФМБА России №53 от 05.03.2007 «О совершенствовании оказания стоматологической помощи работника организаций отдельных отраслей промышленности с опасными условиями труда в условиях проведения модернизации службы в 2008-2010гг.». Судя по структуре заболеваемости, на промышленных предприятиях подавляющее число больных стоматологического профиля страдают неосложненным и осложненным кариесом зубов, некариозными поражениями, пародонтозом и некоторыми болезнями слизистой оболочки полости рта, то есть заболеваниями, относящимся к компетенции терапевтической стоматологии.

Однако, одной из актуальных задач является определение потребности в ортопедической стоматологической помощи работников промышленных предприятий.

Целью данного исследования является повышение эффективности зубного и челюстного протезирования работников промышленного производства методом изучения потребности в стоматологической ортопедической помощи.

Изучен ортопедический статус и структура потребности в ортопедической стоматологической помощи 720 работников машиностроительного завода «Таурас-Феникс» в возрасте от 25 -60 лет, с разным стажем работы на предприятии, которые были отнесены в 2 группы. Первая - основная (500человек), которая занята непосредственно на производстве, вторая - контрольная(220чел.), которая минимально или вообще не связана с влиянием неблагоприятных факторов. Также провели их опрос с помощью разработанных нами анкет «Анкета работника промышленного производства» о нуждаемости в установке протезов.

При сравнительном изучении ортопедического статуса и потребности в зубном протезировании у работников предприятия «Таурас-Феникс» основной группы (32,5 % всех профессий промышленных предприятий) выявлено большее число пользователей теми или иными конструкциями, чем в контрольной (6 %) . Среди всех 720 работников промышленного производства выявлены те, которые уже имеют в полости рта ортопедические конструкции, причем в возрасте после 46 лет - 22,9% рабочих, до 35 лет – 5,4% , 36-45 – 10,1% (Рисунок 1).

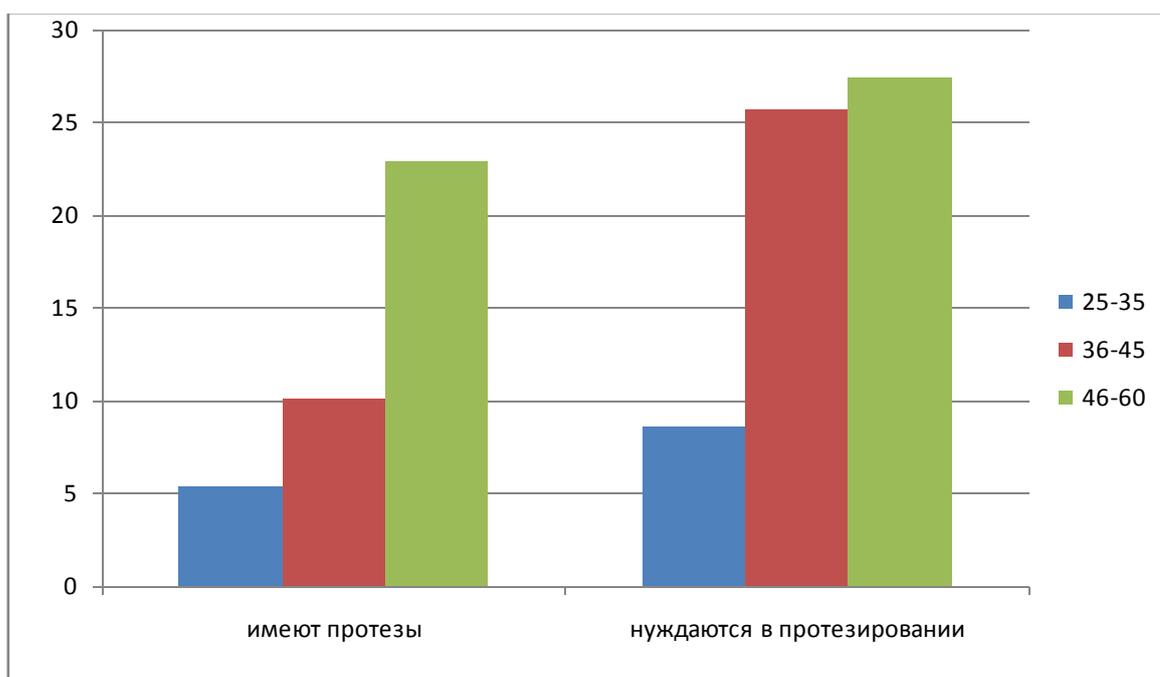


Рис.1. Частота выявления предшествующего протезирования и потребность в протезировании среди обследованных работников промышленных предприятий.

Однако потребность в зубном и челюстном протезировании превышает количество лиц, имеющих протезы, поскольку зачастую требуется дополнительное или повторное протезирование. На Рисунке 1 представлена частота выявления. Среди работников промышленного производства потребность в повторном протезировании составляла в основной группе - 27,5% человек, а в контрольной – 4,2%.

Потребность в первичном протезировании составляла значительную долю потребности в протезировании вообще - 37% работников машиностроительного завода «Таурас-Феникс». Причем, в возрастной группе до 35 лет нуждаются в протезировании – 8,6% всех работников промышленных предприятий, далее этот показатель увеличивается к возрастной группе 36 -45 лет - 20,5% , и заметно уменьшался в группе после 46 лет - до 7,9%. Данные распределения работников промышленного производства, нуждавшихся в первичном протезировании представлены в Табл. 1.

Таблица 1.

Распределение работников промышленного производства, нуждавшихся в первичном протезировании (% ко всем работникам промышленных предприятий).

Возраст(лет)	Основная группа	Контрольная группа	Всего
До 35	44,6	32,4	8,6
36-45	69,6	40,5	20,5
46 и старше	22	5,5	7,9

Потребность в первичном протезировании была выше у людей, имеющих стаж работы на промышленного производстве 5-7 лет – 47,2%. За ним следовали лица со стажем до 5 лет – 93 человека 30,5%, и 22,5% со стажем более 7 лет.

Потребность в дополнительном протезировании была велика во всех возрастных группах. Она составляла от 29 % у лиц в возрасте до 35 лет, до 36,6% у лиц 46-60 лет(табл.2).

Таблица 2.

Распределение работников промышленного производства, нуждающихся в дополнительном протезировании (в % от всех работников промышленных предприятий).

Возраст(лет)	Основная группа	Контрольная группа	Всего
До 35	29,5	13,5	5,3
36-45	21,6	11,7	6,3
46 и старше	17	9,7	6,7

Из всех работников машиностроительного завода нуждались в дополнительном протезировании 18,3 % всего коллектива.

После анализа зависимости потребности в дополнительном протезировании от стажа работников промышленных предприятий стало известно, что больше всего в дополнительном протезировании нуждаются работники со стажем 5-7 лет – 59 человек(8,2%), далее более 7 лет – 41 человек(5,7%), и до 5 лет – 31 человек(4,3%).

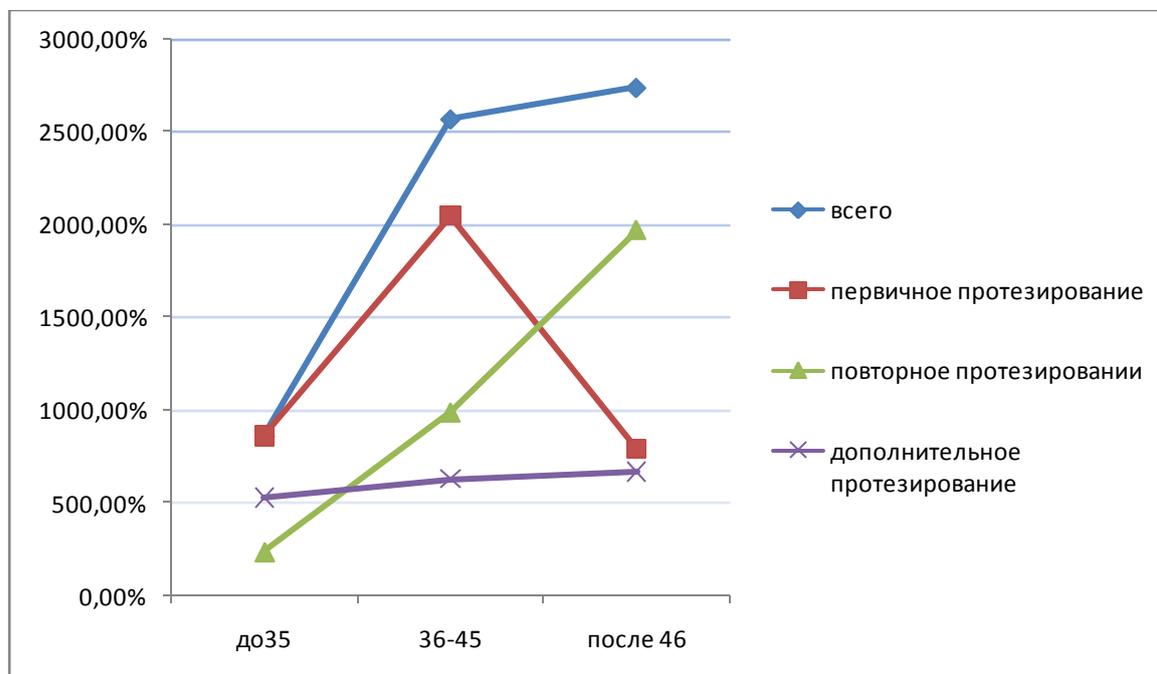


Рис.2. Динамика потребности в ортопедическом лечении у работников промышленных предприятий в зависимости от возраста.(%).

Как видно из Рисунка 2, можно сделать вывод, что всего 626 работника машиностроительного завода нуждаются в протезировании полости рта. Это составило более 50 % всех сотрудников. Из них в возрастной группе старше 46 лет требуется помощь 247 обследованным(34,3%) , в группе 36-45 лет – 262 (36,4%), а до 35 лет – 117 людям(16,3%).

В расчете на 100 обследованных, независимо от возраста, требуется 78(±12) штифтовых конструкций, 83±10 одиночных искусственных коронок, 24±4 мостовидных протезов, 65±17 съемных протезов. Среди необходимых съемных протезов в группе старше 46 лет 6±2 являются полными съемными протезами. Среди частичных съемных протезов 28±3 относятся к дуговым протезам, а остальные 38±2 к пластиночным.

Для замены мостовидных и съемных протезов в большинстве случаев возможно применение имплантатов (примерно у 28,9 % обследованного). Потребность в имплантации у лиц до 25 лет составила 31%, 25-45 лет – 58%, а старше 46 лет – до 11% .

При анализе ответов работников промышленного производства на вопросы, разработанной нами анкеты «Анкета работника промышленного производства», входящих в основную группу, выявлено, что 39,8% от основной группы твердо уверены, что нуждаются в протезировании, наложении искусственных коронок, 36,2% - не знают необходимо это или нет, а 24% считают, что необходимости в протезировании у них нет. В группе контроля эти показатели совсем иные: 51,8 % всей контрольной группы полагают, что они нуждаются в протезировании, всего лишь 5 % - не нуждаются, и 43, 2% ответили «не знаю».

Причина отказа от визита к врачу тех лиц, которые считали, что нуждаются в протезировании, было отсутствие для этого денег –37,4% опрошенных. Так как в опросе можно было выбрать несколько вариантов ответа, следующая по частоте причина была боязнь боли – 62,1% всех опрошенных. Далее следовал дефицит времени –42,8% , сложность попадания на прием – 7%.

Таким образом, можно сделать вывод, что потребность в стоматологической ортопедической помощи высока во всех исследуемых группах и составляет 87% всех работников промышленного производства. Среди необходимых конструкций для работников промышленного производства преобладают как несъемные зубные

протезы с большим количеством штифтовых конструкций, так и съемные зубные протезы. Потребность в имплантации составила 28,9% обследованного работника завода «Таурас-Феникс».

Список литературы

1. Балкаров А.О., Олесова В.Н., Уйба В.В., рева В.Д., Бежина Л.Н., Хавкина Е.Ю., Сорокумова Г.Л., Захаров П.А. «Проблемы организации стоматологической помощи работникам с особо опасными условиями труда на предприятиях атомной промышленности». Экономика и менеджмент в стоматологии №19, 2006г., с.53-56.
2. Кицул И.С., Попова И.Н. Организационное методическое обеспечение в рамках территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, Главврач №4, 2006 г, с17-20.
3. Приказ ФМБА РФ от 05.03.2007 N 53 "О совершенствовании оказания стоматологической помощи работникам организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда в условиях проведения модернизации службы в 2008 - 2010 гг."

ПОДСЧЕТ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИНЕЙНЫХ РАЗМЕРОВ, ПЛОЩАДИ ОСЕВОГО СЕЧЕНИЯ И ОБЪЕМА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОТТИСКОВ

Муслов С.А., Арутюнов С.Д., Сакиева З.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, г.Москва

В качестве критериев усадки оттисков из альгинатных слепочных материалов рассмотрены геометрические характеристики – линейные размеры, площадь осевого сечения и объем образцов. Использованы функции программы Adobe Photoshop для работы с графическими файлами. Применен метод измерения площади плоских фигур с помощью подсчета пикселей данной яркости инструментом Гистограмма.

Альгинатные слепочные материалы успешно применяются в стоматологии в качестве материала для оттисков [1-10]. Вместе с тем хорошо известен и недостаток этих материалов – интенсивно терять воду, при этом существенно деформируясь. Нестабильность массы оттисков со временем и в зависимости от условий хранения явились предметом весьма большого числа исследований. Изменение размеров и формы оттисков в результате усадки за счет процессов синерезиса и имбибиции, характерных при хранении гелей и студней, изучали авторы [7]. Однако они дали характеристику изменений только площади оптических отображений П-образных объектов с помощью планшетного сканера SOHO и компьютерной программы.

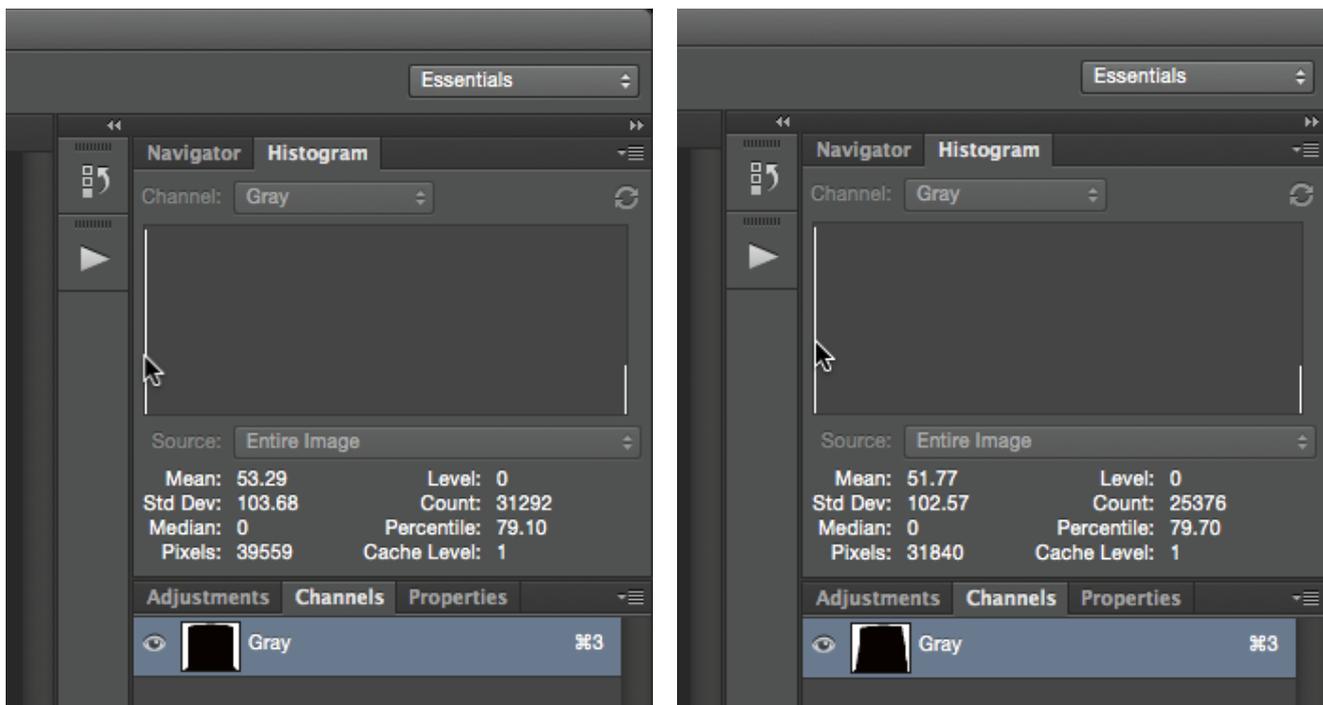
В нашей работе предлагается к применению ряд новых точных критериев усадки оттисков из альгинатных материалов на основании анализа эволюции их геометрических размеров, площади осевого сечения и объема, а также алгоритм их расчета. Оттиски сканировали в 3D сканере Zirkonzahn S600 Arti, полученные изображения затем обрабатывали в программном модуле Zirkonzahn.Modellier и графическом редакторе Adobe Photoshop [11].

Adobe Photoshop – редактор растровых изображений, имеющий в своем арсенале богатый инструментарий для анализа графических файлов. Под площадью фигуры понимали совокупность всех составляющих её пикселей. Определение количества тех или иных пикселей это относительно несложный для Adobe Photoshop приём, который позволяет рассчитать площадь плоских фигур с очень высокой точностью.

1. Для подсчета площади запускаем программу.

2. С помощью меню File – Open file, находим файлы, выбранные для исследования, и открываем их. Переводим изображения в пространство градаций серого с помощью вкладки “Image” – “Grayscale”.

3. Далее потребуется инструмент Histogram (Гистограмма). Гистограмма (яркостная гистограмма) – это график, у которого по оси абсцисс отложена яркость от минимального значения 0, соответствующего черному цвету изображения, до максимального значения 255, соответствующего белому фону. По оси



а)

б)

Рис.1. Внешний вид вкладки “Гистограмма” программы Adobe Photoshop.

ординат откладывается количество пикселей, имеющих данную яркость.

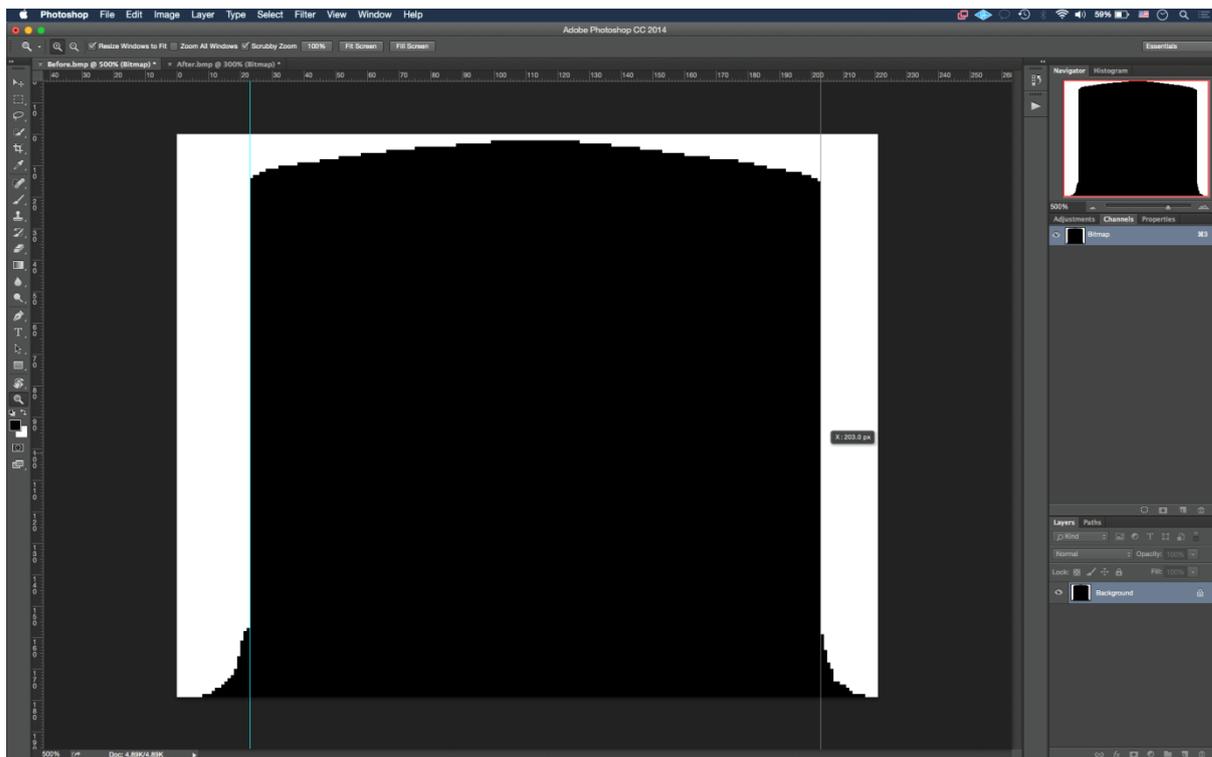
Возможно, инструмент Гистограмма первоначально выключен. Если вы не видите его в палитре, необходимо зайти в меню “Window” – “Histogram”. Чтобы была доступна статистическая информация по изображению, нужно кликнуть по пиктограмме в правом верхнем углу панели и в выпадающем списке выбрать пункт “Expanded view”.

Как видно из Рисунка 1, гистограмма содержит 2 столбика. В левой части – столбик, высота которого отражает число пикселей изображения с яркостью 0, т.е. черных пикселей и серых пикселей, яркость которых близка к нулю. В правой части гистограммы столбик значительно ниже, его высота соответствует количеству пикселей с яркостью 255, т.е. части изображения белого цвета или серого цвета, по яркости близкого к белому. Нас интересует левая часть гистограммы, так как именно она отображает интересующую нас часть диапазона яркости.

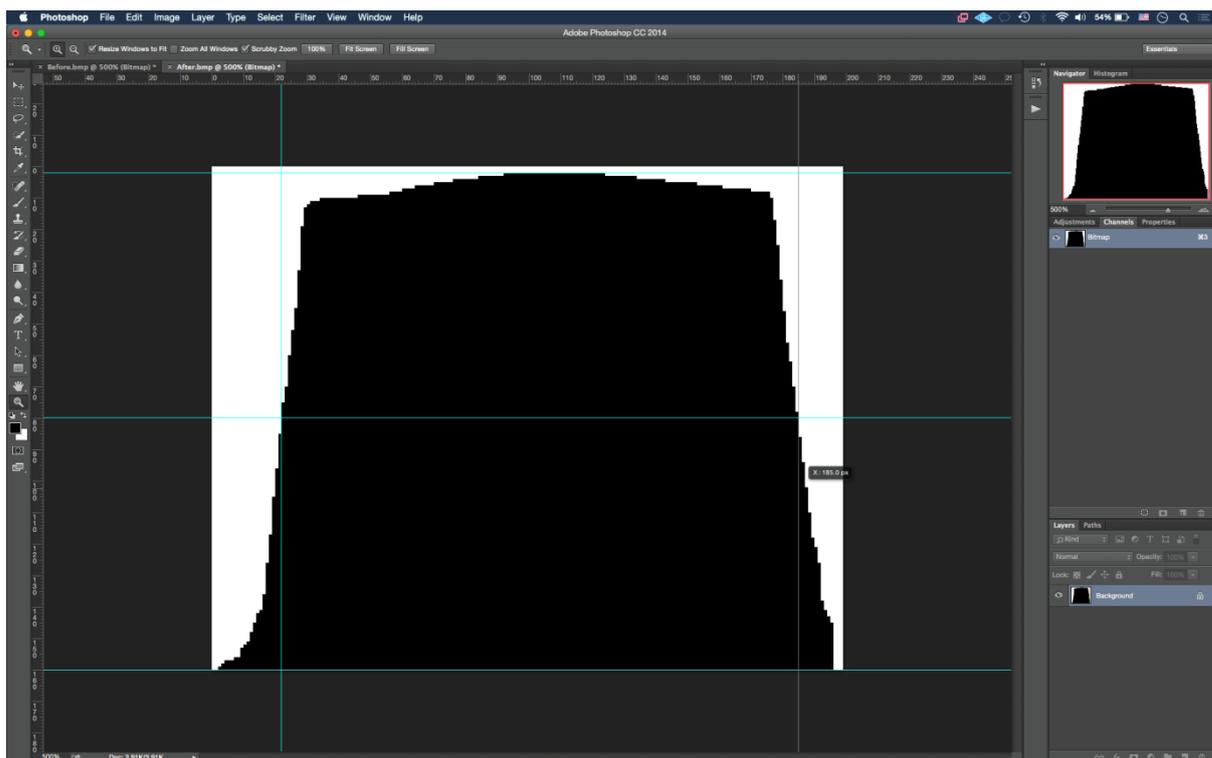
4. При наведении курсора на левый столбик мы получаем отображение информации о количестве пикселей с близкой к нулю яркостью в поле “Count” (31292). Собственно это и есть площадь фигуры S_1 – 31292 px. Поле “Percentile” показывает их процент по отношению к пикселям всех остальных яркостей (как видно, число черных пикселей преобладает над белыми, а их доля равна 79,10%).

5. Прodelываем то же самое с изображением после усадки. Здесь соотношение черных пикселей несколько выше – 79,70%, а сама площадь (S_2) меньше – 25376 px.

Зная площади обеих фигур, можем вычислить относительное изменение площади по формуле $(S_1 - S_2)/S_1 * 100\%$. Подставляя численные значения, получим: $(31292 - 25376)/31292 * 100\% = 18,91\%$ (Табл. 1, Рисунок 4). Относительное изменение площади осевого сечения образца из альгинатного материала до и после усадки является важным интегральным геометрическим параметром результата усадки образца, очевидно, более информативным, чем критерии, вычисленные на основании измерений массы или отдельных линейных размеров оттисков.

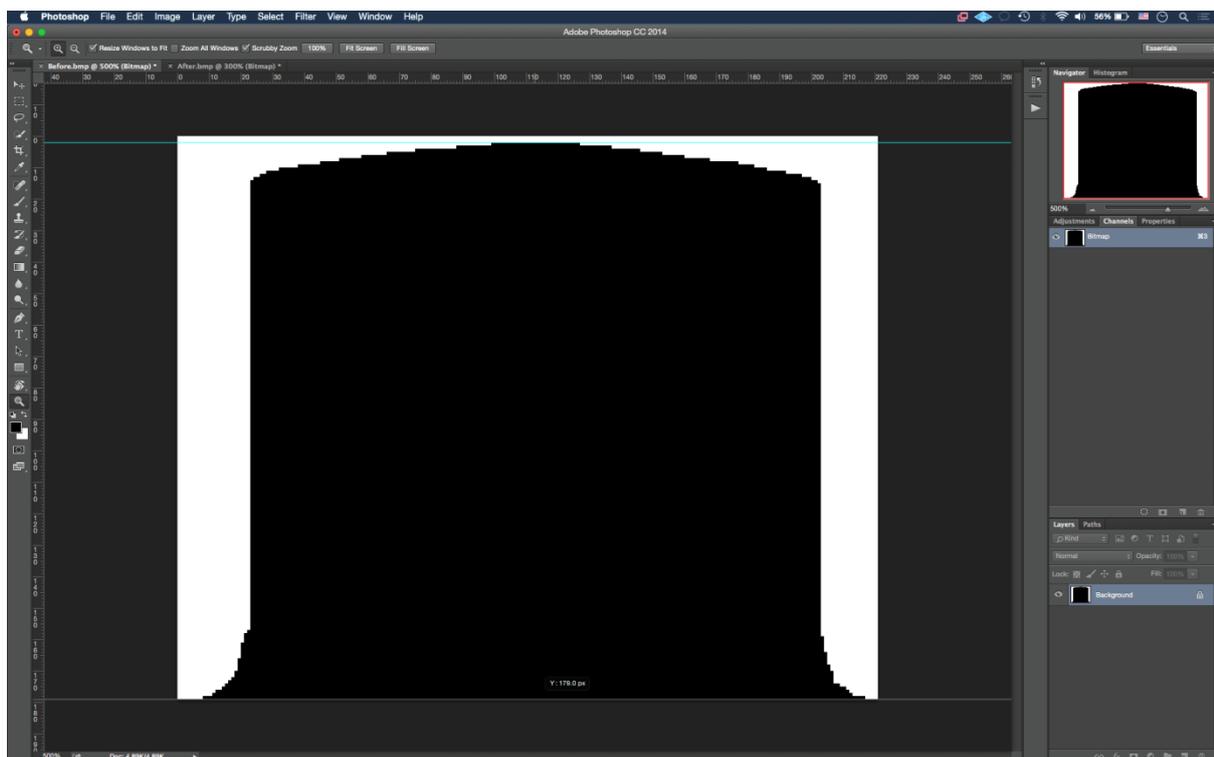


a)

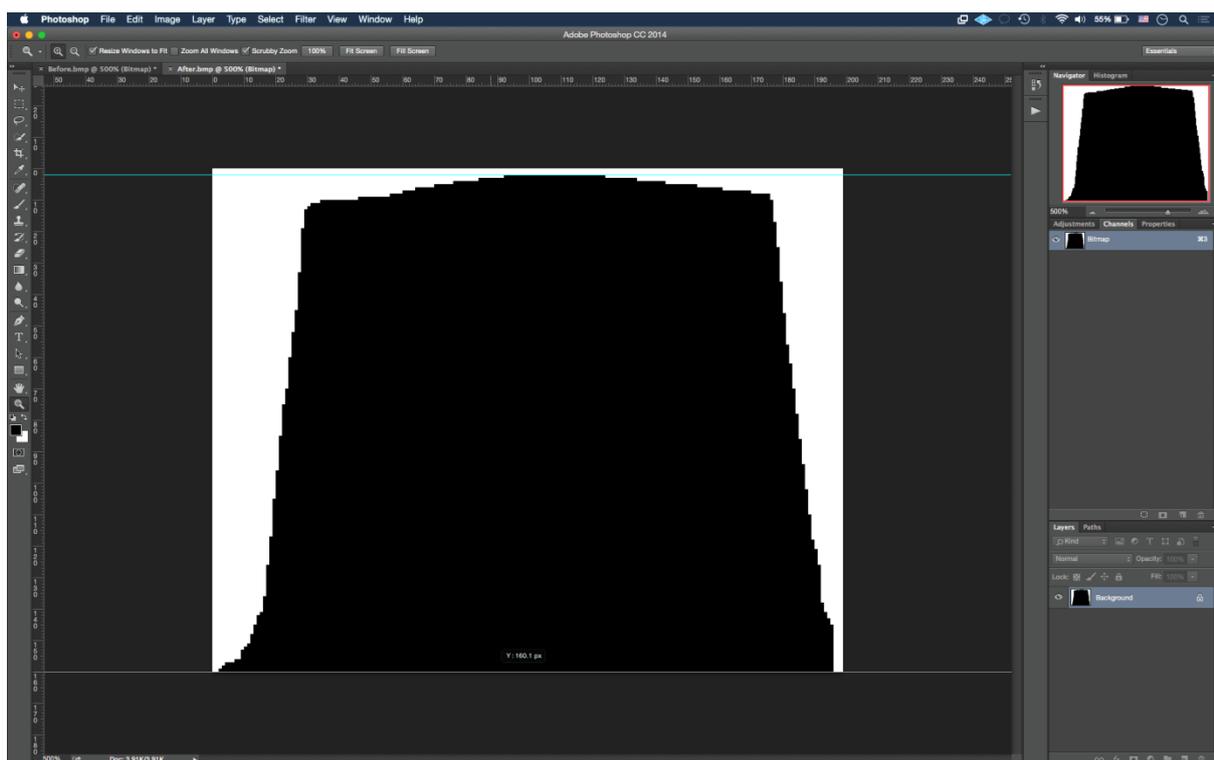


б)

Рис.2. Измерение диаметра на половине высоты фигур. Осьевые сечения отливок до а) и после б) усадки.



a)



б)

Рис.3. Измерение высоты фигур. Осевые сечения оттисков до а) и после б) усадки.

