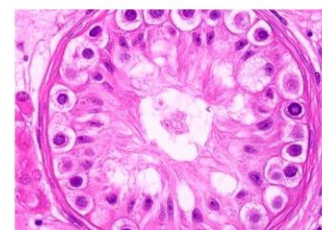
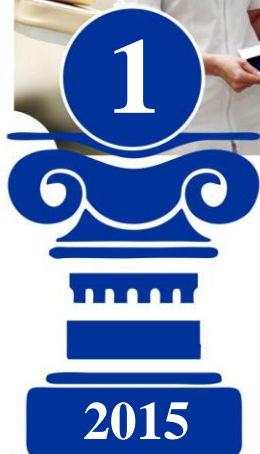




СМОЛЕНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ АЛЬМАНАХ



Смоленский медицинский альманах

Учредитель:

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ГБОУ ВПО СГМУ Минздрава России)

Научное издание Смоленского государственного медицинского университета

№ 1

2015

Главный редактор Отвагин И.В.

Редакционная коллегия:

Бекезин В.В. (заместитель главного редактора издания),
Козырев О.А., Нарезкин Д.В., Демидкин В.В., Лопашин П.М.,
Платонов И.А., Мицюк Н.А. (ответственный секретарь издания)

Авторы статей ознакомлены и согласны с правилами публикации.
Информация на официальном сайте СГМУ <http://smolgmu.ru/index.php>
В папке «Научное издание «Смоленский медицинский альманах»

Материалы научного издания «Смоленский медицинский альманах»
индексируются в информационно-аналитической базе РИНЦ.

Адрес издания: Россия, Смоленская обл., г. Смоленск, ул. Крупской 28, к. 204
Тел. +7(4812) 55-02-75
e-mail: adm@smolgmu.ru

Издание зарегистрировано Комитетом РФ по печати 30 марта 2015 г.
Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС 77-61201 от 30 марта 2015 г.

Серия: Публикации молодых ученых и студентов.

Материалы III Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Актуальные проблемы науки XXI века» (43-й конференции молодых ученых и 67-й студенческой научной конференции Смоленского государственного медицинского университета)

Ответственный редактор серии: Кузьмина Е.П.
Редакционная коллегия: Виноградова Т.А., Корнева Ю.С.

Технический редактор:
Иванова В.Г.

Адрес серии: Россия, Смоленская обл., г. Смоленск, ул. Крупской 28, к. 209
Тел. +7(4812) 55-31-96
e-mail: nau@sgma.info; sgma-smu@yandex.ru

**МАТЕРИАЛЫ 43-й КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
СМОЛЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

УДК 616 – 053.32-036.8

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И КАТАМНЕЗА ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**А.Г. Андрукович****Научный руководитель – доц. Е.А. Кислякова***Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии¹*

Резюме. В статье представлены факторы риска и особенности катамнеза глубоконедоношенных детей. Исследована динамика нейромоторного развития у 59 детей первых трех лет жизни, родившихся недоношенными в гестационном возрасте от 22 до 30 недель.

Ключевые слова: недоношенные дети, факторы риска, психомоторное развитие

HISTORY AND FOLLOW-UP MONITORING IN EXTREMELY PREMATURE INFANTS**A.G. Andrukovich****Scientific advisor – associate prof. E.A. Kisliakova, PhD***Smolensk State Medical University,
The Department of Neurology and Neurosurgery*

Abstract. The article presents the risk factors and characteristics of follow-up monitoring in extremely premature infants. We examined the dynamics of neuromotor development in the first three years of life in 59 children who were born prematurely at a gestational age 22-30 weeks.

Key words: premature infants, risk factors, psychomotor development

Актуальность. Современные достижения медицины в области технологий интенсивной терапии новорожденных позволили повысить выживаемость детей из групп высокого риска, в том числе глубоконедоношенных детей [1]. Вместе с тем выжившие новорожденные, ранее считавшиеся некурабельными, составляют группу риска развития долгосрочных неврологических нарушений и инвалидности, что является серьезной медико-социальной проблемой [2].

Цель. Определить влияние анте-, интра- и постнатальных факторов риска на раннее развитие детей, родившихся глубоконедоношенными.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 160 историй болезней выживших глубоконедоношенных детей, родившихся на 22-30-й неделе гестационного возраста (ГВ) в ОГБУЗ «Перинатальный центр» г. Смоленска в 2011-2013 гг. В зависимости от гестационного возраста все недоношенные были разделены на 2 группы: I группа – до 27 недель гестации (41 ребенок) и II группа – от 28 до 30 недель (119 детей). В динамике осмотрены 59 детей, родившихся глубоконедоношенными, в возрасте от 1,5 года до 3 лет.

Результаты. При изучении данных материнского анамнеза отмечено крайне неблагоприятное течение антенатального периода. В 33,1% случаев беременность осложнялась инфекционными заболеваниями (преимущественно во 2-м триместре), развитием тяжелого гестоза (26,9%) и анемии (21,3%). Угроза прерывания беременности составила 48,7%, при этом чаще всего она возникала в первой половине у 73,1% женщин (чаще на 8-й неделе гестации). У 55,6% беременных диагностированы хронические и острые очаги инфекции урогенитальной сферы. Соматическая патология носила сочетанный характер. В каждом третьем роде имелись изменения со стороны плаценты (отслойка, петрификаты, дефекты, гипоплазия, воспаление). Состояние всех новорожденных при рождении расценивалось как тяжелое или очень тяжелое, и в первую очередь это было обусловлено крайней степенью

морфофункциональной незрелости органов и систем. Из всех преждевременных родов, в асфиксии различной степени тяжести родились 86,9% детей. Оценка по шкале Апгар у новорожденных, родившихся до 27 недели, на 1 минуте была в два раза ниже, чем у детей II группы. Искусственная вентиляция легких проводилась