Также представляет определенный интерес параметр, характеризующий различия в усадке образца в зависимости от направления и вида критерия. Например, в нашем случае усадка в радиальном направлении (по радиусу), выраженная в процентах, в $18,72/10,56=1,77$ раза больше, чем в осевом направлении (по высоте).

Этот показатель может рассматриваться как некоторый коэффициент анизотропии усадки оттисков цилиндрической формы из группы альгинатных материалов. Он отражает различия в тенденциях к изменению размеров образца в виде прямого кругового цилиндра из слепочной массы по двум взаимно перпендикулярным

направлениям (Рисунок 2, 3), проведенным через геометрический центр цилиндра. Одно из этих направлений должно быть параллельно оси симметрии бесконечного порядка цилиндрического образца – оси цилиндра.

Таблица 1

Усадка альгинатного оттиска в соответствии с выбранными критериями

№ п/п	Критерии усадки	Размеры		Усадка по данному критерию, %
		До усадки, рх	После усадки, рх	
1	Диаметр, d	203,0	165,0*	18,72
2	Высота, h	179,0	160,1	10,56
3	Площадь осевого сечения, S	31292	25376	18,91
4	Объем, V			37,63**

* – диаметр, измеренный на половине высоты фигуры,

** – объемная усадка вычислена по формуле $\frac{\Delta V}{V} \approx \frac{\Delta S}{S} + \frac{\Delta d}{d}$.

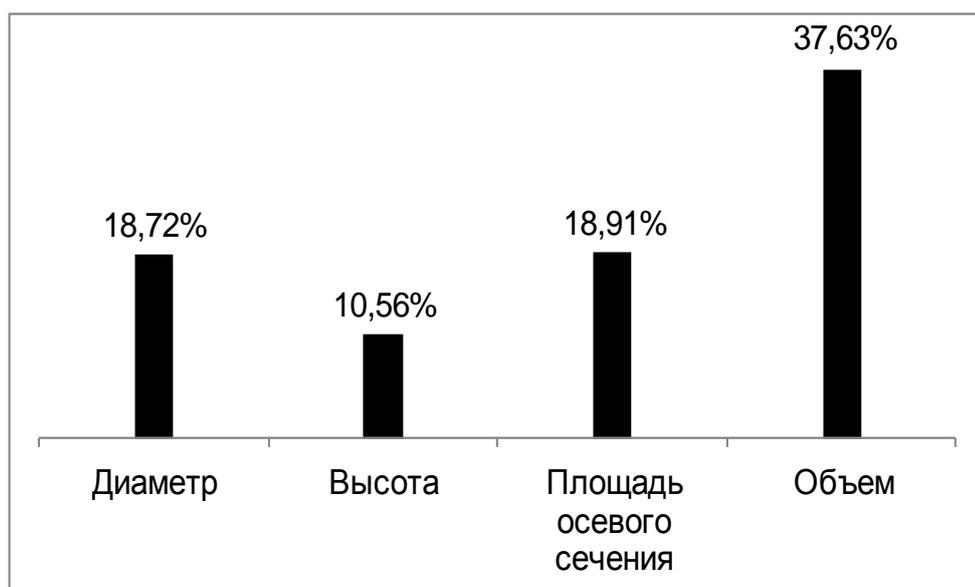


Рис. 4. Усадка в процентах оттиска из группы альгинатных материалов согласно критериям 1-4.

Список литературы

1. Аболмасов Н.Г. Аболмасов Н.Н. Бычков В.А. Ортопедическая стоматология. 8-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 512 с.
2. Гринева Т.В., Иполитова Е.И. Альгинатные слепочные материалы. Свойства и применение // Новое в стоматологии для зубных техников. – 2000. – №2. – С. 34-36.
3. Годзь А.В., Парунов В.А., Иполитова Е.И., Гринева Т.В. Сравнительная оценка альгинатных слепочных материалов // Пробл. нейростоматологии и стоматологии. – 1998. – №2. – С. 15-17.
4. Дойников А.М., Сеницын В.Д. Зуботехническое материаловедение. – 2-е изд, перераб. и доп. – М.: Медицина, 1986. – 208 с., ил.
5. Полонейчик Н.М. Эластические необратимые оттисковые материалы: альгинатные гидроколлоиды // Совр. стоматология. – 1999. – №2. – С. 10-13.

6. Полонейчик Н.М. Эластические необратимые оттисковые материалы: безводные эластомеры // Совр. стоматология. – 2000. – №2. – С. 7-10.
7. Полонейчик Н.М., Кирилова В.И. Характеристика изменений линейных размеров альгинатных оттисковых материалов с использованием оптического метода исследования / Инновации в стоматологии. Материалы VI съезда стоматологов Беларуси (Минск, 25-26 октября 2012 г.). – С. 203-204.
8. Савицкая И.М., Фурманов Ю.А. Механизм гемостатического действия альгинатных материалов // Клиническая хирургия. – 1989. – №1. – С. 17-19.
9. Трезубов В. Н., Штейнгарт М. З., Мишнёв Л. М. Ортопедическая стоматология: Прикладное материаловедение. Учебник для медицинских вузов/ Под ред. проф. В. Н. Трезубова. 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2001. – 351 с.: ил.
10. Цимбалистов А.В., Козицина С.И., Жидких Е.Д., Войтяцкая И.В. Оттисковые материалы и технология их применения // Санкт-Петербургский институт стоматологии. – 2001. – 95 с.
11. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.photoshop.com>. (Дата обращения: 26.10.2014).

ПРОГРАММНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ПЛОЩАДИ СЕЧЕНИЙ АЛЬГИНАТНЫХ ОТТИСКОВ

Муслев С.А., Арутюнов С.Д., Сакиева З.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, г.Москва

Предложен метод измерения площади плоских фигур произвольной формы. Используются встроенные функции программного комплекса Mathcad14.0 для работы с графическими файлами. В качестве примера рассмотрено уменьшение площади осевого сечения образцов из альгинатного оттискового материала при усадке.

Под геометрической плоской фигурой будем понимать часть плоскости, ограниченную со всех сторон. Под площадью геометрической плоской фигуры – некоторую аддитивную числовую характеристику фигуры, показывающую её размер. В простейшем случае, когда фигуру можно разбить на конечное множество единичных квадратов, площадь равна числу квадратов. Эти простые сведения из геометрии позволяют рассчитать площадь плоской фигуры в системе компьютерной алгебры Mathcad[2].

Математический процессор Mathcad в своем арсенале имеет инструменты для чтения и отображения файлов изображений: команду READBMP (“File”), позволяющую считывать изображения в оттенках серого цвета из файла, что позволяет получить массив целых чисел от 0 до 255.

Для импортирования растрового графического изображения из файла с расширением *.bmp выполняют действия:

- 1) нажимают кнопку на месте предполагаемой вставки изображения;
- 2) выбирают меню Insert (Вставить), а потом в раскрывающемся меню пункт Picture (Рисунок). Откроется шаблон рисунка с местозаполнителем в левом нижнем углу;
- 3) вводят местозаполнитель двойные кавычки, между которыми необходимо ввести имя файла, который содержит точечный рисунок с неизвестной площадью;
- 4) указывают полный путь к файлу, например: “D:\Pictures\001.bmp”.

A1:= READBMP (“D:\ Pictures\Before.bmp”).

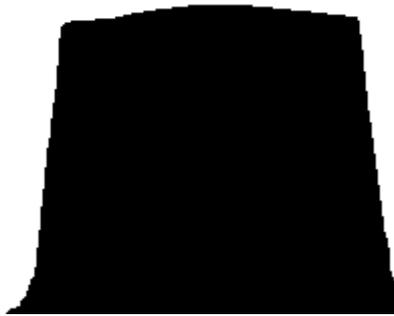


A1

Рис.1. Исследуемое изображение образца до усадки.

Повторяем действия для 2-го файла.

A2 := READBMP (D:\Pictures\After.bmp”).



A2

Рис. 2. Исследуемое изображение образца после усадки.

Далее пишется следующая процедура программы. Создаем циклы по двум направлениям (ширине и высоте). В цикле суммируем только те точки, которые меньше по яркости некоего порога. По умолчанию, что белый фон имеет значение яркости около 255, а граница изображения – около 0.

$$\text{countZeros}(M) := \begin{array}{l} c \leftarrow 0 \\ s \leftarrow \text{ORIGIN} \\ \text{for } i \in \text{ORIGIN} \dots \text{rows}(M) + s - 1 \\ \text{for } j \in \text{ORIGIN} \dots \text{cols}(M) + s - 1 \\ \quad C \leftarrow c + 1 \text{ if } M_{i,j} = 0 \\ c \end{array}$$

Площадь в пикселях до усадки

countZeros(A1) = 31292
squareBeforePx := countZeros(A1).

Площадь в пикселях после усадки

countZeros(A2) = 25376.
squareAfterPx := countZeros(A2)
squareAfterPerc := $\frac{100 \text{ squareAfterPx}}{\text{squareBeforePx}}$

Площадь в процентах от первоначальной

squareAfterPerc = 81.09
deltaSquare := 100 – squareAfterPerc
Величина усадки в процентах

deltaSquare = 18.91.

Итак, процент усадки оттиска из альгинатного оттискового материала [1] по параметру “осевое сечение” составил 18,91%.

Авторы надеются, что приведенные выше фрагменты листинга процедуры в какой-то мере сэкономят время пользователей, заинтересующихся измерением площади плоских фигур с помощью программы Mathcad, граница которых не поддается аналитическому описанию.

Список литературы

1. Гринева Т.В., Ипполитова Е.И. Альгинатные слепочные материалы. Свойства и применение // Новое в стоматологии для зубных техников. – 2000. – №2. – С. 34-36.
2. [Электронный ресурс]. URL: <http://ru.ptc.com/product/mathcad> (Дата обращения: 26.10.2014).

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА ВАЛВИР В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Тирская О.И., Казанкова Е.М.

ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет, г.Иркутск

В настоящее время выделено более 100 типов вирусов герпеса, однако патогенными для человека являются 8 из них ВПГ-1 ВПГ-2, Varicella-Zoster, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр, вирус герпеса человека 6-го, 7-го и 8-го типов.

В перечень заболеваний, вызываемых вирусами семейства Герпесов, входят лабиальный герпес, герпес кожи и слизистых, офтальмогерпес, ветряная оспа, опоясывающий герпес, врожденные поражения центральной нервной системы, сиаладениты, инфекционный мононуклеоз, волосатая лейкоплакия, инфекционный мононуклеоз, синдром хронической усталости, саркома Капоши и др.

Ежегодно в нашей стране заболевают банальным герпесом в области губ 10 млн. человек, около 20 млн. человек на территории России страдают различными формами герпетической инфекции. [1] Ранее считалось, что стоматолог в своей практике сталкивается только с ВПГ-1. Поскольку область лица и СОПР избирательно поражается ВПГ-1, а ВПГ-2 вызывает исключительно генитальный герпес, однако в последние десятилетия были получены новые данные: ВПГ-1 вызывает герпес лица в 80–90% случаев, а ВПГ-2 – в 10–20% [4].

По данным ВОЗ от 65 до 90% населения планеты инфицировано одним или несколькими штаммами вируса герпеса [1]. Герпес входит в число наиболее распространенных и плохо контролируемых инфекций человека. В организме человека вирус находится пожизненно, периодически активизируется, вызывая рецидивы, ухудшающие качество жизни пациента.

При персистенции вируса в организме человека развивается недостаточность иммунной системы вирусоносителя, связанная с ее неспособностью элиминировать вирус из организма, прогрессирующая со временем.

Цель работы. Оценить эффективность современного противовирусного препарата Валвир к профилактике рецидивов заболевания у пациентов с хроническими формами герпеса.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 10 пациентов (7 женщин и 3 мужчин) с диагнозом хронический герпетический стоматит и хронический лабиальный герпес с неоднократным и ежегодными рецидивами заболевания в анамнезе. Диагноз устанавливался на основании данных анамнеза: жалоб, характерных клинических признаков. Пациенты обратились в клинику вне обострения заболевания с целью лечения осложнений кариеса и пародонтита. Учитывая высокий риск микротравм слизистой оболочки полости рта при стоматологических манипуляциях, а также определенный стрессорный эффект стоматологических процедур, пациентам превентивно был назначен валвир за 3 дня до длительных и/или травматичных стоматологических вмешательств, поскольку травма слизистой, стресс, переутомления часто являются триггерными факторами для активации герпетической инфекции.

Рекомендованная схема 500мг 2 раза в день, начиная за 3 дня до триггерного фактора, всего 5-6 дней. Такая схема превентивного лечения применяется дерматокосметологами у пациентов с рецидивирующими формами герпеса перед проведением инвазивных косметологических процедур [2].

Эффективность валвира оценивалась клинически по наличию или отсутствию у пациентов признаков рецидивов герпеса на 1, 3, 7 сутки от проведения стоматологических процедур.

Результаты. Причиной обращения наблюдаемых пациентов к стоматологу явились у 50 % хронические формы пульпита многокорневых зубов, у 20% – хронический периодонтит многокорневых зубов, у 30% – пародонтит средней степени тяжести. Длительность течения герпетической инфекции у 2 пациентов – до 4 лет, у 7 – 4–6 лет, у 1 – с детства (более 6 лет). Количество рецидивов заболевания в год в у 80% пациентов 3–4 раза, у 20% пациентов – до 6. Из факторов, вызывающих рецидив заболевания, 6 человек назвали травму слизистой оболочки или красной каймы губ, переохлаждение – 6 человек, 1 пациент отметил фактор длительного пребывания на солнце, все 10 пациентов отметили, что в ряде случаев не могут понять причину рецидива заболевания. Примечательно, что 7 пациентов из 10 хотя бы однократно отмечали рецидив заболевания после посещения стоматолога. При этом ни у кого из 10 пациентов, принимавших превентивный курс противовирусной терапии, рецидива герпетической инфекции не наблюдалось ни на первые, ни на третьи, ни на седьмые сутки.

Выводы. Клинические проявления рецидива герпетической инфекции любой локализации значительно снижают качество жизни пациента из-за болевого синдрома, эстетических дефектов, определенных ограничений в общении, отрицательного влияния на иммунную систему. Поэтому обязательным условием ведения пациентов с хроническими формами герпеса является информирование пациента о факторах активации заболевания, необходимости их устранения, первых симптомах, тактике действий при их возникновении. Если избежать действия фактора, провоцирующего обострение процесса, невозможно, как в случае с длительными, сложными стоматологическими процедурами, рекомендуется назначение профилактического противовирусного лечения, например, прием препарата Валвир по указанной выше схеме.

Список литературы

1. Пронькина Н.С., Булыгин Г.В., Камзалакова Н.И., Тихонова Ю.С. Характеристика параметров иммунного статуса у больных хронической герпетической инфекцией с формированием синдрома хронической усталости и иммунной дисфункции // *Фундаментальные исследования*. – 2013. – № 5 (часть 1). – С. 124-128.
2. Резниченко Н.Ю., Резниченко Ю.Г., Красько Н.П. Профилактика обострений герпесвирусной инфекции как осложнения инвазивных косметологических процедур. // *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. – 2010. – №2. – С. 96-99.
3. Халдин А.А., Гилядов А.Д., Быханова О.Н., Исаева Д.Р. Воспроизведенные ациклические синтетические нуклеозиды в этиотропной терапии рецидивов простого герпеса. // *Клиническая дерматология и венерология*. – 2014. – №2. – С. 1–4.
4. Bradley H., Markowitz L.E., Gibson T, McQuillan G.M. Seroprevalence of herpes simplex virus types 1 and 2 United States, 1999-2010. // *J Infect Dis.*, 2014 Feb 1;209(3):325-33.

СОВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНО-ТКАНЕВОЙ СИСТЕМЫ ПАРОДОНТА

Коровкина А.Н., Коровкин В.В.

ООО «Институт управления медицинскими рисками и оптимизации страхования» (ООО «МЕДИС»),
г.Калининград

Цель: оценить состояние микроциркуляторно-тканевой системы пародонта методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ).

Материал и методы: Обследование системы микроциркуляции проводилось у 62-х пациентов в возрасте 18-36 лет. Все больные были поделены на три группы: 1 группа (20 человек) - входили больные с диагнозом хронический генерализованный гингивит легкой степени; 2 группа (22 человек) – входили больные с диагнозом хронический пародонтит легкой степени. 3 группа (20 человек) – группа контроля, входили лица не имеющие патологии тканей пародонта. Лазерную доплеровскую флоуметрию (ЛДФ) со спектральным инфракрасным анализом колебаний кровотока проводили аппаратом ЛАКК-02 (НПП «ЛАЗМА», Россия). Регистрацию ЛДФ проводили в областях согласно индексу Грина-Вермильона в области маргинального края десны. Измерения производили в течение 300 секунд с помощью зонда диаметром 3 мм в красном (КР) канале лазерного излучения (длина волны-0,63 мкм) [2]. Для анализа выделялись фрагменты записей длительностью 300 сек. Оценивали

относительную энергию колебаний кровотока E_0 с помощью спектрального анализа записей ЛДФ (программа 2.2.509-НПП «ЛАЗМА», Россия) производили оценку нелинейных динамических параметров микроциркуляции тканей пародонта используя методы расчета фрактальной размерности ($D_0, R\backslash S$), относительной энтропии и энтропии-информации (H_0, H_i), а также анализ поведения системы микроциркуляторного русла в фазовом пространстве (D_2, D_2H) с визуальной оценкой типов фазового портрета — хаотического, упрощенного и предельного цикла, а также смешанных вариантов [1,3,5].

Результаты и обсуждения.

Результаты исследования колебательных процессов в микроциркуляторном русле тканей пародонта с оценкой нелинейных параметров поведения системы микроциркуляции в группах испытуемых представлены в таблице 1. Группы сформированные в данной работе, отражали разное функциональное состояния микроциркуляторной системы тканей пародонта как в норме, так и при наличии патологии. Для каждого из вышеперечисленных состояний были характерны свои особенности нелинейных параметров динамики поведения кровотока.

Таблица 1

Показатели нормированных амплитуд и параметров нелинейной динамики у здоровых испытуемых и при патологических условиях

группа	E_0	D_0	$R\backslash S$	H_0	H_i	D_2	D_2H
I	29,35±4,4*	1,23±0,18*	0,68±0,10*	0,36±0,05*	0,012±0,001*	1,38±0,2*	0,047±0,007*
II	52,02±7,8*	1,10±0,16*	1,18±0,17*	0,38±0,05*	0,007±0,001*	1,41±0,21*	0,027±0,004*
Контроль	20,45±3,0	1,26±0,18	0,62±0,09	0,38±0,05	0,019±0,002	1,60±0,24	0,078±0,011

* значимость отличий ($p < 0,05$) по сравнению с данными контрольной группы

Артериальная гиперемия и венозный застой были характерны для хронического катарального гингивита, а венозная гиперемия и ишемический застой для пародонтита легкой степени.

Наибольшие сдвиги системы кровотока наблюдались у 2 группы исследования. В этой группе определялся избыток энергии колебательного процесса E_0 по сравнению с контрольной группой в 2 раза, что свидетельствовало о включении активных механизмов компенсации венозной гиперемии и локальных очагов ишемии. Нормированные параметры хаотического поведения (H_i) и выраженность хаоса (D_2H) прямо пропорционально снижались, что показывало значимую связь между колебательным процессом в микроциркуляторном русле пародонта и нелинейными свойствами поведения системы микроциркуляции. Возрастание показателя $R\backslash S > 1$ по сравнению с контрольной группой свидетельствовало о нерегулярности и неустойчивости системы регуляции микроциркуляции и относительном снижении устойчивости структуры ЛДФ-сигнала (D_0). В I-группе исследуемых отмечался прирост величины E_0 , что было связано с увеличением активности компенсаторных механизмов направленных на разгрузку венозного русла. При этом регулярность осцилляций кровотока по показателю $R\backslash S < 1$ сохранялся, это также свидетельствовало о сохраняющейся относительной устойчивости системы микроциркуляции по показателю Хаусдофа — D_0 . Несмотря на устойчивость системы, нормированные показатели хаоса сигнала (H_i, D_2H) сохраняли тенденцию к снижению. Ниже представлено поведение системы микроциркуляции тканей пародонта в фазовом пространстве.

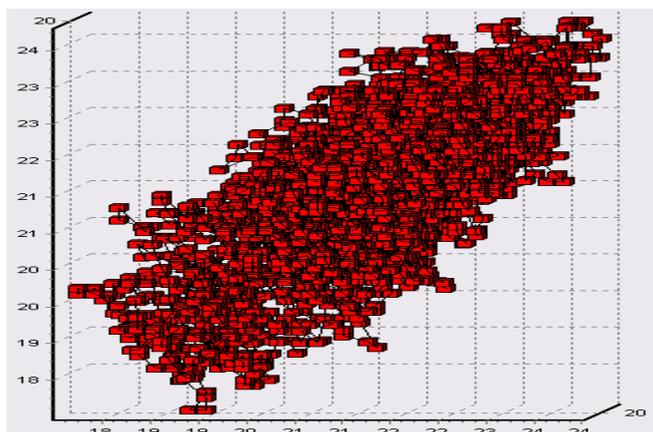


Рис.1. Фазовый портрет здорового пародонта

Результаты исследования фрактальной структуры ЛДФ-граммы у группы контроля на Рисунке 1 показали, что все геометрические циклы аттрактора формируют равномерную плотность фазовых точек в центре фазового пространства с менее плотным облаком по периферии притянутым к центру без резких разбросов фазовых точек. Это наглядным образом характеризует значительную сложность осцилляций микрокровотока тканей пародонта в норме [5].

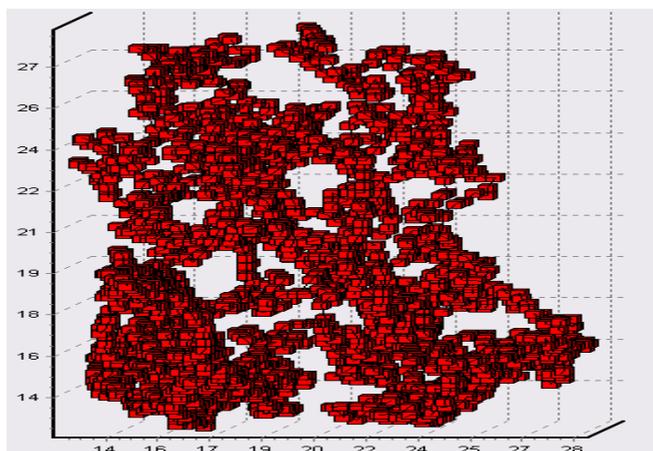


Рис.2. Фазовый портрет при хроническом генерализованном катаральном гингивите

Фазовый портрет при хроническом катаральном гингивите представленный на Рисунке 2 показал, наличие смешанного циклическо-хаотического фазового портрета, геометрические циклы аттрактора формируют ацентричную плотность фазовых точек с плотным облаком по периферии размеры которого в значительной степени преобладают над плотностью фазовых точек в центре фазового пространства [4,5].

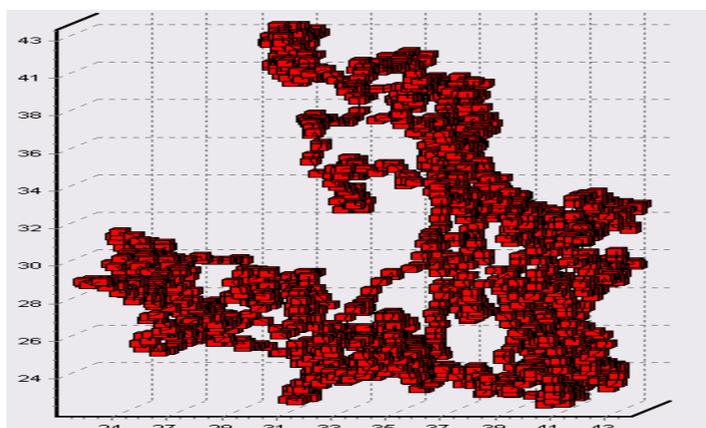


Рис.3. Фазовый портрет при хроническом генерализованном пародонтите легкой степени

Поведение системы микроциркуляции при хроническом генерализованном пародонтите легкой степени изображенным на Рисунке 3, формирует предельно-циклический фазовый портрет. Геометрический цикл аттрактора формирует незначительную хаотическую область отдаленную от центра фазовой плоскости, периферическое облако фазовых точек имеют вид циклов различной площади, циклы аттрактора не имеют выраженного стремления к центру [5].

Выводы.

Таким образом, на основании полученных результатов, в ходе проводимого исследования нами подтверждена значимость метода лазерной доплеровской флоуметрии с оценкой регистрируемых данных методом нелинейной динамики в выявлении нарушении микроциркуляции тканей пародонта, а именно расстройства системы микроциркуляции как при выраженности клинических симптомов, так и при их отсутствии. Эти нарушения характеризовались изменением нелинейных параметров микроциркуляторного русла тканей пародонта при наличии воспалительного процесса (1 и 2 – группа исследования) в сторону уменьшения хаотичности поведения системы микроциркуляции и ее упорядоченности на основании числовых параметров хаотичности (H_0, H_1, D_2H) и устойчивости ЛДФ- сигнала ($D_0, R\backslash S$). Представленные дисфункциональные виды фазового портрета в полной мере отражали типы течения воспалительного процесса, которые были обратимы при хроническом катаральном гингивите и необратимы при хроническом генерализованном пародонтите легкой степени. Методика анализа фазовых портретов при различных патологических состояниях протекающих в тканях пародонта является дополнительным методом к стандартной диагностике заболеваний пародонта.

Список литературы

1. Крупаткин А.И., Сидоров В.В. Функциональная диагностика состояния микроциркуляторно-тканевых систем: Колебания, информация, нелинейность: руководство для врачей / М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2013. С.496.
2. Крупаткин А.И. Сидоров В.В. Лазерная доплеровская флоуметрия микроциркуляции крови: руководство для врачей / М.: Медицина, 2005. С.75.
3. Крупаткин А. И. Исследование информационных процессов в микрососудистых сетях с помощью вейвлет-анализа колебательных структур кровотока / А. И. Крупаткин [и др] / Регионарное кровообращение и микроциркуляция. Т8. № 3 — 2009. — С. 21–31.
4. Федер Е. Фракталы / Е. Федер ; пер. с англ. — М.: Мир, 1991. С. 254.
5. Флейшман А.Н. Вариабельность ритма сердца и медленные колебания гемодинамики: нелинейные феномены в клинической практике. -Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2009.-194с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА ЭСТЕТИЧЕСКОЙ РЕСТАВРАЦИИ

Жданов С.Е., Жданова М.Л.

ГБОУ ВПО НижГМА МЗ России, г.Нижний Новгород

Повышение качества обслуживания является одним из наиболее приоритетных направлений развития стоматологии согласно мнению Леонтьева В.К. (2008) и Лукиных Л.М. (2012).

Существуют определенные критерии оценки качества выполненной реставрации. К ним относятся отсутствие послеоперационной чувствительности, наличие равномерных окклюзионных контактов на реставрации, на тканях восстановленного и рядом стоящего зуба, отсутствие белой линии по краю реставрации, соответствие цвета реставрации восстановленному зубу, наличие «сухого» блеска реставрации, отсутствие тактильного перехода пломбировочного материала на ткани зуба и соответствие реставрации анатомической формы зуба (Макеева И.М., 1997; 1996; Левин Б., 200; Салова А.В., Рехачев В.М., 2004).

Художественная реставрация предусматривает восстановление зубов с учетом индивидуальных особенностей пациента для достижения максимального эстетического и функционального эффекта. Идеальная реставрация (А. Гилмор, 2004) – это та, которая обеспечивает комфорт пациенту, имеет низкую стоимость, эстетична, биологически совместима, долговечна, дает возможность легкой замены или починки. Исследователи А. Манью, Б. Белза (1998) предложили 14 критериев, которые должны соблюдаться в работе в области эстетической стоматологии: пять из них касаются десны, шесть относятся к морфологии и цвету, три к улыбке.

Внешний вид (клиническая оценка) реставрируемого зуба определяется параметрами, согласно Системы Оценки Стоматологических Критериев Службы Здравоохранения США (VSPHS) или так называемого критерия Ryge (Риджа). Оценка проводится по следующим критериям:

- Качество расположения материала в полости зуба;
- Качество краевого прилегания к твердым тканям полости зуба (краевая адаптация материала);
- Качество обработки готовой реставрации;
- Качество цветопередачи;
- Качество конечной полировки готовой реставрации;
- Окончательное качество завершенной реставрации.

В отечественной стоматологии для получения объективных результатов проводимого лечения твердых тканей учитывают 5 основных критериев состояния пломб по методу Д.М. Каральника (1978):

- Анатомическая форма пломбы;
- Краевое прилегание;
- Соответствие цвета пломбы;
- Изменение цвета по наружному краю пломбы;
- Рецидив кариеса.

Исследование качества оказания стоматологической помощи, проведенное Н.Н. Бондаренко (2007) включало в себя критерии качества выполнения лечебных манипуляций:

- Отсутствие окрашивания индикаторами зубного налета на поверхности зубов;
- Цвет пломбировочного материала соответствует цвету тканей зуба;
- Отсутствие болевой чувствительности у пациента при проведении врачебных манипуляций, связанных с лечением зуба;
- Отсутствие окрашивания твердых тканей зуба индикаторами деминерализации;
- Восстановление анатомической формы и функций зуба;
- Создание контактного пункта (точечного или линейного) с соседними зубами при лечении полостей II, III, IV классов по Блеку и медио-окклюзионно-дистальных (МОД) полостей;
- Равномерный точечный контакт с зубами-антагонистами, отсутствие преждевременных контактов на зубе при окклюзии;
- Гладкая поверхность зуба и пломбы, плавный переход пломба-эмаль, эмаль-пломба.

Также в 2007 году Министерством Республики Беларусь утверждены критерии оценки эстетической реставрации, включающие в себя 13 пунктов:

- геометрическую форму зуба;
- размеры зуба;
- признак угла коронки;
- признак кривизны коронки;
- признак отклонения корня;
- десневой контур;
- режущий край;
- рельеф вестибулярной поверхности;
- тип прозрачности зуба;
- оценка цвета зуба по шкале VITA;
- степень блеска эмали (наличие пережим);
- наличие индивидуальных особенностей зуба (пятна при гипоплазии, флюороз и др.);
- оценка качества изготовленной конструкции по ЭИК (эстетический индекс качества).

Исследования, проведенные С.Д. Арутюновым и Э.Г. Бокучава (2008) определили такие критерии оценки качества реставрации как:

- Послеоперационная чувствительность;
- Соответствие формы реставрации анатомии восстанавливаемого зуба;
- Окклюзионные контакты;
- Точечные контакты апроксимальных поверхностей;

- Соответствие цвета реставрации цветовой гамме зубного ряда;
- Мамелоны, зоны прозрачности, трещины, фиссуры;
- Эффект «хамелеона» для центральных зубов;
- Постепенный цветовой переход от шейки зуба к центру коронки и поверхностям зуба.

Чуть позже А. В. Салова, В. М. Рехачев (2009) предложили критерии качества реставрации такие как:

1. Отсутствие послеоперационной чувствительности;
2. Наличие равномерных окклюзионных контактов на реставрации, на тканях восстановленного и рядом стоящего зуба;
3. Отсутствие белой линии по краю реставрации;
4. Соответствие цвета реставрации восстановленному зубу (определяется через 2-3 дня);
5. Наличие «сухого» блеска реставрации (определяется сразу);
6. Отсутствие пор в пломбировочном материале;
7. Отсутствие белых линий, однородность реставрации при ее просвечивании фотополимерной лампой (определяется сразу);
8. Отсутствие тактильного перехода пломбировочного материала на ткани зуба;
9. Симптом щелчка (при пломбировании полостей II, III, IV классов);
10. Соответствие реставрации анатомии восстанавливаемого зуба.

По данным исследования С. И. Гажвы и Агафоновой Г. В. (2010) выделены 9 критериев оценки прямой реставрации всех групп зубов:

- Отсутствие дефектов реставрации;
- Состояние краевой адаптации пломбировочного материала на окклюзионной, вестибулярной и оральной поверхностях;
- Состояние краевой адаптации пломбировочного материала наапроксимальных поверхностях;
- Наличие сухого блеска поверхности реставрации;
- Отсутствие рецидива кариеса;
- Наличие контактного пункта в области экватора зуба;
- Отсутствие болезненности при зондировании поверхности пломбы;
- Отсутствие пигментации на границе пломба-зуб;
- Соответствие цвета и прозрачности реставрации.

«Качество» означает наличие существенных признаков, свойств, особенностей, отличающих один предмет от другого, достоинство, степень пригодности. Критерии качества должны относиться к оцениваемому процессу и отражать конкретные результаты.

О. П. Щепин (2012) считает, что формирование критериев качества медицинской помощи должно вестись с учетом следующих требований: объективность, сопоставимость, универсальность, специфичность, уместность и простота применения.

Мы в свою очередь предлагаем свои критерии качества (Табл. 1), которые не только позволят восстановить функцию зуба, топографию и анатомию, эстетику и косметику, а главное улучшить качество жизни пациента:

Таблица 1

№	Критерии оценки качества реставрации	есть	нет
1.	Форма		
а	Соответствие реставрации форме зуба овалу лица		
б	Пропорции, достаточная толщина, рельеф		
в	Режущий край		
г	Краевое прилегание		
д	Контактный пункт		
е	Соответствие реставрации срединной линии		
2.	Цвет		
а	Соответствие цвета		
б	Плавность перехода цветов		
в	Изменение цвета на границе реставрации с зубом		
3.	Прозрачность		

а	Режущий край		
б	Режущий край, контактные поверхности		
в	Отсутствие прозрачности		
4.	Качество шлифования и полирования реставрации		
	Гладкость поверхности, наличие пор в реставрации		
	Блеск поверхности		
	Окклюзионные взаимоотношения		
	Эстетика десны		
	Дикция		
	Сохранность зубного ряда		
	Восприятие реставрации пациентом		
	Послеоперационная чувствительность		

При проведении первичного осмотра пациента проводилось заполнение карты регистрации реставрации зуба с некариозным или кариозным поражением твердых тканей (Табл.2), если не было возможности оценить пораженный зуб, то проводилась оценка такого же зуба с противоположной стороны.

Таблица 2

ФИО / возраст		
№ зуба / диагноз		
Вредные привычки		
Индекс гигиены		
Пожелания пациента		
	Визуальный метод	Аппаратурный/ приборный метод
шейка		
Цвет тело		
режущий край		
Форма лица		
Форма зуба		
длина		
Размер ширина		
толщина		
Степень прозрачности		
Метод прямой реставрации		
непрямой		

После заполнения карты регистрации и критериев качества реставрации проводили оценку и нуждаемость в повторном лечении.

«Verygood» – отличная реставрация (не требует повторной реставрации).

«Good» – хорошая реставрация (требует корректировки, полировки).

«Itnowgood» – удовлетворительная реставрация (требует частичной или полной замены).

«Bad» – неудовлетворительная реставрация (полная замена реставрации).

Если все 10 пунктов отмечены графой «нет» - «Bad» – неудовлетворительная (полная замена реставрации). Если все пункты отмечены графой «есть» - «Verygood» – отличная (не требует повторной реставрации). Если 3 пунктов 1, 4, 5, 10 отмечены графой «нет» - «Good» – хорошая (требует корректировки, полировки). Если пунктов 2, 3, 5, 6, 7, 9 отмечены графой «нет» - «Itnowgood» – удовлетворительная (требует частичной замены, либо полной замены).

Все манипуляции врача, касающиеся полной замены или частичной замены выполнялись с учетом пожеланий пациента, отображенными в карте регистрации реставрации.

Проанализировав и сравнив все ранее предложенные критерии оценки качества реставрации, разработанные нами критерии оценки качества эстетической реставрации, позволяют комплексно оценить все составляющие качества деятельности врача-стоматолога и являются объективной и адекватной информационной

базой для непрерывного повышения этого качества на основе применения корректирующих и предупреждающих действий.

Список литературы

1. Бондаренко Н.Н. Механизм объективной оценки в системе управления качеством оказания стоматологических услуг : дис. ... д-ра мед.наук : 14.00.21 / Бондаренко Николай Николаевич. – М., 2007. – 343 с.
2. Бокучава Э.Г. Методические подходы к оценке качества техники прямой эстетической реставрации зубов : автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.00.21 / Бокучава Этери Григорьевна. Нижний Новгород, 2009. – 23 с.
3. Жданова М.Л. Комплексное исследование цвета зубов в клинической стоматологии и судебной медицине : автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.00.21 / Жданова Мария Леонидовна. Нижний Новгород, 2009. – 23 с.
4. Агафонова Г.В. Клинико-экспертная оценка качества прямой эстетической реставрации : автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.00.14 / Агафонова Галина Владимировна. Нижний Новгород, 2010. – 25 с.
5. Лукиных Л.М. Бренд, его рождение и развитие в стоматологии // Стоматология XXI века: актуальные аспекты. Сборник научных трудов с международным участием, посвященный 20-летию кафедр терапевтической и ортопедической стоматологии 2012г. – С. 11-17.
6. ГунарРюге, "Клинические критерии"// Клиническая стоматология, 1998 г., №3, стр. 40-46.

СЕКЦИЯ №38.

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.05)

К ВОПРОСУ О ПРОВЕДЕНИИ ЭКСПЕРТИЗ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ И НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ ЭКСПЕРТНЫХ УЧЕРЕЖДЕНИЯХ

Шопен И.В.

Ставропольский институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования, г.Ставрополь

Проведение экспертиз по определению степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, регламентировано соответствующими правилами, которые утверждены Постановлением Правительства РФ от 17.08.2007 №522 и приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24.04.2008 г. № 194 н . Данные нормативные документы в настоящее время достаточно широко применяются в уголовном судопроизводстве, т.к. являются единственным способом доказывания характера и степени вреда здоровью, причиненного преступлением. Основанием для проведения соответствующих экспертиз служит п.2 ст.196 УПК РФ. Однако в уголовном процессе при нарушении сроков проведения расследования и других обстоятельствах, особенно если ответчик не физическое, а юридическое лицо (тогда процесс расследования и судебного разбирательства зачастую затягивается искусственно по вине ответчика) статьи 111,112,115 УК РФ не действуют, а наказания по ним не осуществляются.. И тогда согласно п.3 Ч.1 ст.24, 144,145 и 148 УПК РФ в связи с отказом в возбуждении уголовного дела или истечением сроков давности уголовного преследования все дела переходят и рассматриваются гражданском судопроизводстве. Пострадавшая сторона при этом требует материальных компенсаций за причиненный вред здоровью.

Очень часто, в случаях причинения тяжкого вреда здоровью, в последующий период после травмы пострадавшим требуются многоэтапные операции, длительные сроки реабилитации, которые включают в себя - физиотерапевтические методы лечения, применение методов лечебной физкультуры, использование лекарственных средств, расходного материала, лечение у косметологов, консультации специалистов, и т.д.. Указанные виды медицинской помощи уже после оказания пострадавшим экстренной, неотложной помощи в лечебных учреждениях, относят к разряду медицинских услуг, которые предлагаются пациентам платно. Поэтому в гражданском процессе все чаще возникает необходимость проведения комиссионных и комплексных экспертиз, связанных не только с определением причиненного вреда здоровью, но и решением вопросов о прямой причинной связи травмы и развившимися последствиями, особенно, если у пострадавшего имеется неблагоприятный фон в виде хронически протекающих заболеваний, клиника, которых после травмы выходит на первый план. Кроме этого, у суда возникают вопросы, связанные с определением конкретного вида и объема оказания медицинской помощи, качеством оказанной пострадавшему медицинской помощи, сумме материальной

компенсации пострадавшему за причиненный вред здоровью. Зачастую суд требует определение процента утраты трудоспособности в результате травмы или заболевания, определение группы инвалидности и т.д. Для разрешения поставленных вопросов в гражданском судопроизводстве и проведении судебно-медицинских экспертиз возникает необходимость привлечения специалистов различного профиля.

Согласно Федеральному Закону №73-ФЗ от 29 июля 2001. «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» экспертизы могут быть проведены в государственных и негосударственных экспертных учреждениях.

К Государственным судебно-экспертным учреждениям, образующим судебно-экспертные системы относят: Министерство юстиции РФ, МВД РФ, МЗ и социального развития РФ, Министерство обороны РФ, Федеральную службу безопасности РФ, Федеральную службу РФ по контролю за оборотом наркотиков; Федеральную таможенную службу, Государственную противопожарную службу МЧС России.

Государственная экспертная деятельность в нашей стране существует достаточно давно, а вот негосударственная экспертная деятельность стала развиваться интенсивно после утверждения ФЗ-№73. Наличие двух видов экспертной деятельности заметно влияет на сроки проведения экспертиз и, соответственно, сроки завершения уголовных и гражданских дел. В настоящее время в судебном процессе рассматриваются Заключение эксперта, представленные экспертами государственных и негосударственных экспертных учреждений. При этом обеспечивается состязательность процесса, повышается качество принятых судебных решений.

Однако, согласно ст.16 ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» государственный судебный эксперт не вправе принимать поручения о производстве судебной экспертизы непосредственно от каких-либо органов или лиц, за исключением руководителя государственного судебно-экспертного учреждения (ГСЭУ), а также осуществлять судебно-экспертную деятельность в качестве негосударственного эксперта. Поэтому для проведения экспертизы в государственном экспертном учреждении она должна быть назначена через руководителя ГСЭУ.

Статья 41 ФЗ № 73 предусматривает распространение действия настоящего Федерального закона на судебно-экспертную деятельность лиц, не являющихся государственными судебными экспертами, также регламентирует проведение экспертизы вне государственных судебно-экспертных учреждений, деятельность которых постепенно расширяется.

Таким образом, процессуальное законодательство позволяет проведение экспертизы как в государственных судебно-экспертных учреждениях, так и вне их, а ч. 2 ст. 140 УПК РФ указывает на возможность проведения экспертных исследований, как государственными судебными экспертами, так и иными экспертами из числа лиц, обладающих специальными знаниями. Причем выбор экспертного учреждения находится в компетенции суда.

В тоже время, имеются отдельные сферы экспертной деятельности, в которой эксперты имеют узкую специализацию. Статья 58 ФЗ -№ 323 от 21.11.2011 г. « Об основах охраны здоровья граждан в РФ» предусматривает следующие виды медицинских экспертиз: экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза, военно-врачебная экспертиза, судебно-медицинская, судебно-психиатрическая, экспертиза профессиональной пригодности, экспертиза связи заболевания с профессией, экспертиза качества медицинской помощи. Все перечисленные экспертизы проводятся в государственных медицинских и экспертных учреждениях.

Таким образом, ст.16 ФЗ№73 «О государственной судебно- экспертной деятельности в РФ» не дает возможность привлечения государственного эксперта для выполнения экспертизы в негосударственном судебно-экспертном учреждении (НСЭУ). Данные противоречия закона не дают равные процессуальные возможности НСЭУ. А так, как негосударственные судебно-экспертные учреждения фактически не могут привлечь для участия в проведении экспертизы экспертов-психиатров, медико-социальных экспертов, экспертов по качеству оказания медицинской помощи, то это в лучшем случае это удлиняет сроки производства экспертиз, а в худшем – не дает возможность ее выполнения в стенах НСЭУ.

Этим пользуются юридические лица - организации, в которых работник получил травму или по вине которых эта травма произошла. Также - страховые компании, застраховавшие жизнь и здоровье клиента. Они не спешат с выплатами компенсаций за причиненный вред здоровью истцу или «страховщику». При этом, судебные процессы могут длиться годами, пострадавшие, потерявшие трудоспособность не могут оплатить необходимые медицинские услуги, стоимость которых размещается на сайтах лечебных учреждений. Поэтому считаем, что уже настало время вносить в поправки в ст.16 ФЗ№73 «О государственной судебно - экспертной деятельности в РФ» с указанием, что эксперт ГСЭУ может быть привлечен для проведения конкретной экспертизы, выполняемой НСЭУ в качестве специалиста. Это позволит оптимально использовать ресурс экспертов в скорейшем получении доказательств, используемых в уголовном или гражданском судопроизводстве.

**СЕКЦИЯ №39.
ТОКСИКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.04)**

**СЕКЦИЯ №40.
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.15)**

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПАТОГНОМИЧНЫЙ ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ
ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА**

Каралин А. Н., Лаврентьев А.В.

Чувашский Государственный Университет им. И.Н. Ульянова, г.Чебоксары

Остеохондроз позвоночника - одна из распространенных патологий нашего времени. Основным клиническим проявлением его является болевой синдром. Проблема патогенеза болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника многогранна и зависит от многих причин. Кроме того болевой синдром в области позвоночника может возникнуть в результате и общих патологических изменений в организме или местных в области позвоночника. В основу этого направления кладется патогенез болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника.

Согласно взглядам Я. Ю. Попелянского 1974, Ситтель А.Б.1993, Хабилов Ф.А. 2008г. и многих других, болевой синдром при ОП не всегда зависит от компрессии корешка на уровне пораженного ПДС (позвоночно-двигательного сегмента). Чаще всего, это рефлекторная, защитная реакция мышц на различные патологические состояния в области позвоночника. Они разнообразны: это и

1) функциональная недостаточность ПДС (нестабильность), которая может быть и вследствие врожденных нарушений и аномалий (слабость мышечной системы, спондилоз, нарушение тропизма межпозвонковых суставов, и как следствие травмы: спондилолистез, повреждения межпозвонковых суставов, повреждение межпозвонкового диска и т.д.;

2) это и чрезмерная физическая нагрузка, приводящая к перенапряжению мышц позвоночника, к хронической травматизации межпозвонковых дисков, что ведет к компрессии, прежде всего синевтертебрального нерва, который вызывает нарушения вегетативных отделов нервной системы. При более грубых изменениях межпозвонковых дисков, сопровождаемое возникновением грыжи, возможно и сдавление нервных корешков, отходящих от спинного мозга. На этом фоне клиническая картина проявляется разными неврологическими нарушениями (рефлекторные, чувствительные, двигательные;

3) Но эти нарушения возможны и при развитии, так называемых, туннельных синдромов, которые возникают вследствие мышечно-сухожильного гипертонуса. Это ведет к сдавлению периферических нервов, проходящих в зоне формирования патологического туннеля /Я. Ю. Попелянский 1974, Хабилов Ф.А. 2008г. При всех этих состояниях возникает гипертонус мышц позвоночника (Веселовский В.П.1991г, Иваничев Г.И. 2007). Это также вызывает болевую реакцию в зоне позвоночника;

4) особое место занимают блокады в зоне межпозвоночных суставов. Блокады межпозвонковых суставов по анатомической сущности мы считаем подвывихами суставов. Эта патология может развиваться остро при резком движении туловища, при резком нефункциональном подъеме тяжести, травме. Нефункциональным мы считаем подъем тяжести при наклоне и распрямлении позвоночника, когда поясничный отдел и крестцово-подвздошное сочленение испытывают огромное напряжение. В результате этого, нередко возникает подвывих или блокада в крестцово-подвздошном сочленении (Каралин А. Н. 1968г, Чеченин А.Г. 1965г.)

И если его не устранить своевременно, то у больного развивается рефлекторный спазм, особенно *m.ileopsois*, а также поясничной группы мышц на стороне подвывиха. Это сопровождается характерной клинической картиной - боли в пояснично-крестцовом отделе (субъективно и при пальпации), характерная картина блокады к.п.с. при проверке этого симптома (разница в движении *spina iliaca posterior* при наклоне больного - на стороне блокады она быстрее смещается кверху, чем на здоровой стороне). Характерна сглаженность поясничного лордоза. Нередко такие блокады встречаются и у детей в силу слабости связочно-капсулярного аппарата к.п.с. Не устраненная вовремя блокада у детей может спровоцировать в первое время функциональную сколиотическую деформацию, которая в дальнейшем может перейти и в органическую. Причина в *m. ileopsoais*. Так как при подвывихе к.п.с.

m.ileopsoas рефлекторно спазмируется, это ведет к возникновению сгибательной контрактуры в тазобедренном суставе на стороне подвывиха к.п.с., как с защитной реакцией, уменьшающей болевые ощущения в зоне пояснично-крестцово-подвздошного сегмента. При уменьшении боли больной начинает ходить, а так как имеется контрактура в тазобедренном суставе, возникает функциональное укорочение конечности. Вместе с укорочением возникает перекос таза. Позвоночник также сразу реагирует и смещается в противоположную сторону от перекоса таза, чтобы восстановить центр равновесия тела. Возникает сколиотическая деформация позвоночника. Как мы говорим, в начальном периоде функциональная, а дальше переходящая в органическое состояние.

Наши клинические наблюдения убедительно показывают, что подвывих к.п.с. (блокада) — это часто встречающаяся патология как у взрослых, так и у детей.

Больной М, 35 лет. Жалобы на боли в области поясницы в течение трех месяцев. Боли появились остро, после того, как больной поднял большой груз. Лечился амбулаторно — мази (диклофенак), таблетки (вольтарен), ФТЛ (магнит). Эффект от лечения отсутствовал. При осмотре больного: скован, двигается самостоятельно, но опасается резких движений. При осмотре - поясничный лордоз сглажен. При пальпации - умеренная болезненность поясничного отдела позвоночника в паравerteбральном отделе слева. Особенно острая боль в зоне поперечного отростка L5 в проекции связки пояснично-подвздошной.

Положительный симптом блокады К.П.С.(симптом Каралина - боль при внутренней ротации бедра) Неврологический статус не нарушен. Активные движения в поясничном отделе позвоночника ограничены.

При пальпации - определяется напряжение мышц поясничного отдела позвоночника слева. При измерении длины нижних конечностей -функциональное укорочение левой нижней конечности на 1,5 см.

На мануальном столе проведена манипуляция по устранению блокады к.п.с. слева. При этом четко был слышен «щелчок». После этого больной в

течение 30 минут находился в положении релаксации нижних конечностей (положение «лягушки»).

При осмотре больного после проведенной процедуры болевые ощущения в паравerteбральном отделе позвоночника уменьшились, симптом блокады к.п.с. отрицательный. Больной отмечает чувство легкости и комфорта в пояснично-крестцово-подвздошной области.

Рекомендовано: исключить в течение трех месяцев поднятие тяжести. В дальнейшем, при необходимости, пользоваться поясом штангиста, и применять функциональный метод поднятия груза. Осмотрен через неделю: жалоб нет, ходит свободно, не скован. Пальпация пояснично-крестцово-подвздошной области безболезненна.

Нередко, болевой синдром в шейном, грудном отделах позвоночника связаны с подвывихами (блокадами) в суставах на том или ином уровне. Но чаще в тех отделах, которые несут наибольшую функциональную нагрузку: в области шейного отдела это: атланта-окципитальное сочленение, ПДС C7-Th1; в грудном отделе -это среднегрудные ПДС; в поясничном -это КПС.

Поэтому мы придаем очень важное значение устранению подвывиха (блокады), как одного из ведущих звеньев в патогенезе болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника и выносим этот принцип лечения на первое место.

На втором месте по значимости мы ставим мышечный гипертонус. Он выступает в начале развития патологического процесса, как защитная реакция организма, направленная на формирование мышечного корсета

для удержания ПДС в состоянии покоя. Но длительное состояние гипертонуса приводит к патологическим изменениям в мышечной ткани (Тревелл Дж. Г. 1989, Левит К.1993). Они сопровождаются формированием триггерных зон (узлы мебиуса и др.), энтезопатий, нейроостеофиброзов. И все это клинически проявляется болевым синдромом. Таким образом, вторым звеном в формировании болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника является гипертонус мышц и его последствия. В такой ситуации релаксация мышц, устраняющая мышечный гипертонус, несет в себе патогномичный лечебный эффект.

На третье место мы ставим обезболивание (медикаментозное), которое позволяет устранить патологический болевой рефлекторный порочный круг, возникающий при подвывихе (блокаде) сустава ПДС, при развитии гипертонуса и его проявлений при формировании мышечного корсета или функциональных контрактур. В формировании патологического болевого рефлекторного порочного круга принимают участие не только блокады (подвывихи) и гипертонус мышц, но и связки, которые в избытке окружают позвонок и ПДС. Это продольная связка (передняя и задняя), межостистые связки и т.д.. Купировать

болевого синдром при вовлечении в болевой процесс связочный аппарат можно двумя путями -- это обезболивание и покой. Таким образом, обезболивание также является патогномичным лечебным процессом при остеохондрозе позвоночника. Четвертое место- это покой (корсет, положение на шите), который обеспечивает пассивное расслабление мышечного гипертонуса, и обеспечивает неподвижность пораженному отделу позвоночника, что очень важно для устранения патологического болевого рефлекторного порочного круга. Заключение. Порядковое распределение факторов патогенеза развитие болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника условно. Каждый из них может быть на первом месте. А в целом они дают толчок к манифестации болевой реакции на фоне остеохондроза позвоночника (ОП). ОП - это сложный патологический процесс, который клинически проявляется прежде всего болевой реакцией. Она является вторичной - т.е. следствием тех дегенеративно-дистрофических процессов, которые произошли в ПДС (межпозвоночный диск, межпозвоночные суставы, связочный аппарат, мышцы, сосуды, нервы). Болевые проявления могут быть связаны и с другими факторами - это сосудистая дискенизия, это и гормональная спондилопатия, анемия и т.д. Однако, это является предметом дифференциального диагноза, который позволит выявить этиологию заболевания (сосудистая, гормональная, опухолевая, инфекционная и т.д.).

И соответственно этому должна быть проведена коррекция лечения. При гормональной патологии гормонотерапия, при онкологии химиотерапия, радиотерапия, при инфекционной -- антибиотикотерапия. Но во всех случаях болевой фактор будет выступать на первое место. И задача врачей и желание пациента - прежде всего избавиться от боли. И предлагаемый нами комплекс лечения болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника может быть применен и при других его заболеваниях.

Основной этап лечебного комплекса:

- 1- Устранение блокады на уровне патологического ПДС;
- 2- Релаксация мышц (пост изометрическая релаксация, релаксирующий массаж);
- 3- Обезболивание (новокаиновые блокады триггерных зон);
- 4- Покой (корсет, пояс штангиста, воротник Шанца, ортезы)

Список литературы

1. Веселовский В.П.: Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. - Рига, 1991.-341с.
2. Иваничев Г.А Миофасциальная боль // Монография. - Казань, 2007-392с.
3. Каралин А.Н Повреждение к.п.с.:Материал Пленума Всесоюзного общества травматологов-ортопедов, Москва, 1968-с.-21.
4. Каралин А.Н – К диагностике закрытых повреждений заднего отдела тазового кольца: Травматология, ортопедия и протезирование. -1968-№12-с.15-17.
5. Левит К. мануальная терапия/ К. Левит, Й. Захсе, В Янде. -москва и медицина, 1993. -510с.
6. Попелянский Я.Ю Вертебральные синдромы поясничного остеохондроза / Я.Ю. Попелянский. Руководство для врачей и студентов.- Казань, Издательство казанского университета, 1974г.-284с.
7. Ситель А.Б. Мануальная медицина./ А. Б. Ситель. – М.:Медицина, 1993.- 120с.
8. Тревелл Дж. Г. Миофасциальные боли / Дж. Г. Тревелл, Д.Г.Симонс.- москва, «МЕДИЦИНА» 1989г. т. 1-2.-255с.-60с.
9. Хабиров Ф.А. Лечебные блокады при болевых, миофасциальных и туннельных синдромах/ Ф.А. Хабиров.- Казань «Медицина», 2008г.-261с.
10. Чеченин А. Г. Опыт применения дифференциальной мануальной терапии патобиомеханических изменений таза или синдрома поясничного остеохондроза / А. Г. Чеченин// Казань. Вертеброневрология. – 1995. - №1-2. – с.59-60

СЕКЦИЯ №41.

ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ И ИСКУССТВЕННЫЕ ОРГАНЫ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.24)

СЕКЦИЯ №42.

УРОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.23)

**СЕКЦИЯ №43.
ФТИЗИАТРИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.16)**

**ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА МОЛОДЫХ БОЛЬНЫХ С
ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

Отпущенникова О.Н., Паролина Л.Е., Разина А.Ю.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, г.Саратов

Введение. Несмотря на последовательное уменьшение общего уровня заболеваемости туберкулезом в России и мире за последнее десятилетие, возрастает значимость лекарственно-устойчивого туберкулеза среди впервые заболевших [2, 6]. При этом показатель заболеваемости туберкулезом остается наиболее актуальным для лиц экономически активного возраста [4], что, в связи с высоким уровнем социальной активности, может способствовать более широкому распространению, в том числе и лекарственно-резистентной инфекции [1, 3].

Исследование спектра первичной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза у лиц молодого возраста позволит оценить уровень микобактериальной агрессии среди них, определить задачи противоэпидемических мероприятий, четкого планирования лекарственного обеспечения данной категории пациентов [7].

Цель исследования: оценить особенности микробиологического статуса пациентов молодого возраста при выявлении у них лекарственно-устойчивого туберкулеза.

Материалы и методы. Проведено проспективное рандомизированное исследование в условиях одного клинического центра – Саратовского областного клинического противотуберкулезного диспансера – в течение 2009-2012 гг. Под наблюдением находились 139 больных, отвечающих критериям: возраст от 18 до 34 лет включительно; впервые выявленный деструктивный туберкулез легких; подтвержденная лекарственная устойчивость возбудителя к любому количеству противотуберкулезных препаратов. Из исследования исключены пациенты с сопутствующей ВИЧ-инфекцией. Средний возраст исследуемых составил $26,5 \pm 4,1$ лет. В структуре форм деструктивного туберкулеза доминировал инфильтративный туберкулез – 85,6% (n=119); второе место, несмотря на молодой возраст пациентов, занял фиброзно-кавернозный туберкулез – 5,8% (n=8); в 3,6% (n=5) случаев регистрировался диссеминированный туберкулез легких; в 2,9% (n=4) случаев – туберкулема; у 2,2% (n=3) больных при выявлении диагностирована казеозная пневмония. При этом активное выявление туберкулеза отмечено только в 48,2% (n=67), что подтверждает актуальность исследования микобактериальной популяции у молодых больных туберкулезом.

Всем больным при выявлении туберкулеза проведено стандартное клиническое, лабораторное, рентгенологическое обследование в соответствии с утвержденными стандартами обследования. Исследование мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ) проводилось методом микроскопии по Цилю-Нильсену и посевом на твердые питательные среды. Чувствительность к противотуберкулезным препаратам (ППП) определяли методом абсолютных концентраций на среде Левенштейна-Йенсена. Активность микобактериальной агрессии оценивалась по критериям: массивным бактериовыделением считалось обнаружение более 10 кислотоустойчивых микобактерий (КУМ) в поле зрения и рост более 100 колоний МБТ при посеве на питательную среду; умеренным – от 1 до 10 КУМ в поле зрения и рост от 21 до 100 колоний МБТ; скудным – выявление 1-99 микобактерий на 100 полей зрения и рост от 1 до 20 колоний.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2007.

Результаты и обсуждение. Анализ массивности бактериовыделения и способа его обнаружения показал высокую эпидемиологическую опасность обследуемых. У значительного числа пациентов МБТ выявлялись микроскопически – 72,7% (n=101) и в большинстве случаев – 71,2% (n=99) – были подтверждены посевом. Только методом посева бактериовыделение выявлено у 27,3% (n=38) больных. При этом обильное бактериовыделение зарегистрировано у 23,0% (n=32) пациентов, умеренное - у 37,4% (n=52), скудное - только у 12,9% (n=18) больных.

Оценка спектра лекарственной устойчивости M. Tuberculosis выявила факт преобладания множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) среди молодых лиц с впервые выявленным лекарственно-устойчивым туберкулезом: 45,3% (n=63), в том числе у 90,5% (n=57) из них резистентность к изониазиду и рифампицину сочеталась с лекарственной устойчивостью (ЛУ) к другим противотуберкулезным препаратам (ППП), среди

которых наиболее часто выявлялась резистентность к стрептомицину – 94,7% (n=54), этамбутолу и канамицину – по 40,4% (n=23), рифабутину – 26,3% (n=15), офлоксацину – 12,3% (n=7).

Не менее тревожащим фактом было выявление у исследуемых пациентов первичной полирезистентности (ЛУ к двум и более ПТП, но не к сочетанию изониазида и рифампицина) – 33,1% (n=46); которая в 73,9% (n=34) была представлена двумя ПТП, в 10,9% (n=5) – тремя ПТП, в 15,2% (n=7) – четырьмя ПТП. Наиболее часто встречающимися комбинациями ЛУ были: стрептомицин+изониазид – 43,5% (n=20), стрептомицин+рифампицин, стрептомицин+изониазид+этамбутол, стрептомицин+рифампицин+этамбутол – по 10,9% (n=5).

Еще у 2,9% (n=4) наблюдаемых лиц была выявлена первичная широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ), что также подтверждает неблагоприятное течение эпидемиологической ситуации в исследуемой возрастной группе.

Монорезистентная ЛУ зарегистрирована в 18,7% (n=26) случаев.

Оценка встречаемости ЛУ к отдельным препаратам (рис.) выявила высокий удельный вес резистентности не только к стрептомицину - 78,4% (n=109), что стало уже повсеместным и общепризнанным явлением, но и к другим основным ПТП – изониазиду: 70,5% (n=98), рифампицину: 61,9% (n=86), этамбутолу 36,7% (n=51) и канамицину 25,2% (n=35).

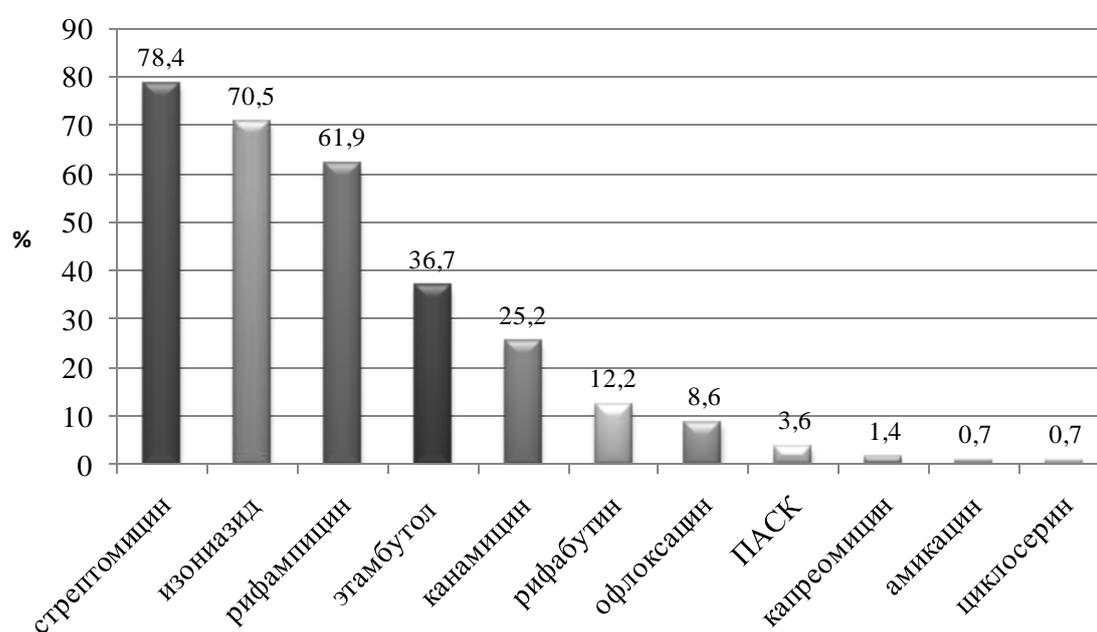


Рис.1. Удельный вес (в %) лекарственной устойчивости к отдельным препаратам у впервые выявленных молодых больных с деструктивным лекарственно-устойчивым туберкулезом.

Заставляет задуматься и наличие первичной ЛУ к офлоксацину, которая достигла уровня 8,6% (n=12) и значительно превышает частоту резистентности к другим резервным ПТП, что требует усиления разъяснительной работы среди специалистов общей лечебной сети и работников аптек о необходимости сохранения фторхинолонов в резерве терапии впервые выявленного туберкулеза.

Выводы. Особенности микробиологического статуса молодых больных с впервые выявленным деструктивным лекарственно-устойчивым туберкулезом являются:

- обильное и умеренное бактериовыделение (87,1%);
- значительный удельный вес множественной (45,3%) и полирезистентной (33,1%) лекарственной устойчивости;
- высокая частота первичной лекарственной устойчивости к основным противотуберкулезным препаратам: стрептомицину (78,4%), изониазиду (70,5%) и рифампицину (61,9%);
- появление случаев первичной широкой лекарственной резистентности (2,9%);
- первичная устойчивость к офлоксацину составляет 8,6%.

Выявленные особенности микобактериального статуса молодых пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом должны учитываться как при проведении противоэпидемических мероприятий, так и при планировании химиотерапии.

Список литературы

1. Белобородова Н.Г., Козлова А.В., Мишин В.Ю. Туберкулез у лиц молодого возраста в период напряженной эпидемиологической ситуации // Материалы VII Российской съезда фтизиатров. М., 2003, С. 6-7.
2. Васильева И.А., Эргешов А.Э., Самойлова А.Г. и др. Отдаленные результаты применения стандартных режимов химиотерапии у больных туберкулезом органов дыхания // Туберкулез и болезни легких. 2012. № 4. С. 3-8.
3. Докторова Н.П. Клинико-экономическая эффективность лечения молодых больных инфильтративных деструктивным туберкулезом легких с разной степенью социальной адаптации: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 27 с.
4. Туберкулез в Российской Федерации 2011 г. аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и мире. М., 2013. 280 с.
5. Худушина Т.А., Волошина Е.П. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза у впервые выявленных больных туберкулезом легких // Пробл. туберкулеза и болезней легких. 2005. № 12. С. 37-39.
6. Global tuberculosis report 2013 //WHO, 2013, 306 p.
7. Yew W.W. Management of multi drug-resistant tuberculosis: chemotherapy and beyond // Clin. Pulm. Med. — 2001. — V.8, N.5. — P. 265–272.

СЕКЦИЯ №44.

ХИРУРГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.17)

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Карпушкина П.И., Пигачев А.В., Чапаев Н.А., Бякин С.П.

ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, г.Саранск

Актуальность проблемы. Несмотря на то, что в диагностике и лечении хирургических гнойных осложнений сахарного диабета (СД) достигнуты значительные успехи, но некоторые вопросы остаются нерешенными. Давно отмечена взаимосвязь атеросклероза и СД [1]. Обструктивные поражения периферических артерий у пациентов с СД встречаются в 4 раза чаще, чем у лиц, не страдающих диабетом [2]. Исходом этой патологии является развитие некротических изменений на стопах, которые нередко приводят к выполнению высоких ампутаций нижних конечностей, резко нарушающих качество жизни пациентов. Включается «синдром взаимного отягощения», когда нарушенный углеводный обмен увеличивает зону некроза, а некроз поддерживает нарушения в углеводном обмене [3].

В своем исследовании мы поставили целью выявить частоту атеросклеротических изменений сосудов у больных синдромом диабетической стопы, определить особенности диагностики с подобными сочетанными поражениями в условиях гнойного хирургического отделения для выбора адекватной тактики ведения пациента.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач нами было обследовано 105 пациентов с различными гнойно-некротическими формами диабетической стопы. Продолжительность СД составляло до 5 лет у 21 (20%) пациента. В этой группе были пациенты с впервые выявленным СД. От 5 до 15 лет – у 35 пациентов (33,3%), более 15 лет у 49 пациентов (46,6%). В возрасте до 40 лет было 5 пациентов (5,3%), от 40 до 50 лет у 21 пациента (19,7%), от 50 и старше у 79 пациентов (80%). Среди них 70 пациентов составили женщины (66,6%), 35 мужчины (33,3%). В возрастных группах старше 60 лет отмечено увеличение числа больных лиц женского пола. При обследовании больных СД тяжелой степени был выявлен у 63 больных (56,3%), СД средней степени тяжести у 36 (38,2%) больных, СД легкой степени у 11 (10,5%). У подавляющего большинства больных СД был в стадии декомпенсации. Клиническое ангиологическое обследование пациента включало сбор анамнеза (боли в нижних конечностях, их характер, связь с физическими нагрузками), осмотр кожных покровов нижних конечностей с оценкой их цвета, наличие трофических нарушений (гиперкератоз, язва), измерение кожной температуры, пальпацию магистральных артерий, аускультацию крупных артериальных стволов, проведение функциональных проб. Инструментальные методы диагностики были представлены ультразвуковой доплерографией артерий нижних конечностей и цветным доплеровским картированием артерий (ЦДК). Оценивали

состояние липидного статуса по стандартным методикам. Группу сравнения составили 30 больных с аналогичными поражениями сосудов нижних конечностей, сопоставимые по полу, возрасту и не страдающие сахарным диабетом. Степень достоверности различия показателей определяли по t-критерию Стьюдента. Достоверно значимыми считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение. При визуальной оценке стоп у больных с поражениями артериального русла выявлялась их бледная окраска, отсутствие волосяного покрова, тусклые утолщенные ногтевые пластинки, гиперкератоз подошвенных поверхностей стоп. Была обнаружена гипотрофия мышц голеней, бедер, язвенно-некротические изменения в пяточной области, на тыле стопы, пальцах. При наличии влажной гангрены стопы определялся ишемический отек голени. Местная температура кожи стоп, голеней, бедер по сравнению с другими частями тела отличалась на $1,0-1,5^{\circ}\text{C}$. Она отражала степень артериальной недостаточности конечностей. А при диабетической полинейропатии стопы были теплые, кожа стоп сухая, волосяной покров голеней сохранен. Возможным было появление ноющих жгучих болей, особенно в ночное время; онемение, парестезии, судороги в икроножных мышцах, уменьшающиеся или полностью исчезающие при ходьбе. Характер болей не менялся при опускании нижней конечности с края постели. Нарушения артериального кровообращения на нижних конечностях выявляли методом пальпации артериального пульса на бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы, задней большеберцовой артерии. Методом аускультации определяли наличие стено тических шумов над артериями. Точки выслушивания магистральных артерий совпадали с точками пальпации пульса. Проводили функциональные пробы Опеля, Панченко, Ленъель-Ловастина. Степень недостаточности артериального кровообращения конечностей определяли по классификации Фонтейна-Лериша-Покровского: 1 – стадия - бессимптомное атеросклеротическое поражение артерий, выявляемое только при инструментальном исследовании. Оно было обнаружено у 14 (13,3%) больных преимущественно молодого возраста; 2 стадия - артериальная недостаточность, возникающая при функциональной нагрузке (перемежающая хромота): 2а стадия - боли при ходьбе на расстоянии более 100 метров была обнаружена у 20 больных (19%); 2б стадия - боли при ходьбе на расстояние менее 100 метров обнаружена у 56 больных (53,3%); 3 стадия - артериальная недостаточность в покое (ишемия покоя) – обнаружена у 6 больных (5,7%); 4 стадия – трофические нарушения, некроз тканей обнаружены у 9 больных (8,5%). Обязательной в диагностике поражения артерий нижних конечностей при сахарном диабете являлась ультразвуковая доплерография, основанная на эффекте Допплера. Она заключалась в регистрации через кожные датчики пучка ультразвуковых колебаний, отраженных от поверхности движущейся в сосуде крови. Исследование проводилось на доступных артериях: подвздошной, бедренной, подколенной, передней и задней большеберцовых артерий тыла стопы. При исследовании наблюдался различный характер кровотока в артериях: магистральный, измененный магистральный, коллатеральный, низкий коллатеральный. Также определялся сегмент поражения: аорто-подвздошный, бедренно-подколенный или голеностопный. Изучались количественные параметры кровотока: линейная скорость кровотока на определенном сегменте артерии (см/сек); измерение регионарного артериального давления в мм. рт. ст.; расчет лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ). Пульсовая волна периферического артериального кровотока графически отражалась тремя составляющими: 1 – наибольшим отклонением в систоле, обусловленным прямым кровотоком; 2 – обратным кровотоком в ранней диастоле, связанным с артериальным рефлюксом; 3 – отклонением в поздней диастоле, вызванным кровотоком вперед, за счет эластической отдачи сосуда. Для нормальной ультразвуковой кривой были характерны: крутой подъем и спуск, острая вершина первой компоненты, выраженный обратный кровоток. По мере прогрессирования стеноза изменялась форма пульсовой волны. Исчезала составляющая обратного кровотока, притуплялся пик скорости, увеличивалось время подъема и спада скорости кровотока. При поражении в аорто-подвздошной зоне менялись кривые скорости кровотока на всех артериях обеих конечностей. При окклюзии в бедренно-подколенном сегменте изменения отмечались только в дистальных отделах. Лодыжечно-плечевой индекс позволял оценить тяжесть окклюзионного поражения артерий без уточнения локализации стеноза. Гемодинамически значимым считался индекс ниже 0,8. Он достоверно снижался уже в начальных стадиях расстройства периферического кровообращения и у многих пациентов совпадал с выраженностью перемежающейся хромоты. А в некоторых случаях высокие значения этого показателя были связаны с медиокальцинозом артериальной стенки (симптом Менкенберга).

При посегментарном определении артериального давления на разных уровнях конечности (верхняя треть бедра, над коленом, ниже колена, на уровне лодыжки) – падение давления более, чем на 20 мм. рт. ст. между двумя сегментами означало окклюзионное поражение в соответствующем сегменте. Нами было выявлено, что эти изменения обнаруживались у 67,4% обследованных больных и отражали признаки нарушения периферического кровообращения без четкой субъективной симптоматики. Это диктует о необходимости инструментального изучения кровотока у данной категории больных, начиная с амбулаторного этапа и назначения соответствующей сосудистой терапии (совместно с ангиохирургом). У обследованных больных при поступлении в отделение было

выявлено повышение уровня общего холестерина в среднем до $7,43 \pm 0,56$ ммоль/л ($p < 0,05$), которое было выше, чем в группе сравнения. Триглицериды составили $1,97 \pm 0,06$ ммоль/л и тоже были выше группы сравнения. Липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) в основной группе были выше в 3,5 раза и составили $1,7 \pm 0,034$; липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) - $1,46 \pm 0,07$ ($p < 0,05$). Эти показатели свидетельствовали о глубоких нарушениях липидного обмена и коррелировали со степенью тяжести сосудистых поражений.

Выводы. Основываясь на полученных данных, мы убедились в том, что у всех пациентов с синдромом диабетической стопы имеются те или иные признаки атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей. Поэтому необходимо проведение объективных и инструментальных методов диагностики у этой категории больных, уже начиная с этапа поликлинического обслуживания, до появления трофических нарушений мягких тканей стоп. Также необходимо изучение липидного спектра крови с целью раннего выявления этих расстройств и их коррекции.

Список литературы

1. Дедов И. И. Диабетическая стопа. / И. И. Дедов, О. В. Удовиченко, Г. Р. Галстян // М. : Практическая медицина, 2005. – 197 с.
2. Кривошеков Е. П. Сравнительная характеристика состояния сосудов нижних конечностей при диабетической и атеросклеротической гангрене. / Е. П. Кривошеков, А. А. Боклин [и др.]. // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. Т. 6, 2007. – С. 84–86.
3. Пиксин И. Н. Лечение гнойно-деструктивных поражений нижних конечностей больных сахарным диабетом. / И. Н. Пиксин, С. П. Бякин, А. В. Пигачев, П. И. Карпушкина, Е. А. Шамрова, Е. В. Дунилина // Вестник ЮУрГУ, Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура. – Челябинск, 2010. – №24 (200). – С. 64–66.

ЗНАЧЕНИЕ ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Федоров В.Э., Барсуков В.Ю., Чебуркаева М.Ю.

Саратовский государственный медицинский университет, г.Саратов

В структуре всех онкологических заболеваний женщин рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место и составляет 19,3-20,1%. Ежегодно в мире выявляют около одного миллиона новых больных [4].

По мнению многих авторов [12,14] возраст являлся важнейшим фактором риска развития таких злокачественных новообразований. Пик заболеваемости РМЖ наблюдается в интервале от 40 до 60 лет, то есть, в период менопаузы, когда снижается продукция гормонов яичников. После 40 лет заболевают 85% всех больных РМЖ, что связано с гормональными изменениями, обусловленными предклимактерическими и климактерическими изменениями [11].

У молодых женщин РМЖ в большем проценте случаев имеется предрасположенность к гормональному канцерогенезу и чаще возникает стремительное развитие заболевания [5]. Отечная форма РМЖ встречается у 1-5% больных и наблюдается чаще в молодом возрасте и характеризуется агрессивным течением заболевания с быстрым регионарным и отдаленным метастазированием [10]. Наследственная форма также часто встречается у молодых женщин репродуктивного возраста, особенно при наличии в семье родственников, больных РМЖ, значительно повышает риск развития заболевания [2]. В молодом возрасте чаще встречается трижды негативный рак молочной железы составляет 15-20% от всех опухолей РМЖ и характеризуется агрессивным течением и плохим прогнозом с точки зрения показателей выживаемости [3, 8].

В репродуктивном возрасте раннее менархе, отягощенный гинекологический анамнез, прогестерон-дефицитные состояния являются основными факторами риска развития РМЖ. В данный период фактором риска становятся также заболевания щитовидной железы. У женщин с тиреоидной патологией нарушения гормонального статуса приводят к развитию дисгормональных гиперплазий в молочной железе [6].

В постменопаузе основную роль играют другие факторы: ожирение, инсулинорезистентность, сахарный диабет 2 типа [7]. Избыточный вес – один из факторов риска развития РМЖ, т.к. в жировой ткани в репродуктивном и менопаузальном периоде продуцируются эстрогены, дисбаланс которых увеличивает риск развития РМЖ [13]. Ожирение практически всегда сочетается с диабетом и артериальной гипертензией и это увеличивает риск развития РМЖ в 2,2 раза [9]. Частота возникновения гормонозависимых опухолей у женщин до 30 лет в десятки раз ниже, чем после 50 лет [1].

Таким образом, для повышения эффективности активного поиска РМЖ необходимо пристальное внимание уделять изучению возрастных особенностей и сочетанию факторов риска у таких больных. Именно эти вопросы и остаются предметом дискуссии до настоящего времени.

Цель работы: изучить основные факторы риска возникновения РМЖ в различных возрастных группах.

Задачи: 1) анализ клинических и анамнестических данных больных РМЖ, поступивших в онкологическое отделение для хирургического лечения.

2) дифференцировка факторов риска РМЖ в зависимости от стадии и возраста.

Материалы и методы

На кафедре факультетской хирургии и онкологии Саратовского государственного медицинского университета, базирующейся в отделении онкологии дорожной клинической больницы г. Саратова за период 2011 по 2013 год проведен ретроспективный анализ историй болезней 200 больных раком молочной железы (РМЖ). Возраст пациенток был разнообразным. Он колебался от 32 до 86 лет, средний возраст составил 55,3 года.

У 135 больных (67,5%) наблюдалось наличие двух и более сопутствующих заболеваний. Болезни системы кровообращения являлись преобладающей сопутствующей патологией в группах от 40 до 70 лет и старше. Перенесших роды было 179 (89,5%). Одни роды были у 132 (66%), двое родов – у 43 (21,5%), трое – у 4 (2%). В анамнезе у 103 (51,5%) женщин были аборты. Выкидыши отмечены у 2 женщин (1%). Роды старше 30 лет – у 15 женщин (7,5%). Онкологический анамнез был отягощен у 5 (2,5%) женщин. Онкологические заболевания у матери – в 3 случаях, у бабушки -1, у сестры -1, что в целом составило 2,5%.

Дискуссия. При анализе полученных данных обращало на себя внимание то, что за эти последние три года отмечается отчетливый рост числа поступивших больных. В 2011 году поступило 40 больных РМЖ, в 2012г. – 69 больных, в 2013 г.- 91 пациентка с данной патологией. Анализируя возрастные изменения у больных РМЖ, отмечено, что чаще заболеваемость наблюдалась у женщин в возрастной группе от 41 до 69 лет: 153 больных. Наибольшую часть составили больные в возрастной группе от 50-59 лет - 68 (34%) женщин, то есть, в постменопаузальный период. В возрастную группу от 31-40 лет вошли 16 (8%) женщин, в возрастной группе старше 70 лет - 31 (15,5%) человек.

Из анамнеза репродуктивной функции обследуемых женщин, установлено, что у 56 женщин (28%) менструация наступила до 13 лет. У 11 женщин (5,5%) отмечено более позднее наступление менструации (после 16 лет). У 133 женщин (66,5%) менструация пришла вовремя. У 15 женщин (7,5%) месячные были нерегулярными или имелись сбои, сопровождающиеся предменструальным синдромом, то есть гинекологический анамнез был неблагоприятным.

Ожирение и сахарный диабет встречались реже и наиболее часто - в возрастной группе от 50-60 лет (15%), что соответствовало периоду менопаузы. В более молодом возрасте на первое место выступали сопутствующие эндокринные и гинекологические заболевания такие, как заболевания щитовидной железы – 5 женщин (2,5%), доброкачественные опухоли яичников – 6 женщин (3%), воспалительные заболевания матки, придатков и влагалища – 2 женщины (1%), отягощенный онкологический анамнез – 5 женщин (2,5%).

Все рассматриваемые нами больные подлежали оперативному вмешательству, неоперабельные больные в группу исследования не входили.

Все больные были разделены на четыре группы по системе TNM. В группу больных с I стадией заболевания входили 42 (21%), со II стадией – 110 (55%), с III стадией – 32 (16%) и IV стадией заболевания – 16 (8%) женщин.

Объем операции зависел от размера, локализации опухоли, ее гистотипа, возраста пациенток. Наиболее частым вмешательством была мастэктомия Маддена (68%) и мастэктомия по Холстеду – 4 больным РМЖ (2%). Квadrантэктомию с лимфодиссекцией была выполнена 58 больным (30%). Органосохраняющие операции выполнялись в основном у больных I и II стадией РМЖ (57,1% и 38,9%) в возрастной группе после 50 лет

Выводы: 1. Пик заболеваемости РМЖ наблюдается в интервале от 41-69 лет, что связано с ростом числа факторов риска.

2. В молодом возрасте чаще встречаются редкие формы РМЖ, характеризующиеся агрессивным течением заболевания с быстрым регионарным и отдаленным метастазированием и требующие индивидуальных подходов к терапии.

3. Относительным противопоказанием к органосохраняющим операциям является молодой возраст, т.к. он является важным критерием прогноза развития местного рецидива РМЖ.

Список литературы

1. Алиев Д.А., Ватанха С.С. Возрастно-половые аспекты рака молочной железы в Азербайджане // Сибирский онкологический журнал. – 2012. - № 2 (50). – С. 65-67.

2. Бит-Сава Е.М., Белогурова М.Б. Наследственный рак молочной железы // Сибирский онкологический журнал. – 2013. - № 1 (55). - С. 75-81.
3. Будик Ю.А., Крохина О.В., Соболевский В.А., Любченко Л.Н. Генетически обусловленный рак молочной железы: особенности, хирургическая профилактика // Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. – 2012. – Т.23, № 2. – С. 14-19.
4. Дружков О.Б., Гатауллин И.Г., Дружков М.О. Динамика иммунофенотипа рака молочной железы // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 93. - № 5. – С. 731-734.
5. Кит О.И., Франциянц Е.М., Бандовкина В.А., Шатова Ю.С., Комарова Е.Ф., Верескунова М.И., Кучкина Л.П. Уровень половых гормонов и пролактина в ткани злокачественных опухолей молочной железы у больных разного возраста // Фундаментальные исследования. - 2013. - № 7 (часть 3). – С. 560-564.
6. Кравец Е.Б., Слонимская Е.М., Столярова В.А., Трынченкова Н.Н. Роль тиреоидной патологии в развитии дисгормональных заболеваний молочной железы // Бюллетень сибирской медицины. – 2005. - № 4. – С. 84-91.
7. Леднева Е.В., Балаболкин М.И., Андреева Е.Н. Сахарный диабет типа 2 и ожирение как фактор высокого риска развития рака молочной железы // Журн. Сахарный диабет. – 2003. - № 4. – С. 46-49.
8. Любченко Л.Н., Батенева Е.И., Абрамов И.С., Емельянова М.А., Будик Ю.А., Тюляндина А.С., Крохина О.В., Воротников И.К., Соболевский В.А., Наседкина Т.В., Портной С.М. Наследственный рак молочной железы и яичников // Журнал «Злокачественные опухоли». – 2013. - № 2. – С. 53-61.
9. Писарева Л.Ф., Мельник А.А., Одинцова И.Н, Мартынова Н.А. Рак репродуктивных органов: эпидемиология, факторы риска // Сибирский онкологический журнал. – 2003. - № 1. – С. 56-71.
10. Пак Д.Д., Сарибекян Э.К., Ермощенко М.В. Конституциональные особенности больных узловой и отечной формой рака молочной железы // Сибирский онкологический журнал. – 2011. - № 4. – С. 15-19.
11. Чеснокова Н.П., Барсуков В.Ю., Плохов В.Н. Факторы риска развития рака молочной железы // Фундаментальные исследования. – 2008. - № 1. – С. 30-36.
12. Alghamdi I.G., Hussain I.I., Alghamdi M.S., El-Sheemy M.A. The incidence rate of female breast cancer in Saudi Arabia: an observational descriptive epidemiological analysis of data from Saudi Cancer Registry 2001-2008 // Breast cancer: Targets and Therapy. – 2013. – Vol.5. – P. 103-109.
13. Azrad M., Demark-Wahnefried W. // Curr. Nutr. Rep. – 2014. - № 3. – С. 9-15.
14. Nadia Srur-Rivero and Mayra Cartin-Brenes. Breast Cancer Characteristics and Survival in a Hispanic Population of Costa Rica // Breast cancer (Auckl). – 2014. - № 8. – P. 103-108.

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Мостовая Л.И.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) встречаются примерно у 2-3 % населения. Несмотря на успехи современной ангиологии, высок процент осложнений, приводящих к ампутации. Диагноз облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей зачастую выставляется поздно, уже после наступления критической ишемии нижних конечностей. Важным компонентом является недоучет или игнорирование факторов риска развития ХОЗАНК – курение, высокие показатели артериального давления, высокий уровень холестерина [2]. Табакокурение повышает риск развития заболевания в 3 раза, наличие сахарного диабета – в 2–4 раза, артериальной гипертензии – в 2,5 раза, хронических воспалительных процессов – в 2 раза. Мужчины заболевают ХОЗАНК в среднем в 1,5 раза чаще, чем женщины [3].

А.В. Петуховым было проведено исследование качества жизни пациентов с ХОЗАНК. Согласно полученным данным, среди пациентов, перенесших различные методы лечения (шунтирование, васкуляризация), хорошее качество жизни определяется у 0-3 %, удовлетворительное качество жизни выявлено у 45-64 %, неудовлетворительное качество жизни определено у 36-52 % пациентов [4]. Полученные результаты говорят о том, что только хирургическое лечение временно улучшает физическое состояние пациента, но не позволяет добиться хорошего качества жизни по причине отсутствия комплексного подхода, игнорирования социальной и психологической составляющих заболевания.

Медико-социальная значимость проблемы ХОЗАНК определяется как частотой заболевания и тяжестью его последствий, так и частотой инвалидизации пациентов трудоспособного возраста. Психологический аспект проблемы касается формирования приверженности лечению и правильного образа жизни на всех этапах консервативного и хирургического лечения, а также формирования адекватного отношения к заболеванию без недооценки его тяжести и возможных негативных последствий.

Впервые внимание к необходимости психологического сопровождения пациентов с ХОЗАНК привлек профессор Е.П. Кривошеков [1]. Комплексный медико-социально-психологический подход к лечению и послеоперационной реабилитации пациентов с сосудистыми заболеваниями нижних конечностей, активное вовлечение личности пациента в лечебно-восстановительный процесс является важным условием его успешности и длительности сохранения результатов терапии. Психологическое сопровождение является составной частью комплексной системы лечебно-реабилитационных мероприятий.

Психологическая поддержка в рамках комплексного лечения дает пациенту возможность получить информацию о различных аспектах заболевания, снижая тем самым беспокойство, тревогу и эмоциональное напряжение и повышая сознательное активное участие пациента в терапии. Программы психологического сопровождения направлены на коррекцию отношения к болезни, формирование комплаентности (приверженности лечению) пациентов, сохранение качества жизни в условиях соблюдения лечебного режима. Психологическое сопровождение включает систему диагностики проблем и потребностей пациента и разработку индивидуальной программы психологической помощи.

Исследование социально-психологических особенностей пациентов с ХОЗАНК было проведено нами на базе отделения сосудистой хирургии Клиник СамГМУ в 2011-2012 году. Клиническую группу составили 40 мужчин в возрасте 50-60 лет, находящихся на предоперационном обследовании. Выбор обследуемых мужского пола был обусловлен двумя моментами: во-первых, мужчины страдают данным заболеванием в 1,5 раза чаще, чем женщины, а во-вторых, мужчины испытывают большие трудности с соблюдением режима лечения и рекомендаций врача. Контрольную группу составили 20 условно здоровых мужчин аналогичного возраста.

Психологическое исследование включало в себя беседу, анкетирование для определения типа курительного поведения и психологическую диагностику типа отношения к болезни (ТООБ, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев), типа и направленности фрустрационных реакций (Тест рисуночной фрустрации С. Розенцвейга), стратегий совладающего поведения (Копинг-тест Р.Лазаруса, С.Фолкмана). Проверка значимости различий осуществлялась при помощи U-критерия Манна-Уитни в программе SPSS 17,0.

В беседе было выявлено, что 100 % обследуемых мужчин страдало никотиновой зависимостью более 20 лет. После постановки диагноза только 22,5 % бросили курить, все остальные пациенты курят по настоящий момент, в лучшем случае снизив количество выкуриваемых сигарет до 2-5 в день. Согласились с важностью прекращения курения 85 % обследуемых, 15 % не считают, что курение способно ухудшить течение заболевания, привести к осложнениям. 27,5 % мужчин отметили, что в связи с заболеванием изменили привычную диету, снизив количество жиров, 72,5 % продолжают употреблять чрезмерное количество жиров или углеводов, не следят за весом, не контролируют сахар крови. Регулярное повышение артериального давления отмечает 92,5 % обследуемых, но немногим более половины из них систематически принимает препараты, регулирующие давление. Также опрос показал, что приверженность лечению недостаточно сформирована у большинства обследуемых, что может выражаться в недоверии врачу, несоблюдении схемы лечения, несистематических посещениях лечебного учреждения и сдаче анализов, игнорировании рекомендаций врача по поводу питания, курения, веса, образа жизни.

По результатам анкетирования, в клинической группе преобладающими типами курительного поведения являются «стимуляция» (40 %) и «поддержка» (32,5 %). Преобладание подобных типов указывает на то, что курящий верит, что сигарета обладает стимулирующим действием, взбадривает, снимает усталость. Также курение связано с ситуациями волнения, эмоционального напряжения, дискомфорта.

Преобладающим типом отношения к болезни в клинической группе является эргопатический, он выявлен у 45 %. Им характерно сверхответственное, стеничное отношение к работе. Избирательное отношение к обследованию и лечению обусловлено стремлением продолжать работу, несмотря на тяжесть заболевания, желанием сохранить профессиональный статус. У 25 % диагностирован сенситивный тип отношения к болезни. Этих людей характеризует ранимость, озабоченность неблагоприятным впечатлением, которое может произвести на окружающих их болезнь. Они боятся стать обузой для близких.

Результаты исследования фрустрационной толерантности показали повышение удельного веса препятственно-доминантных реакций (N-P) за счет показателя импунитивных реакций (M). В ситуации фрустрации пациенты с ХОЗАНК склонны к фиксации на препятствии, к удовлетворению ситуативно возникающих потребностей в форме отрицания значимости препятствия. Также у пациентов значительно снижен

средний показатель эго-защитных реакций (E-D) за счет снижения экстрапунитивных реакций (E). Это свидетельствует об отказе от агрессии, менее осознанном переживании эмоций тревоги и страха, чем у обследуемых контрольной группы.

Анализ стратегий совладающего поведения показал, что у пациентов с ХОЗАНК преобладающими копинг-стратегиями преобладают бегство-избегание и дистанцирование. Преобладание этих стратегий указывает на то, что пациенты склонны преодолевать негативные переживания реагированием по типу уклонения: отрицание проблемы, фантазирование, неоправданные ожидания, отвлечение. Показатель стратегии самоконтроля и положительной переоценки значимо ниже в клинической группе, чем в экспериментальной.

Таким образом, у пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями нижних конечностей отмечается низкая комплаентность, преобладают неэффективные способы совладания со стрессом и типы отношения к болезни, не способствующие эффективному лечению. Это делает актуальной проблему разработки программы психологического сопровождения пациентов с ХОЗАНК.

В Программе психологического сопровождения пациентов с ХОЗАНК можно выделить несколько блоков:

I. Психодиагностический блок (беседа, анкетирование, тестирование). Цель блока: выявление проблемных сфер, нуждающихся в психологическом вмешательстве, помощи.

II. Информационный блок (беседа, лекция). Цель блока: информирование пациентов о заболевании, его причинах, предрасполагающих факторах, условиях эффективного лечения; формирование отношения к заболеванию, адекватного его тяжести.

III. Работа с зависимостями (никотиновой, пищевой). Цель блока: формирование правильного поведения, способствующего улучшению физического здоровья пациентов.

IV. Работа с эмоциональной сферой. Цель блока: повышение стрессоустойчивости, формирование эффективных стратегий совладающего поведения.

V. Привлечение семьи. Цель блока: создание группы эмоциональной поддержки, вовлечение семьи в организацию здорового образа жизни пациента.

Реализация программы психологического сопровождения должна осуществляться на всем протяжении лечения, на различных его этапах. Для этого должна существовать преемственность между стационаром и поликлиникой, которая позволит продолжать работу с пациентами и после их выписки.

За время нахождения пациентов в стационаре мы реализовали три блока Программы психологического сопровождения: психодиагностический, информационный, работа с табачной зависимостью. Результаты психологической диагностики были представлены выше. В информационном блоке с каждым пациентом была проведена беседа о заболевании, выявлены «белые пятна» и неправильные представления пациентов о своей болезни, актуализирована необходимость поддержания здорового образа жизни, коррекции питания, веса. Пациентам были предоставлены памятки с краткой информацией о болезни, основными рекомендациями.

Работа с табачной зависимостью осуществлялась по рекомендациям ВОЗ - принцип «5 А» [5]:

1. «Ask» («Спросить») - оценка статуса и мотивации курения.
2. «Advise» («Рекомендовать») – рекомендация отказа от курения при каждой беседе с врачом.
3. «Assess» («Оценить») - оценка мотивации пациента к отказу от курения.
4. «Assist» («Помочь») - предоставление курильщику четких рекомендаций по прекращению курения; консультация нарколога с назначением средств медикаментозной поддержки.
5. «Arrange» («Организовать») - составление графика регулярных визитов пациента к доктору.

При выписке пациентов с каждым была проведена заключительная беседа, в которой им предлагалось посещать еженедельные групповые занятия по закреплению достигнутых результатов и реализации оставшихся блоков Программы психологического сопровождения. Из 40 обследованных пациентов 12 человек после выписки посещали эти занятия еще от 2 до 5 раз, но прекратили посещение после возвращения к работе.

Таким образом, у мужчин с ХОЗАНК в возрасте 50-60 лет наблюдается низкая приверженность лечению (комплаентность), типы отношения к болезни, не способствующие успешности лечения, низкая стрессоустойчивость и несформированность эффективных копинг-стратегий поведения, неправильный образ жизни. Все перечисленное, а также низкая мотивация к изменению привычного поведения и высокая вероятность инвалидизации говорит о необходимости реализации Программы психологического сопровождения пациентов с ХОЗАНК.

Список литературы

1. Кривошеков, Е.П. Психотерапевтическая реабилитация больных с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей / Е.П. Кривошеков, И.А. Немченко, Л.И. Мостовая // http://www.angiologia.ru/specialist/journal_angiologia/002_2010/170/

2. Низамов, Ф.Х. Анализ причин малой эффективности амбулаторного лечения хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей / Ф.Х. Низамов, Е.В. Иванов, А.А. Речкалов // Уральский медицинский журнал. – 2006. - № 9. – С.75-76.
3. Оболенский, В.Н. Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей - диагностика и тактика лечения / В.Н. Оболенский, Д.В. Яншин, Г.А. Исаев, А.А. Плотников // Русский медицинский журнал. – 2010. - №17. – С. 1049-1054.
4. Петухов, А.В. Качество жизни больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, перенесших различные виды оперативных вмешательств / А.В. Петухов // Вестник ВГМУ. – 2009. - Том 8, № 4. – С.1-12.
5. Суховская, О.А. Помощь при отказе от курения / О.А. Суховская // Доктор.ру. – 2010. - №6 (57). – С.41-44.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ В УСЛОВИЯХ ЯКУТИИ

Тяптиргянова Т.М.

Медицинский институт СВФУ им. М.К. Аммосова, г.Якутск

Целью исследования является выявление клинических особенностей язвенной болезни у коренного и некоренного населения Якутии, перенесших холецистэктомию.

Клиническая картина язвенной болезни 12-перстной кишки на фоне распространенных заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ) имеет стертый характер и только тщательный, целенаправленный расспрос, критическое осмысление жалоб, обследование соседних органов и систем достоверно дает возможность предположить наличие этого нередкого заболевания. Целенаправленное обследование 294 больных с язвенной болезнью на фоне камненосительства или перенесших холецистэктомию позволило определить дифференцированную тактику лечения у лиц коренного и некоренного населения Крайнего Севера.

Ключевые слова: гепатопанкреатобилиарная зона, язвенная болезнь, холелитиаз, клиника, коренные, диспептический синдром, хеликобактеры.

Введение. По мнению ряда исследователей желчекаменная болезнь и язвенная болезнь, конкурируя между собой по частоте, приобретают значение социальной проблемы [1-5, 7, 9].

Желчекаменная болезнь и язвенная болезнь в настоящее время являются не только конкурирующими, но и часто сочетаются между собой. Так по данным некоторых авторов сочетание холелитиаза и язвенной болезни составляет от 2 до 15% [6, 8, 10].

Материал и методы. Обследовано 294 больных с язвенной болезнью ДПК, коренных – 81, некоренных – 213. Мужчин – 222, женщин – 72, соотношение 3:1. Наибольшее количество больных в возрасте от 21-40 лет – 117 человек (39,8%) и 41-60 лет – 99 человек.

Результаты и обсуждение. Длительность заболевания до 5 лет у коренных составляет 51,8%, у некоренных свыше 5 лет - 73,2%. Среди факторов, провоцирующих обострение ЯБ выделяются: нарушение режима питания – 56,3% и 34,6% соответственно, нервно-эмоциональные перегрузки 81,2% и 44,4%. Алкоголь явился причиной заболевания у коренных лиц в 5,4%, у некоренных – в 7,9%. Хеликобактеры были обнаружены у 62,8% больных язвой желудка, у 78,6% больных язвой 12-перстной кишки и почти у всех больных язвенной болезнью сочетанной локализации [10].

54,5% больных предъявляли характерные для ЯБ жалобы, причем 56,3% некоренные и 34,6% коренные - связывали их с погрешностью в диете, 81,2% и 44,4% соответственно. В зависимости от давности заболевания характер болевых ощущений изменялся: увеличивалось количество больных, страдавших от тупых, ноющих болей (44% у некоренных и 49,4% у коренных). Нарастало чувство тяжести или распирания в подложечной области (51,6% у некоренных и 64,2% у коренных). «Голодные» боли в подложечной области были самыми частыми (51,6% у некоренных и 20,92% у коренных) по характеру, что, впрочем, характерно для ЯБ ДПК. Причем, у большинства некоренных больных боли успокаивались после приема Альмагеля. Иррадиация болей отмечалась достаточно редко, при этом боли у коренных чаще иррадиировали под правую лопатку – 14,8%. Из диспептических жалоб наиболее беспокоившими были тошнота (62,4% у некоренных и 14,8% у коренных) и изжога (65,4% у коренных и 24,9% у некоренных) (Рисунок 1). Несколько реже отмечалась рвота и тошнота у коренных. Если тошнота и рвота уменьшались в зависимости от давности заболевания, то изжога и отрыжка

присутствовали постоянно в 65,4% и 38,3% случаев у коренных и 24,9% и 7% у некоренных. Обложенность языка встречалась часто, хотя данный симптом и не является патологономичным для ЯБ. Сезонный характер обострений ЯБ в условиях Крайнего Севера распределяется следующим образом: у коренных (зимне-весенний период): зима – 32%, весна – 32%, лето – 20%, осень – 16%; у некоренных (весенне-летний период): зима – 5,5%, весна – 45,2%, лето – 27,4%, осень – 21,9%.

У некоренных ежегодные рецидивы (один раз в год) отмечены у 21,2% больных, два раз в год у 74,3%, более 3-х раз в год – у 7,6% больных. Среди коренных жителей Севера рецидивы болезни в большинстве случаев не превышали двух раз в год. В процессе обследования больных с язвенной болезнью выявляется патология других органов ГПБ и ГДЗ. Так, наличие желчекаменной болезни у коренных больных – в 28% случаев, причем холецистэктомии перенесли – 18% больных. У некоренных – ЖКБ обнаружена в 6,4%, холецистэктомии перенесли 64,1% больных. Хронический панкреатит – 46% и 9,5% случаев соответственно. Гепатит среди больных с ЯБ у коренных лиц выявляется в 20% случаев, у некоренных – 8,1% случаев.

При анализе осложнений язвенной болезни у обследуемых больных можно отметить следующее; чаще возникают перфорации (30,0 и 2,9), рубцовая деформация выходного отдела желудка (13,4% и 6,1), стеноз (8,6% против 2,9) у коренных, и перитонит (24,6% и 2,9) у некоренных лиц нежели у коренного населения. Летальность в группе некоренных лиц равняется 7,1%, в группе коренных лиц – 2,9%.

Под нашим наблюдением находилось 130 больных (коренных – 33, некоренных – 97) с гастродуоденальными кровотечениями, среди пациентов было мужчин – 106 (81,2%), женщин – 24 (18,8%) в возрасте до 60 лет – 77,6% - 101 больной. У больных коренной группы (33) с кровотечением из желудка было 64,3% (21 человек), из ДПК – 14,3% (5), с синдромом Меллори-Вейса – 7,1% (2), с эрозивным гастритом 14,3% (5). У лиц некоренной группы (97 чел.) преобладали симптомы кровотечения с локализацией в ДПК – 34,4% (33), в желудке – 21,9% (21), эрозивный гастрит – 21,9 (21), синдром Меллори-Вейса – 9,4% (9), кровотечение из распадающегося рака желудка – 9,4 (9) и из культи желудка – 3,1% (4).

Выводы:

1. Среди населения Крайнего Севера, страдающего заболеваниями органов ГПБЗ, чаще подвергнуты заболеванию язвенной болезни лица некоренного населения (213), из них мужчины трудоспособного возраста составили 39,8%.

2. Ведущим симптомом является болевой синдром в эпигастрии, причем у некоренных – это «голодные», «ночные» с иррадиацией в лопаточную область, у коренных – ранние «голодные» с иррадиацией в правое подреберье.

3. Диспептический синдром (изжога, отрыжка, тошнота, рвота) явно выражен у коренного населения.

4. Часто рецидивирующее течение язвенной болезни характерно для лиц некоренного населения (три и более раз в год).

5. Осложнения язвенной болезни, присущие более лицам некоренного населения:

- деформация луковицы ДПК 42,3% против 24,4% у коренных;

- прободения в 30% случаев против – 2,9% у коренных;

- стеноз выходного отдела желудка 8,6% против 2,9% у коренных.

6. У коренных лиц чаще встречаются: гастродуоденальные кровотечения – 56% (у некоренных 45,7%); перерождение язвы в рак в 23,5% случаев (у некоренных 9,3%); возникновение острых язв после операций на органах ГПБЗ – 14% (у некоренных – 4%).

Список литературы

1. Гостищев В.К. Патогенез рецидива острых гастродуоденальных язвенных кровотечений / В.К. Гостищев., М.А. Евсеев // Хирургия. – 2004. - № 5. - С. 46-52.
2. Карпин В.А. Философские основания теории патологии: проблема причинности в медицине / В.А. Карпин // Философия науки. – 2012. - № 1. – С. 118-128.
3. Кривошапкин В.Г. Дислипотеинемии у коренного сельского населения Якутии / В.Г. Кривошапкин, В.П. Алексеев, В.С. Васильева // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – т. 27. – № 3. - С. 142- 146 с.
4. Кропачева Е.И. Комплексная оценка моторно-эвакуаторной функции желудка после функциональных операций при язвенной болезни 12-перстной кишки / Е.И. Кропачева, М.В. Воробьев, А.А. Рудик. / Дальневосточный мед. журнал. – 2002. – № 2. – С. 59-64.
5. Маев И.В. Язвенная болезнь 12-перстной кишки: различные подходы к современной консервативной терапии / И.В. Маев, А.А. Самсонов // Прил.: Consilium medicum. – 2004. – Вып. 1. – С. 6-11.

6. Майстренко Н.А. Ваготомия при хронической дуоденальной язве, осложненной крототечением / Н.А. Майстренко, А.А. Курыгин, А.П. Беляков // Вестник хирургии. – 2003. – Т. 162. - № 4. - С. 108-113.
7. Мосунов А.И. Состояние моторики двенадцатиперстной кишки до и после эндоскопической коррекции синдрома билиарно-панкреатической гипертензии // А.И. Мосунов, Я.В. Зулин, В.Г. Вискунов и др. // Материалы 1У Всероссийского съезда хирургов-эндоскопистов. – Москва. – 2000. – С. 154-156.
8. Николаева К.М. Клинико-эндоскопическая характеристика эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у больных в Республике Саха (Якутия) / К.М. Николаева, Л.Г. Чибыева, В.А. Аргунов и др. // ЯМЖ.-Якутск. -2011.-.№3.-С.18-20.
9. Хронический гастрит и язвенная болезнь в условиях Севера/ Э.А. Емельянова, С.Л. Сафонова, В.К. Гостишев и др.– Якутск. – 2000. – 98 с.
10. Штофин С.Г., Усов С.А., Мартынов Ю.А. Организационно-методические аспекты хирургического лечения, перфораций гастродуоденальных язв / С.Г. Штофин, С.А. Усов, Ю.А. Мартынов// Актуальные вопросы клин.медицины. – Новосибирск. – 1993. – С. 169-171.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ И ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Самородова А.А., Беребицкий С.С.

Медицинский институт Пензенского государственного университета, г.Пенза

Паховая локализация грыжи встречается наиболее часто среди всех грыж передней брюшной стенки живота - 50,7 - 75% случаев [1]. Пациентами являются преимущественно люди трудоспособного возраста, для которых важна максимально ранняя и полная послеоперационная реабилитация. Этому способствует проведение малотравматичных хирургических вмешательств, в связи с чем, в настоящее время в лечении паховых грыж достаточно широко применяется метод лапароскопической герниопластики [2,3]. Учитывая этот факт, а также то, что наиболее часто используемым имплантатом для герниопластики является полипропиленовая сетка [4], представляется важной оценка ближайших и отдаленных результатов лапароскопической герниопластики с использованием полипропиленовой сетки.

Цель исследования: изучить ближайшие результаты лапароскопической паховой герниопластики и динамику изменения показателей качества жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования: был проведен ретроспективный анализ 56 историй болезни пациентов с паховыми грыжами, находившихся на лечении в хирургическом отделении НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Пенза» ОАО «РЖД» в период с января 2007г. по март 2014г, которым была выполнена лапароскопическая герниопластика с использованием полипропиленовой сетки. Всего в группе было 50 мужчин (90,16%) и 6 женщин (9,84%). Возраст пациентов от 20 лет до 61 года, преобладали лица старшего среднего возраста (45- 59 лет) – 29 человек (51,8%), средний возраст больных составлял $50 \pm 7,5$ лет. Косая паховая грыжа была диагностирована у 35 пациентов (62,5%), прямая – у 21 пациента (37,5%).

У 11 пациентов (19,64%) срок грыженосительства составил менее одного года, у 28 пациентов (50%) – от одного года до двух лет, у 14 пациентов (25%) – 3-5 лет, у 3 пациентов (5,36%) – более 5 лет.

Структуру сопутствующей патологии в исследуемой группе составили: гипертоническая болезнь – у 18 пациентов (32,14%), ИБС – у 9 (16,07%), заболевания желудочно-кишечного тракта – у 5 (8,93%), гепатиты (хронические и неуточненной этиологии) – 4 (7,14%), заболевания вен нижних конечностей – 3 (5,36%), заболевания опорно-двигательного аппарата – 3 (5,36%), сахарный диабет – 2 (3,57%), и прочие (нейроциркуляторная дистония, последствия ОНМК, мочекаменная болезнь, гинекологические заболевания) - 5 (8,93%).

Все пациенты были разделены на три группы в зависимости от времени, прошедшего с момента операции: первая группа – 1-2 года после перенесенного вмешательства (2014-2012гг.), вторая группа – 3- 4 года (2011-2010гг.), третья группа – 5 и более лет с момента операции (2009-2007гг.).

Длительность болевых ощущений в послеоперационном периоде оценивали по числу дней, когда пациенты предъявляли жалобы на боль, согласно дневникам наблюдений, и числу дней назначения обезболивающих препаратов по листу назначений, и составила в среднем $5,5 \pm 1,7$ суток. Средний срок нормализации температуры в послеоперационном периоде составил $2,3 \pm 0,5$ суток. С целью профилактики бактериальных осложнений всем пациентам перед операцией вводили в/м 1г. цефазолина.

В раннем послеоперационном периоде у женщин осложнений не было, у мужчин возникло 7 осложнений, структура которых представлена в Табл.1.

Таблица 1.

Структура ранних послеоперационных осложнений

Характер осложнения	Мужчины	
	абс.	%
Резорбтивная лихорадка	3	5,38
Выраженные болевые ощущения	1	1,79
Отек мошонки и семенного канатика, гематома мошонки	2	4*
Дислокация протеза	1	1,79
Всего осложнений	7	12,5
Всего операций	56	100

* процент от числа операций выполненных у мужчин

По поводу гематомы мошонки дважды выполняли лечебные пункции с эвакуацией 30-40мл серозно-геморрагического отделяемого, и проводили физиотерапевтическое лечение.

Отек мошонки и семенного канатика, возникший на 4-е сутки после операции, купировали назначением диклофенака, троксевазина местно, и физиотерапевтических процедур.

В случаях резорбтивной лихорадки (послеоперационная гипертермия $\geq 38^{\circ}\text{C}$ продолжительностью более трех суток) назначали второй антибиотик, во всех трех случаях был добавлен гентамицин.

В одном случае в связи с выраженными болевыми ощущениями на протяжении 5 суток, пациенту потребовалось назначение перорального обезболивающего препарата (ортофен) в дополнение к вводимому внутримышечно кеторолу.

Дислокация протеза у одного пациента была определена на седьмые сутки после операции. При пальпации правой подвздошной области определялась слабость передней брюшной стенки. При ультразвуковом исследовании обнаружено выпячивание брюшины, окруженное небольшим количеством свободной жидкости с диастазом – 8 мм, при пункции жидкостного образования получено 5 мл серозной жидкости. На 8-е сутки пациенту под эпидуральной анестезией была выполнена открытая герниопластика полипропиленовой сеткой с укреплением передней стенки пахового канала, с сохранением протеза задней стенки.

Изучение отдаленных результатов лапароскопической герниопластики с использованием полипропиленовой сетки проводили посредством оценки параметров качества жизни пациентов с использованием адаптированного европейского опросника EQ-5D-5L [5]. Пациентам было предложено ответить на 7 вопросов анкеты о состоянии их здоровья, которые включали оценку подвижности, возможности ухода за собой, привычной повседневной деятельности, ощущений инородного тела или дискомфорта в области вмешательства, наличия тревоги/депрессии, наличия схваткообразной боли в животе и нарушений стула.

Последним пунктом анкеты являлась визуально-аналоговая шкала в виде «термометра здоровья», пациентам предлагали поставить отметку на шкале в интервале от 0 до 100 баллов, соответственно ощущению своего здоровья на сегодняшний день.

Результаты были изучены у 37 пациентов, путем анкетирования, в том числе 14 человек были опрошены по телефону, 23 человека анкетированы по почте, результаты представлены в таблицах 2,3. Статистическое сравнение проводили путем однофакторного дисперсионного анализа по критерию Бонферони различия средних, и тестом Мак-Немара для сравнения качественных признаков.

Таблица 2.

Динамика изменения показателей качества жизни пациентов в различные сроки после операции

Признак	Группа 1 1-2 года от момента операции (n=13)		Группа 2 3-4 года от момента операции (n=13)		Группа 3 5 и более лет от момента операции (n=11)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1 vs 2	2 vs 3	1 vs 3
Подвижность									
Норма	2	92,31	10	76,92	10	90,91	0,006	0,05	0,006
Небольшие трудности	1	7,69	2	15,39	1	9,09	0,007	0,003	0,002
Умеренные трудности	-	-	1	7,69	-	-	0,001	0,0005	-
Значительные трудности	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Невозможна	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Уход									
Норма	13	100	13	100	11	100	-	-	-
Небольшие трудности	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Умеренные трудности	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Значительные трудности	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Невозможен	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Привычная деятельность									
Норма	11	84,62	10	76,92	9	81,82	0,02	0,03	0,03
Небольшие трудности	1	7,69	3	23,08	2	18,18	0,02	0,02	0,007
Умеренные трудности	1	7,69	-	-	-	-	0,0005	-	0,0005
Значительные трудности	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Невозможна	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ощущение инородного тела, дискомфорт									
Норма	9	62,23	8	61,54	9	81,82	0,2	0,3	0,2
Небольшой	2	15,385	5	38,46	1	9,09	0,1	0,02	0,004
Умеренный	2	15,385	-	-	1	9,09	0,0009	0,001	0,004
Значительный	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Крайне сильный	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Депрессия									
Норма	12	92,31	10	76,92	9	81,82	0,007	0,08	0,01
Небольшая	1	7,69	3	23,08	1	9,09	0,02	0,007	0,002
Умеренная	-	-	-	-	1	9,09	-	0,001	0,001
Сильная	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Крайне сильная	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Схваткообр. боль									
Норма	11	84,61	11	84,61	8	72,73	0,5	0,06	0,06
Небольшая	2	15,39	2	15,39	2	18,18	0,5	0,01	0,01
Умеренная	-	-	-	-	1	9,09	-	0,001	0,001
Сильная	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Крайне сильная	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Стул									
Норма	12	92,31	12	92,31	9	81,82	0,5	0,01	0,01
6 р/нед	-	-	-	-	2	18,18	-	0,005	0,005

5р/нед	-	-	1	7,69	-	-	001	0,0005	-
4р/нед	1	7,69	-	-	-	-	0,0005	-	0,0005
Реже 4	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Таблица 3.

Оценка качества жизни пациентов по визуально-аналоговой шкале

Исследуемые группы	Средняя оценка качества жизни в баллах	p
Группа 1 (1-2 года от момента операции)	85,85 ± 3,54	p1-2=0,23 p2-3=0,71 p1-3=0,37
Группа 2 (3-4 года от момента операции)	80,77 ± 4,42	
Группа 3 (5 и более лет от момента операции)	87,64 ± 3,07	

Результаты и обсуждение. Среди пациентов, которым была выполнена паховая лапароскопическая герниопластика с использованием полипропиленовой сетки, в сроки от 1 года до 5 и более лет с момента операции, отмечено увеличение небольшого затруднения подвижности от 7,69% в группе пациентов, с момента операции у которых прошло 1-2 года (первая группа), до 15,39% в группе пациентов, от момента операции у которых прошло 3-4 года (вторая группа), с последующим снижением до 9,09% в группе пациентов, у которых с момента операции прошло 5 и более лет. Во второй группе 7,69% пациентов отмечали умеренные затруднения подвижности.

Затруднения привычной повседневной деятельности имели место у пациентов всех групп, с увеличением от 7,69% в первой группе до 23,08% во второй группе и с последующим снижением до 18,18% в третьей группе.

Небольшой дискомфорт и ощущение инородного тела в области операции в первые 1-2 года с момента операции отмечали 15,38% пациентов, в сроки 3-4 лет – 38,46%, этот показатель снизился до 9,09% в группе пациентов, с момента операции у которых прошло 5 и более лет. Умеренный дискомфорт в области операционного вмешательства чаще всего отмечали пациенты первой группы – 15,38%.

Частота развития небольшой тревоги или депрессии повышалась в сроки 3-4 лет с момента операции – 23,08%, по сравнению с пациентами группы 1-2 лет от момента операции – 7,69%, и снижалась по прошествии 5 и более лет с момента операции до 9,09%.

Частота возникновения схваткообразной боли в животе была одинакова в сроки 1-2 года и 3-4 года с момента операции – 15,38%, но несколько выше – 18,18% у пациентов в сроки 5 и более лет от момента операции, в этой же группе у пациентов чаще возникала умеренная схваткообразная боль в животе – 9,09%.

По параметру «частота стула» в первой и второй группе статистически значимых различий не выявлено – нормальная частота стула у 92,32%, в третьей группе показатель нормы ниже – 81,82%, нечастые запоры в этой группе у 18,18% пациентов.

Качество жизни пациентов, оцененное в баллах по визуально-аналоговой шкале оставалось стабильно высоким в сроки от одного года до пяти и более лет с момента операции и составляло 80-87 баллов.

Выводы:

1. Таким образом, ориентируясь на показатели нормы по параметрам подвижности, привычной повседневной деятельности, развития тревожных состояний и депрессии, можно отметить тенденцию к снижению показателей качества жизни в группе пациентов, у которых с момента операции прошло 3-4 года. В последующем, спустя пять лет и более от момента хирургического вмешательства, показатели качества жизни пациентов улучшаются.

2. При исследовании отдаленных результатов лечения больных паховыми грыжами с использованием адаптированного европейского опросника EQ-5D-5L динамику изменения показателей качества жизни более полно отражает профиль здоровья по вопросам анкеты, чем визуально-аналоговая шкала.

Список литературы:

1. Алиев С.А. Эволюция методов хирургического лечения паховых грыж. / С.А. Алиев.// Вестник хирургии им. И.И.Грекова. – 2010. -№5. - с 109-113.
2. Беляев М.В., Осипов С.В. Интрабрюшинная лапароскопическая герниопластика паховых грыж. /М.В.Беляев, С.В.Осипов, И.В.Поздняков, С.И.Велькер, А.С.Волокитин, А.А.Билокур, И.Д.Суров, Е.И.Шакулова.// Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.// - 2012. - №2. - с.50-53.
3. Виноградов А.А., Плеханов В.И., Товаршинов А.И. Предбрюшинная пластика сетчатым полипропиленовым протезом при паховых и бедренных грыжах.// А.А.Виноградов, В.И.Плеханов, А.И.Товаршинов, И.А.Ольховский, Л.В.Борбоев.// Вестник Бурятского Госуниверситета.// - 2010.-№12.- с.202-205.
4. Романов Р.Р., Федаев А.А. Современное состояние проблемы интраперитонеальной пластики брюшной стенки синтетическими эндопротезами./ Р.Р. Романов, А.А.Федаев, В.В.Петров, В.А.Ходак, В.В.Паршиков.// Современные технологии в медицине. Издат-во.: Нижегородская медицинская академия. – 2012. - №4. – с.161 -170.
5. Титова Е.В. Экспериментально-клиническое обоснование ксенопластики вентральных грыж.: автореф. дис. ... канд.мед.наук. /А.В.Титова – Саранск, 2013.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Тяпирянова Т.М.

Медицинский институт СВФУ им. М.К. Аммосова, г.Якутск

Цель исследования - выявление сопутствующей патологии при заболеваниях гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ), у больных перенесших оперативное вмешательство. Актуальность проблемы определяется широкой распространенностью заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной и гастроудоденальной зон (ГПБЗ, ГДЗ) у населения Якутии. На рост заболеваемости во многом повлияло изменение окружающей среды обитания: климатогеографические особенности края, влияние неблагоприятных факторов, таких как загрязнение почвы, водоемов, атмосферы и т.д.[1,2,4, 7, 10]. Наши исследования позволили выявить ведущую роль изменений иммунной реактивности организма в возникновении патологии органов ГПБ и ГД зон у лиц коренного населения Крайнего Севера, а коррекция этих изменений значительно снизили количество послеоперационных осложнений.

Показано, что больные с заболеваниями органов ГПБ и ГД зоны нуждаются в комплексной коррекции основной и сопутствующей патологии[3,5,9].

Ключевые слова: сопутствующие заболевания, послеоперационные осложнения, сахарный диабет.

Введение. На результаты оперативного лечения влияют сопутствующие заболевания, являющиеся факторами риска для развития послеоперационных осложнений. Факторами риска у больных с заболеваниями органов ГПБЗ являются сахарный диабет, заболевания легких, заболевания сердечно-сосудистой системы, почек и др.[6,8, 9]. Из 2559 пациентов факторы риска выявлены у 1929 (63,7%), среди них: некоренных 573 (46,7%), коренных 1056 (79,2%) причем у больного может быть 2 и более сопутствующих заболеваний.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное клиничко-лабораторное, инструментальное обследование и диспансерное наблюдение 2559 хирургических больных, страдающих острыми и хроническими заболеваниями гепатопанкреатобилиарной и гастроудоденальной зон.

Из них: 294 больных с язвенной болезнью ДПК, 375 больных с хроническим панкреатитом, 240 -с острым панкреатитом, 1470- с патологией желчевыводящих путей и ПХЭС, 180 -с диффузными заболеваниями печени.

Из 2559 больных, обследованных по поводу заболеваний органов ГПБ и ГДЗ оперативное вмешательство было оказано 897 (35,1%).

Характеристика оперированных больных представлена в табл. 1.Из 897 оперированных пациентов коренную группу составили 607 больных, некоренную 290 больных, женщины составили 618 (68,9%) человек, мужчины 279 (31,1%) человек. Средний возраст оперированных больных составил 47,2 лет. В плановом порядке оперированы 362 (40,3%) человек, по срочным – 247 (27,5%), по экстренным – 288 (32,1%).

Результаты и обсуждение. Основное место среди сопутствующих заболеваний у некоренных лиц занимают болезни сердечно-сосудистой системы, которые оказались фактором риска послеоперационных осложнений в 279 случаях у некоренных (14,5%) и в 200 случаях (10,4%) у коренных больных. В группе больных с патологией

сердечно-сосудистой системы из 479 оперировано 96 (20,1%). После операции умерло 14 (14,6%), в том числе старше 60 лет – 8 больных.

Сахарный диабет выявлен у 269 (10,9%) среди всех обследованных больных, женщины составили преобладающее большинство. 61,7% (166 человека), мужчины – 38,3% (103 человека). Коренные лица с сахарным диабетом составили 65% (175 человек), некоренных - 94 (35%). Старше 60 лет было 23,3% (63) больных.

Таблица 1

Характеристика оперированных больных при заболевании ГПБ и ГДЗ в зависимости от возраста

Патология	Возраст						Всего
	До 39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	70-79 лет	80 и старше	
Камни ОЖП и стеноз БСД	95	111	77	54	22	6	365
Рубцовая стриктура ОЖП	8	25	63	22	1	-	119
Длинная культя пузырного протока	4	5	6	3	-	-	18
Опухоли желчного протока и БСД	2	3	2	2	2	-	11
Гнойный холангит	3	5	8	8	8	7	32
Диффузное поражение печени	14	18	35	9	2	-	78
Язвенная болезнь 12 п кишки	33	76	28	12	4	-	153
Деструктивный панкреатит	4	29	40	10	6	-	89
Хрон панкреатит	-	-	11	-	-	-	11
Хрон калькулезный холецистит	6	3	6	7	-	-	21
ИТОГО	79	276	310	180	39	13	897

Легкая степень сахарного диабета была у 48,9% (132) больных. К легкой форме диабета мы относили больных, у которых сахар крови в течении суток не превышал 9,99 ммоль/л, отсутствовал сахар в моче, а компенсация диабета достигалась соблюдением диеты. К диабету средней тяжести относили больных с максимальной суточной концентрацией сахара в крови, не превышающей 13,3 ммоль/л. Выделения сахара в моче обычно не превышало 10-15 г/л при отсутствии кетоза и ацетонурии. Больных с этой формой диабета было 38,4% (103) больных.

Тяжелой степени диабет считался тогда, когда уровень гликемии в течении суток колебался в пределах 13,7-16,8 ммоль/л и выше, имелись кетоз и ацетонурия, суточная доза инсулина превышала 60 М.Е. Причем, большее число больных с тяжелой и средней тяжестью сахарного диабета приходилось на пациентов пожилого и старческого возраста.

С сахарным диабетом оперированы 60 больных, осложнения возникли у 14 человек, из них умерло 7 человек. При этом во всех наблюдениях диабет был в стадии декомпенсации, неподдающийся коррекции.

Закключение. Таким образом, комплексное патогенетически обоснованное консервативное лечение сахарного диабета с учетом состояния жизненно важных органов и систем, а также характера предполагаемой операции является основой для успешного проведения как плановой, так и экстренной операции. Такая тактика способствует снижению летальности, а в ряде случаев позволяет использовать миниинвазивные хирургические вмешательства при заболеваниях гепатопанкреатобилиарной и гастроуденальной зон.

Список литературы

1. Александровский Я.А. Молекулярные механизмы развития диабетических осложнений. Обзор. // Биохимия. 1998. -Т.63. -№ 11. - С. 1470-1479.

2. Алексеев Л.П., Хаитов Р.М. Клиническая иммуногенетика // Цитокины и воспаление. 2005. - № 3. - С. 3-8.
3. Балаболкин М.И. Состояние и перспективы борьбы с сахарным диабетом // Проблемы эндокринологии. 1997. - Том 43. - № 6. - С.3-7.
4. Бондарь И. А. Клинические, метаболические, иммунологические особенности формирования поздних осложнений сахарного диабета: Автореф. дисс. .д-ра мед. наук. Новосибирск, 1997. — 44 с.
5. Вербовой А. Ф. Коматозные состояния при сахарном диабете [Текст] : лекция / А. Ф. Вербовой // Терапевт. - 2011. - № 8. - С. 33-37.
6. Данилова М. Л. Билиарная патология у больных сахарным диабетом 2-го типа и пути ее коррекции с применением курортных факторов [Текст] / М. Л. Данилова, В. В. Трусов // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. - 2011. - № 3. - С. 15-18.
6. Дедов И.И., Шестакова М.В., Максимова М.А. Федеральная целевая программа «Сахарный диабет» (методические рекомендации). М.: Медиа Сфера, 2002. - 88 с.
7. Демичева Т. П. Оценка качества оказания медицинской помощи больным сахарным диабетом с гнойно-септическими осложнениями [Текст] / Т. П. Демичева // Терапевт. - 2011. - № 8. - С. 29-32.
9. Покровский А. В. Роль реконструктивной хирургии в лечении сосудистых больных сахарным диабетом, нерешенные проблемы [Текст] / А. В. Покровский, Р. М. Догужиева // Анналы хирургии. - 2011. - № 2. - С. 23-28.
11. Пузырев В.П., Фрейдин М.Б., Кучер А.Н. Генетическое разнообразие народонаселения и болезни человека. Томск: Печатная мануфактура, 2007. -319 с.
11. Сахарный диабет и моторно-эвакуаторная функция желудка / И. Ю. Буденная [и др.] // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2011. - № 5. - С. 14-20.
12. Циммерман Я. С. Сахарный диабет и функционально-структурные изменения в гастродуоденальной зоне: клинко-эпидемиологическое исследование [Текст] : [обзор и собственные данные] / Я. С. Циммерман, М. Р. Зиннатуллин // Терапевтический архив. - 2011. - № 2. - С. 71-75.
12. American Diabetes Association Diagnosis and classification of diabetes mellitus // Diabetes Care. 2004. - V. 27 (suppl 1): S5-10.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Тяпгиргянова Т.М.

Медицинский институт СВФУ им. М.К. Аммосова, г.Якутск

Цель исследования-изучение показателей печеночной гемодинамики у коренных больных с хроническим калькулезным холециститом, хроническим билиарным панкреатитом и постхолецистэктомическим состоянием в сравнении с некоренными больными на ранних стадиях заболевания, проживающих в условиях Якутии менее 5 лет.

Представлены результаты ультразвукового исследования печеночной гемодинамики при заболеваниях гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ) у 152 больных. Доказано достоверное увеличение артериального притока по системе *A.hepatica communis*, чем венозного, особенно у коренных лиц на ранних стадиях хронического билиарного панкреатита, постхолецистэктомического синдрома и хронического калькулезного холецистита. На поздних стадиях появляется качественно новый признак- замедление венозного возврата крови, что является причиной повышения объемных величин кровообращения печени и признаком компенсаторно-приспособительного механизма. У коренных лиц качественная характеристика печеночного кровообращения на ранних стадиях заболевания выше, чем у лиц некоренной группы на 7-8%.

Ключевые слова: печеночная гемодинамика, холецистит, ультрасонография, доплерография, панкреатит, венозный кровоток, компенсаторный механизм, билиарная зона.

Введение. На ранних стадиях развития заболеваний ГПБЗ, когда еще клинические исследования и биохимические тесты не выявляют функциональных изменений печени и поджелудочной железы, доплерографические показатели оказываются уже измененными, что свидетельствует о раннем нарушении кровообращения в паренхиматозных органах данной зоны. Таких исследований по изучению гемодинамики различных органов, а именно печени, показателей холекинетики и функции печени в связи с другими заболеваниями крайне мало [1-3,6,9-12]. При различных заболеваниях пищеварительного тракта гемодинамические показатели печени изменяются [4,7]. Так при желчной гипертензии, исследованиями А.И.Мосунова, Я.В.Зулина с соавт. [3,5]

было показано, увеличение притока артериальной крови по системе *A.hepatica communis* и снижение притока по *V.porta* как компенсаторно-приспособительный механизм. Авторы определили абсолютную норму ОПК в пределах 2000 мл/мин. Результаты исследований многих авторов крайне разноречивы. Как показали результаты экспериментальных исследований, у аборигенов Севера были обнаружены более высокий уровень периферического кровенаполнения и более высокая скорость циркуляции крови при охлаждении, чем у приезжих жителей и у населения, живущего в средних широтах [8].

Материалы и методы исследования. Для расчета объемной скорости печеночного кровотока использована модифицированная формула $Ar\text{d}r\text{a}n\text{a}$, адаптированная для дуплексного сканирования сосудов брюшной полости исследованиями А.И. Мосунова с соавт., (2000) [5], $V = 4710 \cdot D^2 \cdot C_{int}$, где: V = объемная скорость кровотока в мл/мин. D = внутр. диаметр сосуда в см. C_{int} = средняя (интегральная) скорость кровотока в м/сек. Общий печеночный кровоток (ОПК) может быть определен суммой артериального притока к печени по *A.hepatica communis* (АП) и венозного притока по *V.porta* (ВП). $V_{опк} = V_{ап} + V_{вп}$ (мл/мин). Для качественной характеристики печеночного кровотока введено понятие “Артерио-венозное соотношение” (АВС), исчисляемое долей артериального или венозного притока к органу в процентах: $АВС = V_{ап} : V_{опк} \times 100\% / V_{вп} : V_{опк} \times 100\%$.

Для оценки влияния различных заболеваний ЖВП и органов ГДЗ на функциональное состояние печени у 152 больных произведено изучение гемодинамических показателей методом ультразвукографического дуплексного сканирования абдоминальных сосудов, брюшного сегмента аорты, *truncus coeliacus*, *a. Lienalis*, *a.hepatica communis* подпеченочного сегмента *V. Cava inferior*, *V Porta* и *V Lienalis*. Все больные подразделены на: 1) коренные больные - родившиеся на Крайнем Севере и приезжие со стажем проживания на Севере более 5 лет; 2) некоренные больные – европеоиды - с северным стажем проживания менее 5 лет. Первую группу составили больные с хроническим билиарным панкреатитом: коренных – 10 (средний возраст 38,8 лет), некоренных – 23 (средний возраст 46,3 лет). Вторую группу составили больные с ПХЭС, перенесших холецистэктомию, самое тщательное обследование не позволило выявить какую-либо причину страдания, кроме хронического толстокишечного стаза; коренные - 21 (средний возраст 50,6 лет), некоренные – 16 (средний возраст 50,6 лет). Третью группу составили больные с хроническим калькулезным холециститом – 59 человек. Из них коренных - 45 (средний возраст 43 года), некоренных - 14 (средний возраст 49,1 лет). Всего 129 больных обеих групп. Группу контроля составили коренные добровольцы-23 чел. (средний возраст 35, 6 лет). Длительность заболеваний во всех трех группах составляет от 1 до 3 лет.

Результаты и обсуждение. При сопоставлении полученных результатов с литературными данными - выявлена высокая степень их соответствия. Нужно отметить, что отличия показателей гемодинамики у коренных и некоренных групп обследуемых находились в пределах внутри групповых вариаций, где наблюдаются некоторые значительные отличия отдельных показателей ($p < 0,05$).

У больных хроническим панкреатитом коренной группы $АВС_a$, C_v , и

V_v на 8% и 12% меньше, чем в некоренной группе. Причем АВС _артериовенозное соотношение как качественная характеристика печеночного кровообращения выше у коренных это следующие показатели -108 против 95 у некоренных. Во-второй группе аналогично у больных с хроническими калькулезными холециститами показатели V_a меньше на 26% и D_a , C_a и V_v меньше на 10% у коренных лиц. Причем АВС _артериовенозное соотношение выше показателей у некоренных на 13%. А у больных с ПХЭС коренной группы показатели $АВС_a$, C_a больше на 7% и V_a на 13%, чем в некоренной группе.

Анализ результатов доплерографического исследования печеночной гемодинамики при различных заболеваниях (хроническом калькулезном холецистите, хроническом билиарном панкреатите, ПХЭС) показал повышение параметров артериального и венозного кровотока в печени на ранних стадиях заболевания, что свидетельствует о более значительной портальной гипертензии.

Выводы

1. На ранних стадиях заболевания органов гепатопанкреатобилиарной зоны доплерографические показатели оказываются уже измененными, что свидетельствует о раннем нарушении кровообращения в паренхиматозных органах данной зоны.

2. Наблюдается достоверное возрастание притока крови в портальную систему по системе *A.hepatica communis* и снижение притока по *V.porta*, что особенно выражены у коренных лиц как при панкреатитах, так и хроническом калькулезном холецистите (увеличение $АВС_a$ и V_a в 1.63 раза, а венозный приток уменьшен на 12% ($p < 0,05$)).

3. У больных с ПХЭС с длительностью заболевания до 1 года качественные показатели кровоснабжения печени претерпевают менее выраженные изменения.

Список литературы

1. Гайдар Б.В. Транскраниальная доплерография в нейрохирургии/ Б.В. Гайдар, В.Е. Парфенов, Д.В. Свистов -СПб, 2000.-69с.
2. Гельцер Б.И. Изменение печеночного кровообращения у больных железо- дефицитной анемией / Б.И. Гельцер, Н.Н. Жилкова // Дальневосточ. мед.журнал.-2006.-№6.-С.26-28.
3. Зулин Я.В. Изменение печеночной гемодинамики при хирургических вмешательствах на терминальном отделе ОЖВП/ Я.В. Зулин, Е.О.Майер, А.В. Поздняков // Современные технологии в клинической практике. – Новосибирск, 2003. – С. 138-140.
4. Изменение гемодинамики у пациентов с колоректальным раком во время радикальных операции на фоне применения постоянной даларгина (Д) / Н.Л. Сокурец [и др.] // Дальневосточ. меджурнал.-2009.-№2.- С.31-33.
5. Изменения печеночной гемодинамики при эндоскопической декомпрессии желчевыводящей системы/ А.И. Мосунов [и др.]// Материалы У Всероссийского съезда хирургов-эндоскопистов. – М., 2000. – С. 156-158.
6. Митьков В.В. Допплерография в диагностике заболеваний печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и их сосудов/ В.В. Митьков // Материалы У Всероссийского съезда хирургов-эндоскопистов. - М., 2000. - С. 78-79.
7. Морфологические и физиологические особенности коренного населения Крайнего Севера/ Т.Е. Уварова [и др.]// Дальневосточ. мед. журнал.-2009.-№2.-С.26-28.
8. Никитин А.И. Ультразвуковая доплеровская диагностика сосудистых заболеваний / А.И.Никитин, О.М.Труханова // М.: Видар, 1998.-431с.
9. Уварова Т.Е. Этнические и региональные аспекты патологии в популяциях коренных народов Крайнего Севера (обзор литературы) / Т.Е.Уварова[и др.]// Якутский медицинский журнал.-2012.-№1(37).- С.5-7.
10. Barbara L.The value of Doppler US in the studi of hepatic hemodynamics. Consensus conference, J.Hepatology 1990, 10:363 – 355.
11. Lindqvist P. The use of isovolumic contraction velocity to determine right ventricular state of contractility and filling pressures. Apulsed Doppler tissue imaging study / P. Lindqvist A.Waldenstrom, G. Wickstrom, E. Kazzan// Europen journal of echocardiography. – 2005. - №6(4). – P.264 – 270.
12. Lin G.Q. Sonography fatty liver, overweight and ischemic disease/G.Q. Lin, H.M.Lo, I.D.Chen//World J Gastroenterol. 2005; 11; 4838 -42.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Васильева Е.А., Столин А.В.

Уральский государственный медицинский университет, г.Екатеринбург

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки остаётся наиболее частой причиной кровотечений из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Не снижается количество неотложных операций при кровоточащих язвах, сохраняются на прежнем уровне общая летальность у этих пациентов (до 10%), а при возникновении рецидива кровотечения до 15%, с послеоперационной летальностью до 40% [1, 2, 3, 4].

За отчётный год в нашу клинику поступил 141 больной с язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением. Среди поступивших преобладали пациенты с язвой двенадцатиперстной кишки – 70% от числа поступивших (с язвой желудка – 30%) и хронической язвой – 87% больных (с острой язвой – 13%).

Всем поступившим больным было выполнено фиброгастроэноскопическое исследование в неотложном порядке. Хирургическая тактика лечения, принятая в нашей клинике, учитывает эндоскопическую классификацию язвенных кровотечений по Forrest (1974г). Показаниями к экстренной операции являлись: продолжающееся кровотечение, неэффективность эндоскопического гемостаза, рецидив кровотечений.

По нашим данным у 92,2% поступивших больных было выявлено остановившееся на момент осмотра кровотечение. При остановившихся кровотечениях, эффективном эндоскопическом гемостазе больным назначалось медикаментозное лечение в виде болюсного внутривенного введения ингибитора протонной помпы (лосек 80мг) с последующим в течение нескольких суток внутривенным его применением и дальнейшим переходом на приём per os.

В зависимости от результатов первичной эндоскопии проводится эндоскопический мониторинг. При этом старались следовать следующему алгоритму:

тип I – периодичность контроля 1 раз каждые 6 часов

тип IIА, IIВ – периодичность контроля 1 раз каждые 12-24 часа

тип IIС – по клиническим показаниям.

У 10 пациентов (7% от всех поступивших) с продолжающимся кровотечением был применён эндоскопический гемостаз в виде аргоноплазменной коагуляции, инъекционного введения (местно) адреналина. Выбор метода эндоскопического гемостаза или их сочетание осуществлялся индивидуально для конкретного больного. У одного пациента попытка эндоскопического гемостаза была безуспешной, что потребовало экстренной хирургической операции. Эффективность эндоскопического гемостаза составила 90%. Применение эндоскопического гемостаза позволило увеличить процент больных, излеченных без операции до 84,4%. Всего экстренно прооперировано было 22 пациента (15,6% от всех поступивших). Чаще всего выполняли резекции желудка (в 41% случаев). В послеоперационном периоде умерло 5 больных. Общая летальность составила 3,5%, послеоперационная – 22,7%, что соответствует литературным данным, отражающим отечественную практику [2, 4].

Таким образом, можно сказать, что:

- 1) количество больных с язвенными кровотечениями не уменьшается
- 2) большинство пациентов поступает в стационар с уже остановившимся кровотечением и нуждается в адекватной терапии и соответствующим эндоскопическим мониторинге
- 3) применение эндоскопического гемостаза в клинике эффективно и позволяет улучшить результаты лечения у этой группы больных.

Список литературы

1. Курбанов Ф.С., Авад Х.М., Балогланов Д.А. Лечение язвенных gastroduodenальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста. *Анналы хирургии.* -2009.-№3.-С.37-41.
2. Савельев В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия. Национальное руководство. Т2. М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009.-832с.
3. Тимербулатов В.М., Сагитов Р.Б., Тимербулатов Ш.В., Ямалов Р.А., Исмагилова Ю.М. Лечебная тактика при рецидивах кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта. *Анналы хирургии.* -2009.-№4.-С.34-39.
4. Чернооков А.И., Наумов Б.А., Яковенко А.В., Сильчук Е.С., Плагин О.Г. Тактика хирургического лечения больных с сочетанными осложнениями язв двенадцатиперстной кишки в экстренной хирургии. *Анналы хирургии.* -2010.-№2.-С.11-19.

СЕКЦИЯ №45.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.01.02)

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВИТАМИНА D: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Санеева Г.А.¹, Андреева Е.И.¹, Унанова И.А.¹, Францева А.П.¹,
Четверикова А.В.², Авалиани Д.А.³

¹ – ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет», г. Ставрополь

² – ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница», г. Ставрополь

³ – ГБУЗ СК «Ставропольский краевой эндокринологический диспансер», г. Ставрополь

Распространенность и рост заболеваемости сахарным диабетом приобрели за последние десятилетия характер общемировой неинфекционной пандемии. Сахарный диабет (СД) прочно занимает третье место среди непосредственных причин смерти населения, представляя значительную медико-социальную и экономическую проблему для многих государств. Наибольшие затраты системы здравоохранения при этом связаны с хроническими осложнениями СД, что диктует необходимость мероприятий, направленных на их профилактику, раннее выявление, адекватную коррекцию. Помимо рассматриваемых традиционно диабетических микро-

макроангиопатий и нейропатий, эксперты отмечают широкую распространенность остеопороза в качестве одного из хронических осложнений у больных СД. Помимо системного остеопороза, при СД возможны и другие варианты генерализованного метаболического поражения костей скелета, например почечная остеодистрофия при диабетической нефропатии [1,12]. В генезе остеопороза при СД рассматривается совокупность патологических факторов, приводящих к многофакторному нарушению костного ремоделирования. Это и прямое глюкозотоксическое воздействие на кость, и активация остеокластов с повышением их резорбтивной активности продуктами неферментативного гликирования, и прогрессирование микроангиопатических осложнений с ухудшением кровоснабжения кортикальных слоев и развитием миелита, а также нарушение кальциевого обмена вследствие ацидоза и форсированной кальциурии при неудовлетворительном гликемическом контроле. Особое значение имеет нарушение синтеза коллагена и депривация костно-анаболических процессов в условиях недостаточности инсулина, дисфункция гормональных и тканевых регуляторов костного ремоделирования у пациентов с СД.

Остеопороз при СД относят к вторичным формам, составляющим небольшую долю в структуре заболевания: от 5 до 15% по данным разных авторов [5, 6, 11]. Однако именно вторичный остеопороз обуславливает до 20% остеопоретических переломов позвонков и периферических костей скелета, повышающих инвалидизацию и смертность населения. Причем из-за отсутствия ранних симптомов остеопороз часто диагностируют только после возникновения первого перелома [1, 6, 10].

С современных позиций планирование профилактических и лечебных стратегий при остеопорозе предусматривает активное выявление факторов риска. Наибольшим прогностическим значением обладает СД 2 типа, повышающий риск развития переломов бедра, как у мужчин, так и у женщин с максимальным уровнем доказательности (А) [5, 11]. Прежде всего, риску подвержены пациенты, применяющие таблетированные сахароснижающие препараты [6]. СД 1 типа также ассоциирован с повышенным риском развития остеопороза и переломов, однако в клинических рекомендациях в качестве предиктора имеет меньший уровень доказательности. Тем не менее, СД 1 используется в калькуляторе FRAX, позволяющем прогнозировать абсолютный 10-летний риск переломов и планировать медикаментозную тактику, как клинический фактор риска вторичного остеопороза [5].

Таким образом, распространенность и медико-социальная значимость остеопороза у больных СД, диктует необходимость его своевременной диагностики и проведения мероприятий по снижению риска остеопоретических переломов. Представляется целесообразным активное выявление при СД других факторов риска остеопороза и переломов в связи с их кумулятивным эффектом при увеличении числа и сочетании у одного пациента.

Одним из доказанных модифицируемых факторов риска нарушений минеральной плотности костной ткани и остеопоретических переломов является недостаточность витамина D.

Целью нашего исследования явилась оценка распространенности недостаточности витамина D как возможного фактора совокупного влияния на развитие остеопороза при СД.

Результаты и обсуждение. Сывороточные уровни общего витамина D (25(OH)D₃) с помощью иммунохемилюминесцентного анализа («Roche», Швейцария), а также показатели фосфорно-кальциевого обмена (кальций и фосфор сыворотки крови) изучены у 94 больных сахарным диабетом (СД) в возрасте от 18 до 53 лет. Из них 41 пациент (43,6%) с СД 1 типа в возрасте от 18 до 44 лет (средний возраст 30,82±11,34 лет) и 53 (56,4%) больных СД 2 типа в возрасте от 36 до 53 лет (средний возраст 48,3±8,6 лет). Полученные результаты статистически обработаны.

Среди пациентов с СД отмечена высокая распространенность гиповитаминоза D, составившая 43,9% у больных СД 1 и 64,2% – при СД 2. Средние показатели сывороточного уровня витамина D у больных СД составили 14,22±8,46 нг/мл, что при референсном интервале 11,1-42,9 нг/мл соответствовало критериям «недостаточности». Следует отметить, что с современных позиций [8] только сывороточное содержание 25(OH)D₃ более 20 нг/мл расценивается как адекватное, в пределах 12-20 нг/мл – свидетельствует о недостаточности и менее 12 нг/мл – о дефиците витамина D. При этом в исследование целенаправленно не включались пациенты старших возрастных групп для нивелирования возраст-ассоциированного снижения содержания витамина D. Развитие гиповитаминоза D у пациентов с СД связано с нарушением образования его активных форм при гидроксировании в почках при диабетической нефропатии, а также с дефицитом инсулина и инсулиноподобного фактора роста-1, стимулирующих синтез активных D-метаболитов.

Классические эффекты активной формы витамина D (D-гормона) направлены на поддержание кальций-фосфорного гомеостаза через взаимодействие с паратиреоидным гормоном. Баланс основных остеотропных минералов в тканях и системной циркуляции во многом обеспечивается активной формой витамина D путем регулирования процессов активного всасывания поступающего с пищей кальция в кишечнике, а также индукции

синтеза кальбиндина – белка, транспортирующего кальций в цитоплазме. Таким образом, в условиях гиповитаминоза D даже достаточное поступление с пищей не может обеспечить нормального содержания кальция в крови. Между тем длительно существующая гипокальциемия является предиктором развития костных метаболических нарушений. Выявленные в группе пациентов с СД особенности костного минерального обмена характеризовались сниженными показателями общего кальция крови на фоне сохраненного референсного значения фосфатемии. При этом в исследование целенаправленно не включались пациенты с нарушениями фосфорно-кальциевого обмена на фоне хронической болезни почек. Гипокальциемию имели 34,04% больных СД. Случаи гипокальциемии в основном носили характер умеренно выраженных: $2,03 \pm 0,15$ ммоль/л.

Особым видом нарушения костного метаболизма при сахарном диабете является локальный остеопороз, сопровождающий диабетическую нейроостеоартропатию с формированием так называемого «сустава Шарко». Помимо разрежения костных структур, нейроостеоартропатия Шарко характеризуется выраженной деформацией и дефигурацией голеностопных суставов с утратой их функциональности. При этом повышение склонности к падениям служит дополнительным фактором риска остеопоротических переломов. Как известно, большую роль в поддержании архитектоники, функциональной способности и стабильности сустава, наряду с состоянием костных и связочных элементов, играет мышечная сила и уровень тонуса периартикулярных мышц. Гипотонус мышц, окружающих сустав и снижение проприоцептивного суставно-мышечного чувства у пациентов с СД, осложненным нейроостеоартропатией, обуславливают возникновение подвывихов и вывихов, потерю устойчивости при ходьбе. Одним из важнейших регуляторов мышечной функции является витамин D. Регуляция метаболизма кальция – основного медиатора в мышечной ткани обеспечивает контроль акта сокращения и расслабления мышц. Рецепторы к D–гормону экспрессируются скелетными миоцитами. Снижение плотности этих рецепторов или их аффинности, как и снижение концентрации D–гормона в крови может приводить к ослаблению мышечной силы и повышать склонность к падениям [4]. В исследуемой группе у 5 пациентов с СД 1 и одного больного СД 2 отмечена нейроостеоартропатия. При этом у 4 больных, имевших осложнения в виде сустава Шарко, сывороточный уровень витамина D соответствовал критериям «недостаточности», а у 2-х – «дефицита».

Еще одним фактором, определяющим значение витамина D для функции суставов при СД, является его участие в метаболизме хрящевой ткани [2]. Так, витамин D и ряд его метаболитов стимулируют синтез протеогликана хондроцитами, снижают продукцию и активность металлопротеиназ, вызывающих деструкцию хряща. Дефицит витамина D сопровождается нарушением метаболизма суставного хряща, его ремоделированием и утолщением субхондральной костной ткани. Это снижает амортизационные способности суставных поверхностей и ускоряет дегенеративные изменения в хрящевых структурах.

Поддержание адекватного уровня витамина D имеет особое значение для пациентов с СД не только с позиций поддержания костно-минерального гомеостаза, но и в связи с его множественными плеiotропными эффектами [7, 9]. Активные метаболиты витамина D участвуют в процессах концентрации электролитов и обмена энергии, метаболизма липидов, иммунологических реакциях. Влияние на синтез инсулина, сократимость миокарда и поддержание тонуса сосудов подтверждается результатами исследований, демонстрирующих повышение инсулинорезистентности с развитием метаболического синдрома и СД 2 у лиц с дефицитом витамина D [4, 7]. Полученные данные о повышении риска развития аутоиммунных заболеваний, в том числе СД 1, при гиповитаминозе D в настоящее время активно используются в профилактических стратегиях [3]. Так, обогащение диеты беременных женщин и новорожденных витамином D применяется в ряде стран для первичной профилактики СД 1.

Таким образом, своевременное выявление недостаточности витамина D с адекватным восполнением и, при необходимости, поддерживающей терапией можно считать важной составляющей профилактических мероприятий у пациентов с СД.

Список литературы

1. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 704 с.
2. Гарднер Д., Шобек Д. Базисная и клиническая эндокринология. Книга 2 / Пер. с англ. - М.: Издательство БИНОМ, 2011.- 696 с.
3. Дедов, И.И. Прогнозирование и профилактика сахарного диабета в детском возрасте: Метод. рекомендации / И.И. Дедов, В.А. Петеркова, Т.Л. Кураева. - М., 2009.- 55 с.
4. Ершова, О.Б. Кальций и витамин D: все ли мы о них знаем? О.Б. Ершова, К.Ю. Белова, А.Н. Назарова // РМЖ.- 2011.- №12 (19). – С. 719-724.
5. Лесняк, О.М. Остеопороз / Под ред. О.М. Лесняк, Л.И. Беневоленской. - 2-е изд.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 272 с.

6. Bartl R. Osteoporose. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, 2008.- 287 p.
7. Bouillon R. Vitamin D: from photosynthesis, metabolism, and action to clinical applications. In: DeGroot LJ, Jameson JL, eds. Endocrinology. Philadelphia: W.B.Saunders, 2001:1009-28.
8. Hollis B.W. Circulating 25 hydroxyvitamin D levels indicative of vitamin D sufficiency: implication for establishing a new effective dietary intake recommendation for vitamin D // D. J. Nutr. 2005; Vol. 135: P. 317.
9. Holick M.F, Garabedian M. Vitamin D: photobiology, metabolism, mechanism of action, and clinical applications. In: Favus MJ, ed. Primer on the metabolic bone diseases and disorders of mineral metabolism. 6th ed. Washington, DC: American Society for Bone and Mineral Research, 2006:129-37.
10. Janghorbani M., Van Dam R.M., Willett W.C. et al. Systematic review of type 1 and 2 diabetes mellitus and risk of fracture // Amer. J. Epidem. 2007; Vol. 166 (5): p. 495-505.
11. Lecka-Czernik B. Bone as a target of type 2 diabetes treatment // Curr. Opin. Investing Drugs. 2009; Vol. 10 (10): 1085-1090.
12. Schwait A.V. Diabetes mellitus: does it affect a bone? // Calcif. Tissue Int. 2003; Vol. 73 (6): 515-590.

СЕКЦИЯ №46.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.02.02)

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ПРОГНОЗОВ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ БОЛЕЗНИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ЭБОЛА ОТ АКТИВНОСТИ МЕР ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ

Бачинский А.Г., Низоленко Л.Ф.

ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор», п.Кольцово

Вспышка болезни, вызванной вирусом Эбола (БВВЭ) в Западной Африке представляет собой угрозу международного значения. Математическое моделирование может оказаться одним из немногих инструментов для адекватного прогнозирования развития эпидемии, оценки эффективности мер противодействия, оптимизации усилий по борьбе с ней.

В ГНЦ ВБ «Вектор» разработана универсальная модель, описывающая развитие вспышек и эпидемий, вызываемых возбудителями особо опасных и социально значимых инфекций. Подробное описание модели и данные о ее верификации опубликованы ранее [1, 2]. Модель реализована в виде компьютерной программы с WEB-интерфейсом и доступна по адресу <http://vector-epimod.ru>, где и проводились все расчеты. При расчетах, в основном, использовался набор параметров, определенных на основе данных о более ранних вспышках БВВЭ и принятых «по умолчанию» на сайте модели. Кардинальные отличия заключались в следующем:

- Введен внешний источник инфекции мощностью 10 инфицированных в сутки (летучие мыши?).
- Среднее число инфицируемых от одного больного снижено с 3 до 2 [3].
- Ресурсные ограничения реализуются в течение всего времени расчетов 100 суток (в отличие от принятого по умолчанию снятия ресурсных ограничений при полном развертывании системы мер противодействия).

К сожалению, нам не удалось получить более или менее подробные данные об обеспеченности ресурсами мер противодействия эпидемии БВВЭ в Африке. Однако, из некоторых документов [4,5] можно извлечь следующие показатели: по состоянию на 5 октября за предыдущие 21 день число заболевших увеличилось на 2799 и составило 8011, что обеспечило прирост в 54%; число мест госпитализации в трех странах, где, в основном, развивается эпидемия – 1124, что примерно в 5 раз ниже необходимого; наличие медицинского персонала также многократно ниже необходимого.

Исходя из этих значений, параметры расчетов были заданы по состоянию на 15 сентября следующим образом:

- Начальное число инфицированных в инкубации – 2500 человек.
- Начальное число инфицированных в периоде продромы – 800 человек.
- Начальное число инфицированных в третьей, финальной стадии – 1300.

Вакцинация, как правило, является существенной мерой в борьбе с эпидемией, однако в случае БВВЭ при моделировании она не учитывалась из-за отсутствия сертифицированной вакцины.

Эти данные обеспечили прирост числа инфицированных к 21 дню расчетов (5 октября) до 8141 человек, что близко к указанному числу 8011.

При этих параметрах и начальных данных эпидемия продолжала развиваться в геометрической прогрессии и за 100 дней расчетов имела следующие показатели:

66599	<i>Всего инфицированных</i>
17524	<i>Всего изолированных больных</i>
14030	<i>Суммарное число изолированных контактных</i>
3975	<i>Суммарное число изолированных подозрительных</i>
28764	<i>Всего умерли</i>

При этом проявился дефицит медицинских работников (даже при их числе весьма оптимистично оцененном в 3000) для организации выявления и изоляции больных и контактных лиц и уходу за больными, а также дефицит мест изоляции больных и контактных лиц (1100 и 3000, соответственно).

С целью исследования влияния постепенного снятия ограничения по ресурсам, была использована реализованная в модели возможность «продолжения расчетов». Поскольку ожидаемая динамика увеличения числа медработников и мест госпитализации (наблюдения) больных и контактных, не известна было принято, что некоторый ресурс (численность медработников, число мест госпитализации больных и контактных) увеличивался на 10-20% каждые 10 суток, начиная с 21-го дня расчетов и до достижения трех месяцев.

1. Увеличение числа мест изоляции. Десятипроцентное увеличение числа мест изоляции каждые 10 дней снижает скорость разрастания эпидемии, но не приводит к ее прекращению или даже стабилизации (Рисунок 1). В то же время, двадцатипроцентное увеличение стабилизирует ситуацию (прекращение роста заболеваемости и даже ее снижение) после достижения числа 1900 коек к 50-му дню и прекращение эпидемии через 3 месяца, если через 2 месяца после начала расчетов число коек достигает 2750.

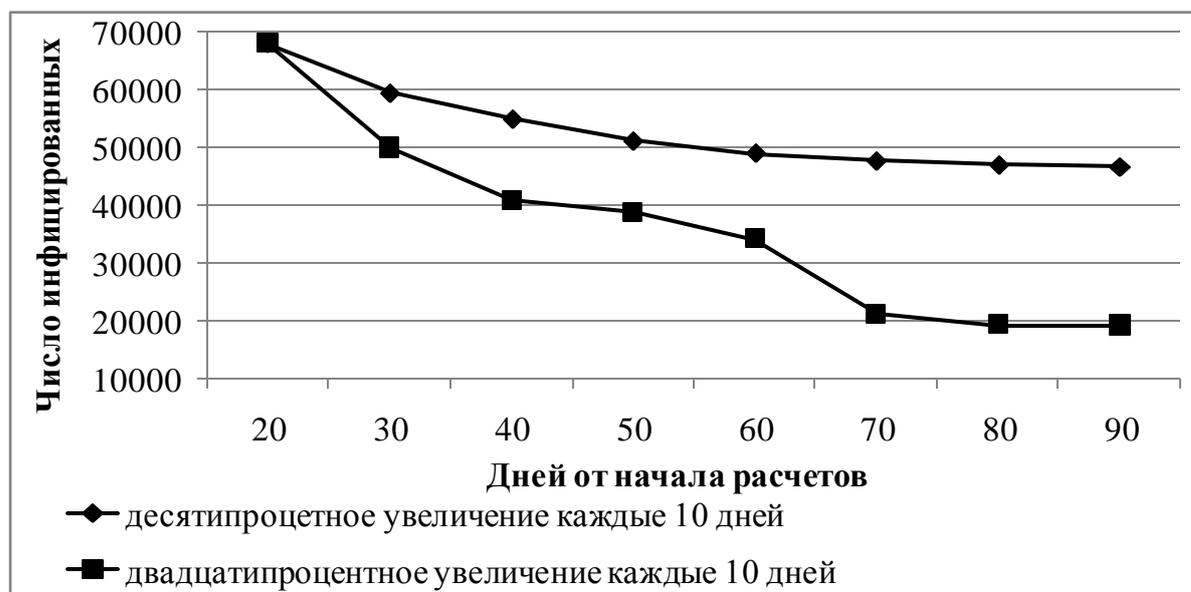


Рис.1. Зависимость общего числа инфицированных от скорости увеличения числа мест изоляции больных.

2. Увеличение числа мест изоляции (наблюдения) контактных, начиная с 3000. Зависимость общего числа инфицированных через 3 месяца от этого фактора гораздо менее выражена, так что даже по достижении к 80-му дню 10800 мест изоляции контактных эпидемия не стабилизируется, хотя число инфицированных за 3 месяца снижается почти в 2 раза по сравнению с «нулевой точкой».

3. Обеспеченность медперсоналом, с одновременным увеличением числа мед. бригад (начиная со ста) для поиска больных и контактных лиц. Зависимость от роста этих показателей еще менее выражена, чем от роста числа мест для изоляции контактных.

4. Одновременный рост доступности всех перечисленных выше ресурсов. Одновременный рост ресурсов обеспечивает кумулятивный эффект, так что число инфицированных к трем месяцам расчетов снижается гораздо быстрее при десятипроцентном увеличении всех ресурсов одновременно, чем при двадцатипроцентном увеличении любого из них (рис. 2). Так при десятипроцентном увеличении, можно прекращать рост ресурсов после 50-го дня, т.к. эпидемия заметно идет на убыль при достижении к 50-му дню следующих показателей:

- Число мест изоляции – 1600
- Число мест в госпиталях для контактных – 4400
- Число медработников, занятых в ликвидации эпидемии – 4400

• Число медбригад для поиска больных и контактных – 145 (каждая бригада выявляет до 10 больных/контактных в сутки).

Естественно, чем раньше повышается активность мер противодействия, тем больше их эффект. При одновременном двадцатипроцентном повышении доступности ресурсов, уже после 30-го дня их можно не повышать, так как эпидемия быстро прекращается и дальнейшая активизация противодействия дает малый эффект.

Таким образом, на основании расчетов можно сделать вывод, что эффективность мер противодействия эпидемии БВВЭ в Африке зависит в большей степени от сбалансированного роста доступности дефицитных ресурсов, чем от пусть даже более быстрого роста их по отдельности.

Что же касается России, особенно при раннем обнаружении инфицированных (малое число инфицированных), то прогноз полностью благоприятен при современном уровне готовности служб санитарно-эпидемиологического надзора и отсутствии внешних источников.

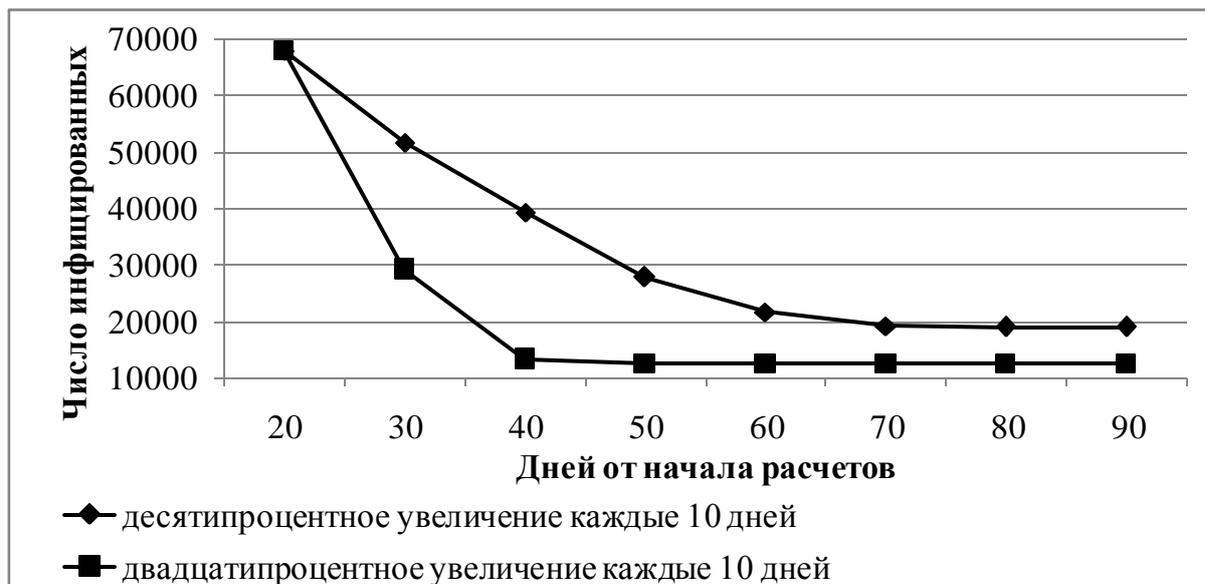


Рис.2. Зависимость общего числа инфицированных от скорости одновременного увеличения всех необходимых ресурсов.

Список литературы

1. Бачинский А.Г., Низоленко Л.Ф. Универсальная модель локальных эпидемий, вызываемых возбудителями особо опасных инфекций. Проблемы особо опасных инфекций. 2014; 2: 44-47.
2. Bachinsky A.G., Nizolenko L. Ph. A Universal Model for Predicting Dynamics of the Epidemics Caused by Special Pathogens. BioMed Research International, vol. 2013, Article ID 467078, 7 pages, 2013.
3. WHO Ebola Response Team, Ebola Virus Disease in West Africa — The First 9 Months of the Epidemic and Forward Projections, The New England Journal of Medicine, September 23, 2014, DOI: 10.1056/NEJMoa1411100).
4. WHO: Ebola Response Roadmap Situation Report 8 October 2014 URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136020/1/roadmapsitre_8Oct2014_eng.pdf?ua=1 (дата обращения 29.10. 14).
5. Координатор ЕС: для борьбы с Эболой в Африке не хватает добровольцев <http://ria.ru/world/20141027/1030428743.html#ixzz3HP9BhDyW> (29.10. 14).

СЕКЦИЯ №47.

АВИАЦИОННАЯ, КОСМИЧЕСКАЯ И МОРСКАЯ МЕДИЦИНА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.08)

СЕКЦИЯ №48.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.10)

СЕКЦИЯ №49.

ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ДЕЛА (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.03)

АНАЛИЗ ВНУТРЕННЕЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЫ АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Дударенкова М.Р., Нигматуллина Ю.У., Цыбина А.С.

ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава России, г.Оренбург

Аннотация. В статье анализируются информационные, технические, технологические и интеллектуальные элементы внутренней информационной среды, а также информационные ресурсы, необходимые для управления фармацевтической информацией в аптечных организациях. На основе исследования выявлены проблемы ресурсного обеспечения аптечных организаций и предложены рекомендации по их устранению.

В современных условиях постоянное увеличение объема и сложности фармацевтической информации требует от специалистов выбора оптимальных источников информации, удовлетворяющих их потребности, а также внедрения и грамотного использования информационных продуктов. Доступностью и рациональностью использования ресурсов внутренней информационной среды во многом определяется эффективность решения аптечными организациями (АО) экономических и социальных задач [1, 3].

Целью исследования являлось изучение внутренней среды и информационных ресурсов, необходимых для управления фармацевтической информацией в АО. Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие задачи: изучить виды и источники информации, элементы внутренней информационной среды, ресурсы внутренней информационной среды; выявить недостатки и положительные черты ресурсного обеспечения; разработать предложения для совершенствования информационного обеспечения АО.

Объектами исследования являлись функционально-должностные инструкции фармацевтических работников, анкеты по изучению ресурсов внутренней информационной среды (64). В анкетировании участвовали специалисты тринадцати АО г. Оренбурга. В процессе исследования использовались методы: логико-структурного, сравнительного анализа, наблюдение, социологические (анкетирование, интервьюирование) методы, приемы группировки и классификации, SWOT-анализ.

В результате анализа литературных источников нами были выявлены и изучены основные элементы внутренней информационной среды. Согласно современным исследованиям [2], внутренняя среда состоит из информационных, технических, технологических и интеллектуальных элементов, которые представлены в АО: 1) оборудование для информационных технологий (технический ресурс), 2) информационные технологии (технологический ресурс, объединяющий информационные процессы с каналами коммуникаций), 3) информационные продукты (информационный ресурс), 4) знания в области фармации и лекарствоведения (интеллектуальный ресурс).

В процессе исследования нами были проанализированы особенности по каждому виду ресурсов в АО г. Оренбурга. Изучение технических и технологических ресурсов проводилось по двум параметрам: 1) оснащенность компьютерной и офисной техникой (принтер, факс, копировальный аппарат); 2) обеспеченность программными продуктами. Анализ технического обеспечения показал высокую степень оснащенности рабочих мест фармацевтических специалистов компьютерной (88%) и офисной (60%) техникой. Установлено, что все аптеки имеют не менее одного компьютера, подключенного к сети Интернет, и работающие за ним сотрудники обладают навыками пользования Интернетом, что позволяет АО использовать глобальную компьютерную сеть для развития информационной среды АО. Анализ оснащенности программным обеспечением выявил наиболее востребованные программные продукты общего (операционная система Windows - 100%, MS Excel – 59%) и информационного (Гарант - 78%) назначения. Среди программ специального назначения чаще всего используются 1С. Розница/ 1С Предприятие (80%) и программное обеспечение электронного заказа у поставщиков - Фармэксперт (55%).

Анализ информационных ресурсов показал, что АО г. Оренбурга используют как документальные, так и электронные источники фармацевтической информации. Тем не менее, выявлено отсутствие в отдельных АО документальной справочной информации (7,7%) и периодических фармацевтических изданий (23,1%). Среди

электронных источников информации приоритетным является использование сети Интернет как источника информации. Большинство фармацевтических работников используют Интернет с целью получения справочной информации (37%), а также для получения нормативной документации - 19%.

Анализ интеллектуальных ресурсов был проведен на основе результатов анкетирования специалистов АО по 2-м параметрам: 1) изучение факторов, влияющих на информационные потребности; 2) степень удовлетворения профессиональных информационных потребностей работников аптек.

Изучение факторов, влияющих на информационные потребности АО, включало анализ организационно-правовой структуры, формы собственности, штатного состава АО, уровня профессиональной подготовки, возраста и стажа работы сотрудников. Установлено, что большинство АО представлены частной формой собственности (69,2%), с преобладанием обществ с ограниченной ответственностью - 90%. Анализ кадровых ресурсов АО позволил установить, что большинство специалистов имеют высшее фармацевтическое образование (51,6%), стаж работы от 5 до 15 лет (47%). Выявлено, что 79,7% сотрудников не имеют квалификационной категории, а наибольший недостаток в информации отмечают специалисты со средним фармацевтическим образованием (29%, Рисунок 1).

Анализ тематического спектра информации, в которой нуждаются специалисты АО, выявил, что руководителей аптек не удовлетворяет обеспеченность информацией по вопросам маркетинговых исследований (26,3%), провизоров и фармацевтов - по фитотерапии (33,3%) и фармакотерапии (29,6%), специалистов, связанных с изготовлением лекарственных форм, - о контроле качества лекарственных препаратов и особенностях изготовления (27,8%).

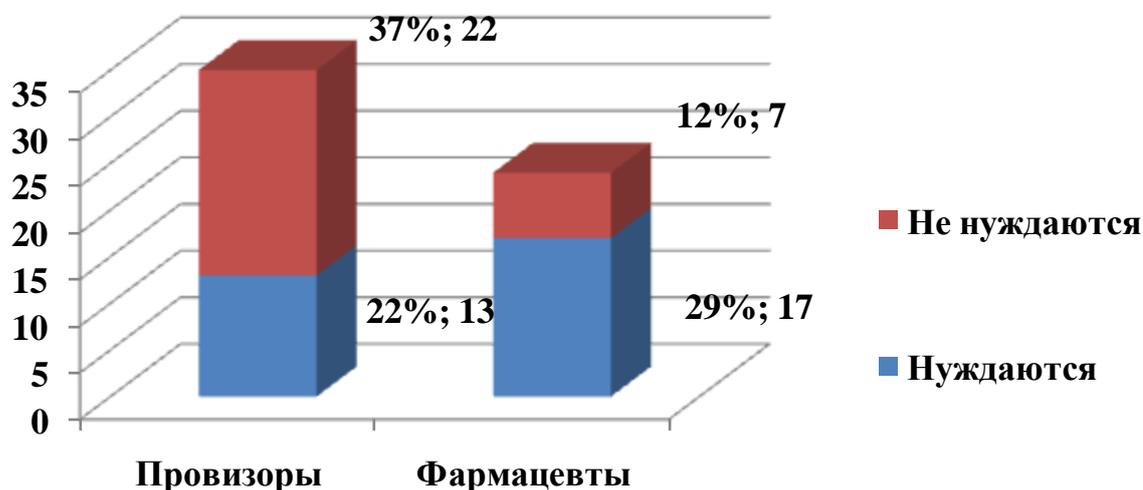


Рис.1. Анализ потребности специалистов в профессиональной информации.

На основе проведенных исследований с применением SWOT-анализа были выявлены сильные и слабые стороны, угрозы и возможности ресурсного обеспечения внутренней информационной среды (Табл.1).

Таким образом, в процессе изучения особенностей внутренней информационной среды АО г. Оренбурга установлен недостаточный уровень информационного обеспечения. Причиной является отсутствие документальной справочной информации и периодических фармацевтических изданий в некоторых аптеках.

По нашему мнению, целесообразно, со стороны руководства аптек, расширение используемых в работе источников информации, а со стороны образовательных организаций, осуществляющих последиplomную подготовку фармспециалистов, – удовлетворение по потребностей заявителей по интересующим вопросам.

Таблица 1

SWOT-анализ ресурсного обеспечения внутренней информационной среды

Сильные стороны (Strengths)	Возможности (Opportunities)
-----------------------------	-----------------------------

<ul style="list-style-type: none"> ✓ наличие опытных специалистов ✓ техническая и технологическая оснащенность рабочих мест ✓ наличие навыков работы у специалистов и доступа к сети Интернет 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ повышение квалификационного уровня сотрудников ✓ расширение используемых источников информации
Слабые стороны (Weaknesses)	Угрозы (Threats)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ отсутствие квалификационной категории у ряда сотрудников ✓ недостаточный уровень удовлетворения информационных потребностей специалистов 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ низкий уровень информационного обеспечения вследствие отсутствия в отдельных АО документальной справочной информации и периодических фармацевтических изданий

Список литературы

1. Гринберг А.С. Информационный менеджмент [Электронный ресурс]: учебное пособие// Гринберг А.С., Король И.А. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2012. – 415 с. - Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/15367>.
2. Ежова Т.В. Теоретические и методические основы управления информационной средой аптечных организаций: Автореф. дис. докт. фарм. наук. М., 2012. 48 с.
3. Ставская Н.Е. Методические подходы к совершенствованию деятельности аптечных учреждений на основе использования современных информационных технологий: Автореф. дис. канд. фарм. наук. М., 2009. 19 с.

СЕКЦИЯ №50.

ТЕХНОЛОГИЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.01)

СЕКЦИЯ №51.

ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.06)

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛИКОПИДА И ЦИКЛОФЕРОНА ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Дианова Д.Г., Мингазова Л.Ф., Шлякова Р.Р., Ахунова Р.Р.

ГБОУ ВПО ПГФА, г.Пермь

Инфекции верхних дыхательных путей представляют серьезную проблему для органов здравоохранения в связи с их широкой распространенностью, особенно среди детского населения и наносимым ими экономическим ущербом как отдельным лицам, так и обществу в целом. В целях подготовки к эпидемическому сезону по гриппу

и ОРВИ 2013/2014 года в субъектах Российской Федерации проводились мероприятия по иммунизации населения против гриппа, созданию запаса противовирусных препаратов, средств индивидуальной защиты и дезинфицирующих средств, укомплектованию медицинских организаций специальной аппаратурой, резервным коечным фондом, транспортом, обеспечению лабораторий тест-системами для диагностики ОРВИ и гриппа, подготовке кадров. На подготовку и реализацию данных мероприятий органами исполнительной власти в 2013 году выделено более 1020,23 млн. рублей [13]. По оценке специалистов, в последние годы суммарный экономический ущерб от заболеваемости гриппом и ОРВИ в России составляет не менее 40 млрд руб. ежегодно. При этом ущерб, для каждого больного включающий стоимость базового курса лечения составляет от 500 до 3500 рублей и продолжает расти. А если в семье болеет несколько человек, затраты могут составить до 10000 рублей. С ОРВИ связано 60—80% пропусков школьных занятий и посещений детсадов у детей, а с маленькими детьми остается один из родителей, что приводит к 30—50% потерь рабочего времени у взрослых [7].

Острые респираторные заболевания представляют собой полиэтиологичную группу инфекций. Среди этиологических факторов у детей удельный вес вирусов составляет 65-90%. Среди вирусов, в свою очередь, наиболее высока роль возбудителей гриппа (19,7%). В эпидемические периоды удельный вес гриппа составляет 30-75% от всех ОРЗ, а инфицированность детей в организованных коллективах достигает 74-100% [10]. Оставшийся спектр вирусных возбудителей представляют вирус парагриппа, респираторно - синцитиальный вирус, аденовирус, риновирус, коронавирусы и энтеровирусы.

Несмотря на то, что заболевания респираторного тракта хорошо известны, существует множество нерешенных проблем в терминологии, понимании этиологии и патогенеза отдельных форм заболеваний, диагностике болезней и их осложнений, что затрудняет трактовку результатов научных исследований и разработку стандартов диагностики и терапии заболеваний верхних дыхательных путей у детей различных возрастных групп.

Одним из главных факторов сокращения числа заболеваемости и улучшения здоровья детей является прием иммуномодулирующих средств. Данный подход предложен системами здравоохранения некоторых европейских стран, таких как Испания, Франция, Португалия. Из известных иммуномодуляторов в последнее время часто применяются ликолипид и циклоферон.

Ликолипид является синтетическим аналогом мурамилпептида - биологически активного фрагмента клеточной стенки всех известных бактерий. Он связываясь с NOD2 рецепторами, расположенными в цитоплазме иммунокомпонентных клеток, вызывает активацию фактора транскрипции NF κB, этот белок проникает в ядро и активирует иммунную систему.

Циклоферон – низкомолекулярный синтетический индуктор эндогенного интерферона. Характеризуется пролонгированным противовоспалительным и иммуномодулирующим действием, активизирует Т – лимфоциты и естественные киллерные клетки, нормализует баланс между субпопуляциями Т-хелперов и Т-супрессоров.

Цель работы – оценить эффективность, безопасность и курсовую стоимость ликолипида и циклоферона при фармакотерапии заболеваний верхних дыхательных путей у детей.

В ходе работы проанализированы результаты 6 клинических исследований (КИ), три из них ликолипида [2, 8, 19] и три - по циклоферону [5, 11, 13]. В двух из КИ длительность наблюдения составляла 6 месяцев, в четырех - 1 год. Выборка пациентов во всех клинических исследованиях обеспечивала однородную популяцию. Сравнимость лечебных групп по таким характеристикам как пол, возраст, история заболевания, наличие сопутствующих болезней, была подтверждена в каждом клиническом исследовании. Все родители (опекуны) подписали информированное согласие на участие в исследовании и использовании персональных данных. Ликолипид и циклоферон принимались в стандартной схеме лечения.

Сравнительная характеристика показателей иммунного статуса показала, что на фоне применения ликолипида фагоцитарный индекс повысился в 2,3 раза от исходного ($p < 0,05$), уровень сывороточного иммуноглобулина G - в $1,3^2$ ($p < 0,05$) и секреторного иммуноглобулина A - в 1,3 раз³ ($p < 0,05$) от значений, идентифицированных до лечения иммунокорректором. Обнаружено, что у детей, принимавших в качестве фармакотерапии циклоферон, концентрация интерферона альфа повысилась в 1,6 раз ($p < 0,05$), уровень интерферона гамма - в 1,5 раз ($p < 0,05$), уровень секреторного иммуноглобулина A - в 4,5 раз⁵ ($p < 0,05$).

По данным клиническим исследований частота развития побочных эффектов при приеме ликолипида идентифицирована у 2,4% обследованных [2], [19], а при применении циклоферона – у 4,4%, при этом у 0,8% детей потребовалась отмена препарата [9], [13]. Тогда как побочные эффекты ликолипида купировались самостоятельно, либо с помощью симптоматической терапии.

Безусловно, не маловажным критерием фармакотерапии является стоимость лечения. Так курсовая стоимость лечения ликолипидом равна цене одной упаковки и составляет 178 рублей. Способ приема циклоферона

отличается в зависимости от возраста детей. Для расчета курсовой стоимости лечения циклофероном выбраны дети в возрасте 10 лет, для них стоимость составила 362 рубля.

Таким образом, в ходе проведенной работе установлено, что по изучаемым критериям наиболее эффективным и безопасным для фармакотерапии заболеваний респираторного тракта у детей является ликопид, так же в экономическом аспекте терапия данным препаратом является более доступной для более широкого круга пациентов, включая социально незащищенный класс населения. Несомненно, этиологическая и патогенетическая разнородность заболеваний респираторного тракта, осложняют интерпретацию научных исследований. В настоящее время необходимо продолжить исследования эффективности и безопасности ликопида и циклоферона, используемых при фармакотерапии бронхолегочной системы, для получения однозначных данных.

Список литературы

1. Андропова Т. М., Пинегин Б.В., Козлов И.Г. Ликопид (ГМПД) – современные представления. // 5-е изд., доп. и перераб. – Россия, 2009. – 20 с.
2. Баранова И.Д., Снимщикова И.А. Эффективность иммуномодуляторов у детей с хроническими заболеваниями респираторного тракта. // Ученые записки. Здравоохранение. Актуальные вопросы иммунологии и аллергологии.- Орел.,2004. – Т.2. – 21-25 с.
3. Белова Е.А. Влияние вобэнзима, ликопида и циклоферона на лейкоцитарную формулу крови и частоту рецидивов у больных рожей // Клини. медицина. – 2009 - №1. – 30-34 с.
4. Воронина Е.В. Ликопид в снижении сезонной заболеваемости у взрослых // Практик. медицина. – 2011 – т.51. - №3 – 1-4 с.
5. Горячева Л.Г., Ботвиньева В.В., Романцев М.Г. Применение циклоферона в педиатрии. – 2004- 107с.
6. Ершов Ф. И., Романцев М.Г., Сологуб Т.В. Индукторы интерферона в практике семейного врача // Вестн. сем. медицины. – 2008. - №7. – 242-244 с.
7. Игнатъев В.А., Алкацева Н.И. Орвирем – эффективный препарат для лечения гриппа и ОРВИ у детей // Всероссийский журнал для врачей. – 2010. - №4. – 24-30 с.
8. Кирюхин А.В., Парфенова Н.А., Максимова Т.А. Оптимизация лечения часто и длительно болеющих детей: иммунокоррекция Ликопидом. // Российский педиатрический журнал. – 2001. - №5. – 27-29 с.
9. Ляликов С.А., Романцов М.Г., Бедин П.Г., Ермак С.Ю. Мониторирование побочных реакций и оценка эффективности препарата циклоферон у часто и длительно болеющих детей // Антибиотики и химиотерапия. – 2012. -N 11.-С.26-32
10. Научное обоснование применения препарата Мирамистин в лечении детей с респираторными инфекциями верхних и нижних дыхательных путей // Москва, 2013.- 63 с.
11. Романцев М.Г., Коваленко А.Л. Индуктор интерферона – циклоферон. Итоги и перспективы клинического применения. – Спб. 2007. – 22с.
12. Романцев М.Г. Циклоферон в клинической пульмонологии. Под ред. М.Г.Романцева. Пособие для врачей. – Спб., 2005. – 88с.
13. Романцев М.Г., Мельникова И.Ю., Смагина А.Н., Шульдяков А.А. Эффективность циклоферона и оценка его безопасности при респираторных вирусных инфекциях у детей // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 2 . – стр. 208-214;
14. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств // 13-е изд., доп. и переработан. – М.: «Эхо», 2014. – 1020 с.
15. Федеральная служба по надзору в сфере защиты потребителей и благополучия человека. Об итогах эпидсезона по гриппу и ОРВИ 2013-2014 г. – М.: 2014.
16. Филатова С.В., Симонова А.В., Артемьев М.Е. Особенности клинико-иммунологического действия Ликопида при некоторых хронических заболеваниях ЛОР – органов // Иммунология. – 2001. - №2. - 37 – 42с.
17. Фрейдлин И.С. Иммунная система и ее дефекты. – Спб, 1998. – 113 с.
18. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Современные подходы к оценке иммунной системы человека // Аллергология и иммунология. – 2001. – Т. 2, №2. – 7 с.
19. Чувиров Д.Г., Маркова Т.П. Различные схемы назначения Ликопида у детей с повторными инфекциями носоглотки и респираторного тракта. // Ликопид в педиатрической практике. – М., 2006.- 37-47 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРАТОВ САЛВИСАР И ВИПРОСАЛ В ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Шмырёва Н.В., Макарова М.Ю.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», г.Саранск

Основными симптом-модифицирующими средствами, как для местного, так и для системного применения при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов и позвоночника являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) [2, с. 26]. Однако большое количество побочных эффектов ограничивает системное применение препаратов данной группы, а локальная терапия НПВП зачастую недостаточно эффективна. Альтернативная терапия предусматривает местное применение димексида, препаратов, содержащих капсаицин, природные яды и др. [1, с. 632, 2, с. 26].

К средствам, содержащим природные яды, относится препарат Салвисар, мазь для наружного применения. В ее состав входят: яд гадюки обыкновенной - 5 мышинных единиц действия, кислота салициловая – 1 г, камфора - 3 г, скипидар живичный - 3 г. Аналогичными по составу являются препараты Випросал В, Алвисал, Нижвисал В.

Перечисленные средства обладают местным раздражающим и обезболивающим действием. Препараты вызывают раздражение чувствительных рецепторов кожи и подкожной клетчатки, расширяют сосуды, улучшают трофику тканей [3, с. 688, 4, с. 104, 5, с. 301].

Препараты плохо проникают через неповрежденные ткани, накапливаются в поверхностных слоях кожи, практически не оказывают резорбтивного действия, обнаруживаясь в кровотоке в следовых количествах [3, с. 688].

Основная цель исследования: оценить влияние препарата Салвисар в сравнении с препаратом Випросал В на показатели общего анализа крови, общего анализа мочи, биохимического анализа крови (креатинина, мочевины, аланиновой трансаминазы (АлТ), аспарагиновой трансаминазы (АсТ), билирубина, щелочной фосфатазы), скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов и позвоночника.

Дизайн исследования: рандомизированное открытое сравнительное исследование с использованием метода параллельных групп.

В исследование включено 25 пациентов обоего пола, находившихся на стационарном лечении в отделении неврологии по поводу дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов и позвоночника, сопровождающихся болевым синдромом. Возраст пациентов составил от 18 до 74 лет, мужчин было 9, женщин – 16. Верификация диагнозов, являющихся критериями включения пациентов в исследование, производилась с помощью методов, предусмотренных стандартами оказания медицинской помощи в РФ: рентгенография соответствующих отделов позвоночника и суставов, по показаниям – магнитно-резонансная томография соответствующих отделов позвоночника.

Рандомизация больных на 2 группы проводилась методом случайной выборки (конверт).

Схемы лечения:

1-ая группа пациентов – применяла препарат Салвисар производства ОАО «Биохимик», Саранск, Россия, наружно по 5 г 2 раза/сут. – утром и вечером (наносился тонким слоем на кожу болезненной области) в течение 7 дней;

2-ая группа пациентов - применяла препарат Випросал В производства АО «Таллиннский фармацевтический завод», Таллинн, Эстония, наружно по 5 г 2 раза/сут. – утром и вечером (наносился тонким слоем на кожу болезненной области) в течение 7 дней.

Помимо исследуемых препаратов, в качестве терапии, направленной на коррекцию основной патологии, пациенты получали нестероидные противовоспалительные препараты (лорноксикам – 8 мг/сут в/м) в обеих группах в 100% случаев.

Результаты исследования показателей общего анализа крови представлены в Табл. 1.

Таблица 1.

Динамика показателей общего анализа крови на фоне лечения Салвисаром и Випросалом В

Показатели общего анализа крови	Группа	Исходные данные (1-й день)	По окончании исследования (9-й день)
---------------------------------	--------	----------------------------	--------------------------------------

Гемоглобин, г/л	1	140,1±2,9	141,4±2,7
	2	136,8±6,9	139,2±7,5
Лейкоциты, *10 ⁹ /л	1	5,36±0,39	5,96±0,51
	2	6,01±0,67	5,91±0,68
Эозинофилы, %	1	2,0±0,45	1,46±0,46
	2	2,2±1,32	1,91±0,85
Палочкоядерные нейтрофилы, %	1	2,2±1,02	1,93±0,95
	2	1,98±0,46	1,45±0,48
Сегментоядерные нейтрофилы, %	1	55,2±4,8	57,47±4,95
	2	60,1±7,2	61,5±6,4
Лимфоциты, %	1	32,2±4,5	29,5±4,1
	2	29,9±3,1	27,3±4,6
Моноциты, %	1	7,73±1,1	8,67±1,22
	2	7,51±2,8	7,1±2,9
СОЭ, мм/час	1	11,53±1,52	14,0±2,11
	2	13,12±2,1	13,9±3,2

Такие показатели общего анализа крови, как гемоглобин, лейкоциты, эозинофилы, палочкоядерные и сегментоядерные нейтрофилы, лимфоциты, моноциты и СОЭ до начала исследования и после проведенного лечения как в группе пациентов, применявших Салвисар, так и в группе пациентов, применявших Випросал В достоверно не отличались друг от друга.

Результаты исследования уровня трансаминаз, щелочной фосфатазы и билирубина представлены в Табл.2.

Такие показатели биохимического анализа крови, как трансаминазы, щелочная фосфатаза и билирубин до начала исследования и после проведенного лечения как в группе пациентов, применявших Салвисар, так и в группе пациентов, применявших Випросал В достоверно не отличались друг от друга.

Таблица 2.

Динамика уровня трансаминаз, щелочной фосфатазы и билирубина на фоне лечения Салвисаром и Випросалом В

Показатели биохимического анализа крови	Группа	Исходные данные (1-й день)	По окончании исследования (9-й день)
АлТ, МЕ/л	1	21,5±2,41	25,5±3,32
	2	25,43±5,12	23,96±4,89
АсТ, МЕ/л	1	23,26±1,69	26,88±2,72
	2	27,01±3,96	25,99±3,21
Щелочная фосфатаза, МЕ/л	1	72,07±7,79	72,67±8,28
	2	66,99±9,3	69,84±7,26
Билирубин общий, мкмоль/л	1	11,63±1,72	10,81±1,51
	2	13,65±3,3	12,43±3,9
Билирубин прямой, мкмоль/л	1	2,0±0,34	2,03±0,31
	2	2,31±0,5	2,4±0,41
Билирубин непрямой, мкмоль/л	1	9,62±1,39	8,78±1,28
	2	11,25±2,5	10,01±3,1

Результаты исследования уровня креатинина, мочевины крови, СКФ (расчет производился по формуле MDRD), показателей общего анализа мочи представлены в Табл.3.

Таблица 3.

Динамика уровня креатинина, мочевины крови, СКФ, показателей общего анализа мочи на фоне лечения Салвисаром и Випросалом В

Показатели	Группа	Исходные данные (1-й день)	По окончании исследования (9-й день)
Креатинин крови, мкмоль/л	1	84,96±4,25	83,49±2,48
	2	78,93±6,89	80,34±5,01
Мочевина крови, ммоль/л	1	6,21±0,34	6,26±0,54

	2	5,91±0,59	5,87±0,6
СКФ, мл/мин/1,73м ²	1	74,87±4,79	74,35±2,98
	2	76,99±5,76	75,62±4,1
Относительная плотность мочи	1	1018±1,5	1016±1,86
	2	1016±2,6	1017±2,1

Такие показатели биохимического анализа крови, как креатинин, мочевины, а также СКФ до начала исследования и после проведенного лечения как в группе пациентов, применявших Салвисар, так и в группе пациентов, применявших Випросал В достоверно не отличались друг от друга.

При поступлении у всех пациентов анализ мочи был в пределах нормы. При повторном исследовании патологических изменений не было обнаружено. Относительная плотность мочи так же не изменилась достоверно на фоне лечения.

Выводы: препараты Салвисар и Випросал В при наружном применении по 5 г 2 раза/сут. (утром и вечером) в течение 7 дней не оказывают значимого влияния на показатели общего анализа крови (т.е. не проявляют гематотоксического действия), на трансаминазы, щелочную фосфатазу и билирубин (т.е. не проявляют гепатотоксичности), на скорость клубочковой фильтрации, относительную плотность мочи (т.е. не проявляют нефротоксичности).

Список литературы:

1. Бадюкин В.В. Випросал В в терапии ревматических заболеваний // Рус.мед.журн., 2011. т.№10. - С.632-635.
2. Бадюкин В.В. Целесообразность применения нестероидных противовоспалительных препаратов в терапии остеоартроза // Трудный пациент 2010; 11 (8): 26–30.
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства: Пособие для врачей /М.Д. Машковский. - 16 изд. - М.: Новая волна, 2010. – 1216 с.
4. Мурзаева С.В., Маленев А.Л., Бакиев А.Г., Миронова Г.Д. Перспективы использования ядов змей в медицинской практике // Успехи современного естествознания. – 2008. – № 7 – С. 104-104.
5. Green B.G. Interactions between chemical and thermal cutaneous stimuli: inhibition (counterirritation) and integration // Somatosens. Mot. Res. 1991, 8: 301–312.

СЕКЦИЯ №52.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ХИМИЯ, ФАРМАКОГНОЗИЯ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.04.02)

ИЗУЧЕНИЕ АНТИЭКССУДАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ТРАВЫ ГЕРАНИ СИБИРСКОЙ (GERANIUM SIBIRICUM L.)

Позднякова Т.А., Бубенчиков Р.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

Введение. Воспалительные реакции, возникающие при различных формах патологии инфекционной и неинфекционной природы могут быть как местными, так и общими и приводить к нарушению функции органов и тканей, а также осложнять многие заболевания и значительно утяжелять их течение. Кроме того, хроническое течение воспалительных процессов может привести к утрате работоспособности на длительное время. Поэтому возможность фармакологической регуляции процессов воспаления имеет большое социальное значение и является актуальной проблемой современной медицины. С этой точки зрения значительный практический интерес представляют лекарственные растения, обладающие противовоспалительной активностью, поскольку, несмотря на менее выраженный и постепенно развивающийся эффект, они отличаются меньшей токсичностью, полифункциональностью, отсутствием побочных эффектов и противопоказаний. С этой точки зрения значительный интерес представляет герань сибирская, издавна применяемая в народной медицине в качестве противовоспалительного средства, как вяжущее средство при поносах, дизентерии, остром и хроническом воспалении кишечника, туберкулезе кишечника и расстройствах желудка. [2].

В связи с этим целью нашей работы явилось изучение антиэкссудативной активности настоя и водорастворимого полисахаридного комплекса из травы герани сибирской.

Объектом исследования служила измельченная воздушно-сухая трава герани сибирской (*Geranium sibiricum L.*), заготовленная в Курской и Орловской областях в 2012-2013 годах, в период массового цветения растения.

Методы исследования. Для выделения полисахаридного комплекса воздушно-сухое измельченное сырье предварительно обрабатывали спиртом этиловым 70% для удаления полифенольных соединений. Далее из воздушно-сухого шрота выделяли водорастворимый полисахаридный комплекс. Для этого проводили его экстрагирование водой в соотношении 1:20 к массе сырья при нагревании до 95°C в течение 1 часа при постоянном перемешивании. Повторное извлечение полисахаридов проводили дважды водой в соотношении 1:10. Растительный материал отделяли центрифугированием, а объединенные экстракты упаривали до 1/5 первоначального объема. Полисахариды осаждали тройным объемом спирта этилового 96% при комнатной температуре. Выпавший плотный осадок полисахаридов отделяли, промывали спиртом этиловым 70%, ацетоном. Полученные водорастворимые полисахариды лиофильно высушивали [1].

Антиэкссудативные свойства водорастворимого полисахаридного комплекса и настоя из травы герани сибирской оценивали на модели острого воспалительного отека, вызванного субплантарным введением в заднюю лапу мыши 0,05 мл водного раствора формальдегида 2,5% [5]. Оценку противовоспалительного действия исследуемых фитокомплексов проводили в соответствии с методическими рекомендациями по исследованию противовоспалительных препаратов [4, 5].

Экспериментальная работа выполнена в соответствии с установленными документами «Об утверждении правил лабораторной практики» (МЗ РФ, приказ № 267 от 19 июня 2003 г.), Good Laboratory Practice for Nonclinical Laboratory Studies (FDA, 21 CFR Part 58, 22.12.1978), OECD Principles on Good Laboratory Practice (OECD, ENV/MC/CHEM (98) 17, 1977 [3].

В опыт брались беспородные белые мыши массой 18-20 г. Животных подбирали строго одного веса. В опыт брали две группы мышей. Одной из них в течение недели, а затем за 2 часа до введения формалина, через 5 часов и 18 часов после него вводили внутрижелудочно настой и полисахаридный комплекс, полученный из изучаемого растения. Настой готовили в соотношении 1:10 и вводили в дозе 1 г/кг (в пересчете на сухое сырье) массы тела (в объеме 0,2 мл на 20 г массы животного), полисахаридный комплекс вводили в дозе 100 мг/кг (в объеме раствора 0,2 мл на 20 г массы животного). Мышам второй группы в те же сроки вводили воду очищенную. Воспаление вызывали путем впрыскивания в толщу бедра одной из задних лапок 0,05 мл раствора формальдегида 2,5%. Через 24 часа после введения формальдегида мышам забивали и у них отрезали воспаленные и невоспаленные задние лапки на уровне тазобедренного сустава. О выраженности воспалительного отека судили по приросту веса воспаленных лапок, который определяли по разнице в весе между воспаленными и невоспаленными лапками; о противовоспалительном действии изучаемых препаратов – по разнице между величиной отека лапы, вызванного формальдегидом у контрольных животных и мышам, получавших настой и полисахаридный комплекс. Препаратом сравнения служила ацетилсалициловая кислота в дозе 300 мг/кг.

Результаты. При изучении антиэкссудативной активности настоя и водорастворимого полисахаридного комплекса герани сибирской установлено, что максимальная величина отека лапы в контроле составляет $58,27 \pm 2,65$ мг (100%) (Табл. 1).

Таблица 1.

Влияние фитокомплексов из герани сибирской на отек лапы, вызванный у мышам формалином

Препарат/ фитокомплекс	Доза	Вес лапок, мг		Величина отека		Противовоспалительный эффект, %
		правой	левой	(M±m), мг	%	
Контроль		126,51	184,78	$58,27 \pm 2,65$	100,00	-
Кислота ацетилсалициловая	300 мг/кг	114,82	158,27	$43,45 \pm 2,93^*$	74,57	25,43
Настой	1000 мг/кг	117,15	163,78	$46,63 \pm 1,56^*$	80,02	19,98
Водорастворимый полисахаридный комплекс	100 мг/кг	103,28	145,80	$42,52 \pm 2,61^*$	72,97	27,03

Примечание * - различия по сравнению с контролем статистически достоверны при $P < 0,05$; n=6 – количество мышам в группе.

Из данных Табл.1 видно, что под действием настоя и водорастворимого полисахаридного комплекса, полученных из травы герани сибирской, происходило снижение величины отека лап мышей от 80,02% (настоя) до 72,97% (водорастворимый полисахаридный комплекс). Противовоспалительный эффект исследуемых фитокомплексов составил 19,98% (настоя) и 27,03% (водорастворимый полисахаридный комплекс), что говорит о выраженной антиэкссудативной активности.

При этом антиэкссудативная активность водорастворимого полисахаридного комплекса близка по действию к препарату сравнения – ацетилсалициловой кислоте.

Выводы. Доказано наличие антиэкссудативной активности у настоя и водорастворимого полисахаридного комплекса, полученного из травы герани сибирской, что позволит использовать фитокомплексы в качестве самостоятельных или составных частей комбинированных противовоспалительных препаратов.

Список литературы

1. Бубенчиков Р. А. Изучение полисахаридного состава фиалки полевой. III Российский гомеопатический съезд: сб. научн. тр. – М., 2007. – С. 165-166.
2. Лавренова, Г. В. Энциклопедия лекарственных растений / Г. В. Лавренова, В. К. Лавренов. – Донецк : Донеччина, 1987. – Т. 1. – 279 с.
3. Приказ № 708 н от 23 августа 2010 г. «Об утверждении правил лабораторной практики»
4. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. – М. : ИИА Ремедиум, 2000. – 398 с.
5. Сернов, Л. Н. Элементы экспериментальной фармакологии / Л. Н. Сернов, В. В. Гацура. – М., 2000. – 352 с.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ 2,4-ДИТРЕТБУТИЛФЕНОЛА В БИОЖИДКОСТЯХ МЕТОДОМ ПРОИЗВОДНОЙ СПЕКТРОФОТОМЕТРИИ

Шорманов В.К., Цацуа Е.П., Асташкина А.П., Останин М.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск

2,4-Дитретбутилфенол (агидол-10) (в дальнейшем 2,4-диТБФ) применяется в производстве неионных ПАВ, пластификаторов, антиоксидантов, стабилизаторов, синтетических смол, пестицидов. Известно также применение 2,4-диТБФ в медицинской промышленности [2, 4].

По физическим свойствам это прозрачные кристаллы от светло до темно-желтого цвета, не растворим в воде, хорошо растворяется в этаноле, ацетоне, толуоле, нормальных парафинах.

2,4-диТБФ, как и многие другие алкилфенолы, обладает токсическими свойствами по отношению к теплокровным животным и человеку. Описаны случаи отравления алкилфенолами, в том числе с летальным исходом [1].

Отравления могут происходить при контакте с подобными веществами в процессе их производства, применения, вследствие загрязнения объектов окружающей среды выбросами в атмосферу и сточными водами предприятий, при авариях, сопровождающихся разливом значительных количеств топлива, содержащего антиоксиданты.

Токсичность и широкое применение 2,4-диТБФ обуславливают его важное химико-токсикологическое значение. Представляется необходимым разработка методик определения 2,4-диТБФ в биожидкостях, которые могли бы применяться при проведении химико-токсикологических экспертиз.

Цель настоящей работы - разработка методики количественного определения 2,4-диТБФ в биологических жидкостях (крови и плазме), которая отличается необходимой селективностью и точностью.

Материалы и методы исследования

Объект исследования - 2,4-дитретбутилфенол (2,4-диТБФ) с содержанием основного вещества $\geq 99\%$. Аналитическим методом явилась производная спектрофотометрия, позволяющая уменьшить влияние фонового поглощения эндогенных веществ биожидкостей на спектрофотометрическое определение веществ, извлечённых из биологического материала.

Электронный спектр поглощения 2,4-диТБФ в среде этанола в интервале длин волн 190-360 нм обнаруживает выраженную полосу поглощения, достаточно близкую по форме к Гауссовой кривой в области 260-290 нм. Для количественного определения рассчитывали производные второго порядка в области максимума поглощения 283 нм. Данные для расчёта производных спектров получали, измеряя оптическую плотность

растворов 2,4-диТБФ в этаноле в диапазоне 190-360 нм. Оптическую плотность снимали через каждые 5 нм (прибор СФ-56; кюветы с толщиной рабочего слоя 10 мм) на фоне этанола.

Производные спектров рассчитывали методом численного дифференцирования. Для снижения влияния шума, при переходе от первых ко вторым производным, уменьшали шаг дифференцирования.

УФ-спектр 2,4-диТБФ в этаноле, а также его производная второго порядка представлены на Рисунках 1 и 2.

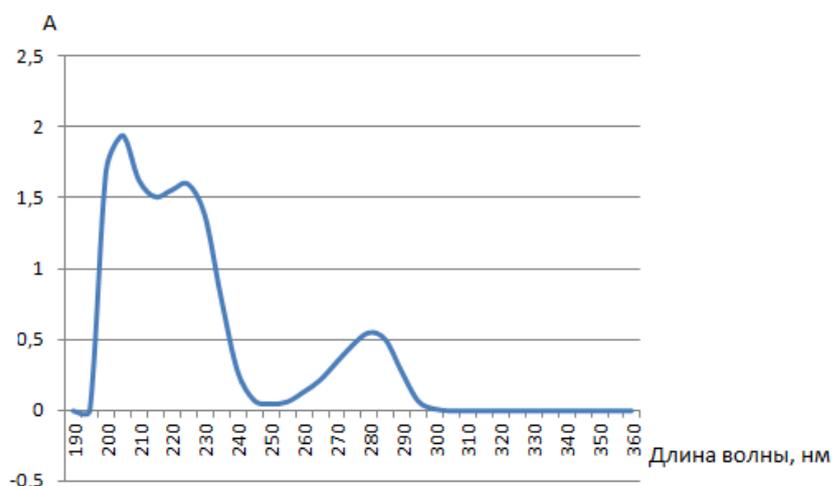


Рис.1. УФ-спектр 2,4-диТБФ в этаноле (0,004% раствор)

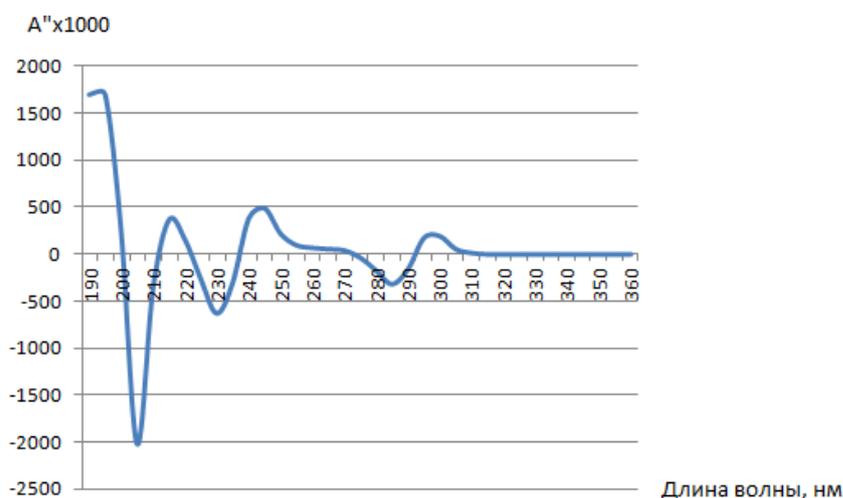


Рис.2. Производные второго порядка для спектра 2,4-диТБФ в этаноле (0,004% раствор)

Построение градуировочного графика. Измеряли оптические плотности ряда стандартных растворов 2,4-диТБФ в этаноле на приборе СФ-56 с шагом 5 нм и рассчитывали производные второго порядка для каждого раствора. Значения второй производной, взятые по модулю, умножали на 1000. По результатам измерений строили график зависимости второй производной ($A'' \cdot 1000$) в области 284 нм от концентрации 2,4-диТБФ в исследуемом растворе и рассчитывали уравнение градуировочного графика, которое в данном случае имело вид: $(A'' \cdot 1000) = 9,28325 \cdot C + 5,10899$, где C – содержание анализируемого вещества в фотометрируемом растворе, мкг/мл.

Определение 2,4-диТБФ в биожидкостях. Готовили модельные смеси 2,4-диТБФ с биологическим материалом, содержащие 2,5-50 мг вещества в 25 г биологической жидкости (крови или плазмы крови человека). Осуществляли двукратное изолирование 2,4-диТБФ из модельных смесей (навеска 5 г) смесью растворителей ацетон-этилацетат в соотношении 1:1 (по объёму) при соотношении изолирующего агента и биологического материала 2:1 (по массе). Продолжительность каждого настаивания - 45 минут [3]. Полученные извлечения из каждой модельной смеси объединяли, точное количество объединённого извлечения наносили на пластины ТСХ «Сорбфил» с люминесцентным индикатором и хроматографировали в подвижной фазе гексан-хлороформ (5:5 по объёму) в присутствии вещества-свидетеля. Хроматограммы детектировали в УФ-свете. Элюировали исследуемое вещество из сорбента этанолом (10 мл) в течение 15 минут. Оптическую плотность полученного

элюата измеряли на спектрофотометре СФ-56 в кювете с толщиной рабочего слоя 10 мм на фоне элюата, полученного при исследовании контрольного образца биожидкости, в диапазоне 190-360 нм с шагом 5 нм. Рассчитывали производные второго порядка. Количество 2,4-диТБФ в извлечениях находили, используя полученное выше уравнение градуировочного графика.

Результаты пяти параллельных определений различных концентраций 2,4-диТБФ в биологическом материале представлены в Табл.1.

Таблица 1

Результаты количественного определения 2,4-диТБФ в биожидкостях методом производной спектрофотометрии (n = 5; P = 0,95)

Биологический объект	Внесено 2,4-диТБФ, мг в 25 г биологического объекта	Найдено, %			
		\bar{x}	$S_{\bar{x}}$	S	$\Delta\bar{x}$
Кровь	2,50	89,45	3,06	6,84	8,52
	5,0	89,86	2,86	6,39	7,96
	10,0	90,12	2,62	5,86	7,47
	25,0	90,27	2,45	5,48	6,88
	50,0	90,39	2,24	5,01	6,42
Плазма крови	2,50	90,24	2,85	6,37	7,94
	5,0	90,95	2,57	5,75	7,26
	10,0	91,31	2,38	5,31	6,63
	25,0	91,47	2,29	5,12	6,40
	50,0	91,68	2,16	4,83	6,19

Как свидетельствуют полученные данные, разработанная методика позволяет селективно определять 89,45-91,68% 2,4-дитретбутилфенола в извлечениях из биожидкостей (крови и плазмы крови) человека в присутствии соэкстрагирующихся веществ биоматериала с достаточной для подобного рода исследований воспроизводимостью и правильностью. При содержании 2,5-50,0 мг анализируемого вещества в 25 г биологического объекта значения полуширины доверительного интервала составляют 8,52-6,42 (исследование плазмы) и 7,94-6,19 (исследование крови).

Выводы

1. Методом численного дифференцирования рассчитаны вторые производные электронного спектра 2,4-дитретбутилфенола в этаноле.

2. Показана возможность применения производной спектрофотометрии второго порядка для определения 2,4-дитретбутилфенола в извлечениях из биожидкостей.

Список литературы

1. Асташкина А.П., Шорманов В.К., Киричек А.В., Симонов Е.А., Сухомлинова Е.А., Гришечко О.И. Определение 2-метокси-4-аллилгидроксибензола при химико-токсикологическом исследовании биологического материала // Судебно-медицинская экспертиза. -2012. - № 6. - С. 42-45.
2. Грушко Я.М. Вредные органические соединения в промышленных сточных водах. - Л.: Химия, 1982. - 216 с.
3. Шорманов В.К., Коваленко Е.А., Дурицын Е.П., Маслов С.В., Галушкин С.Г., Прониченко Е.И. Определение карбофурана при судебно-химическом исследовании биологического материала // Судебно-медицинская экспертиза. -2013. -Т. 56, № 4. -С. 30-34.

- Zarudii F.S., Gil'mutdinov G.Z., Razudii R.F., Myshkin M.A., Gershanov F. B. and Novikov T.A. Drug synthesis methods and manufacturing technology 2,6- di-tert-butyl-4-methylphenol (dibunol, ionol, tonarol): a classical antioxidant // Pharmaceutical chemistry journal. - 2001. - Vol. 35, N 3. - P. 162-168.

СЕКЦИЯ №53.

ХИМИОТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКИ (СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 14.03.07)

ПЛАН КОНФЕРЕНЦИЙ НА 2014 ГОД

Январь 2014г.

Межвузовская ежегодная научно-практическая конференция с международным участием «**Актуальные вопросы медицины в современных условиях**», г.Санкт-Петербург

Прием статей для публикации: до 1 января 2014г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 февраля 2014г.

Февраль 2014г.

Межвузовская ежегодная научно-практическая конференция с международным участием «**Актуальные проблемы медицины в России и за рубежом**», г.Новосибирск

Прием статей для публикации: до 1 февраля 2014г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 марта 2014г.

Март 2014г.

Межвузовская ежегодная научно-практическая конференция с международным участием «**Актуальные вопросы современной медицины**», г.Екатеринбург

Прием статей для публикации: до 1 марта 2014г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 апреля 2014г.

Апрель 2014г.

Международная межвузовская научно-практическая конференция «**Актуальные проблемы и достижения в медицине**», г.Самара

Прием статей для публикации: до 1 апреля 2014г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 мая 2014г.

Май 2014г.

Международная научно-практическая конференция «**Актуальные вопросы и перспективы развития медицины**», г. Омск

Прием статей для публикации: до 1 мая 2014г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 июня 2014г.

Июнь 2014г.

Международная научно-практическая конференция «**Проблемы медицины в современных условиях**», г.Казань

Прием статей для публикации: до 1 июня 2014г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 июля 2014г.

Июль 2014г.

Международная научно-практическая конференция «**О некоторых вопросах и проблемах современной медицины**», г.Челябинск

Прием статей для публикации: до 1 июля 2014г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 августа 2014г.

Август 2014г.

Международная научно-практическая конференция «**Информационные технологии в медицине и фармакологии**», г.Ростов-на-Дону

Прием статей для публикации: до 1 августа 2014г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 сентября 2014г.

Сентябрь 2014г.

Международная научно-практическая конференция «**Современная медицина: актуальные вопросы и перспективы развития**», г.Уфа

Прием статей для публикации: до 1 сентября 2014г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 октября 2014г.

Октябрь 2014г.

Международная научно-практическая конференция «**Основные проблемы в современной медицине**», г.Волгоград

Прием статей для публикации: до 1 октября 2014г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 ноября 2014г.

Ноябрь 2014г.

Международная научно-практическая конференция «**Проблемы современной медицины: актуальные вопросы**», г.**Красноярск**

Прием статей для публикации: до 1 ноября 2014г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 декабря 2014г.

Декабрь 2014г.

Международная научно-практическая конференция «**Перспективы развития современной медицины**», г.**Воронеж**

Прием статей для публикации: до 1 декабря 2014г.

Дата издания и рассылки сборника об итогах конференции: до 1 января 2015г.

С более подробной информацией о международных научно-практических конференциях можно ознакомиться на официальном сайте Инновационного центра развития образования и науки www.izron.ru (раздел «Медицина и фармакология»).

ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
INNOVATIVE DEVELOPMENT CENTER OF EDUCATION AND SCIENCE



ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

**Сборник научных трудов по итогам
международной научно-практической конференции
(6 ноября 2014г.)**

**г. Красноярск
2014г.**

Печатается в авторской редакции
Компьютерная верстка авторская

Подписано в печать 07.11.2014.
Формат 60×90/16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 38,0.
Тираж 150 экз. Заказ № 1522.

Отпечатано по заказу ИЦРОН в ООО «Ареал»
603000, г. Нижний Новгород, ул. Студеная, д. 58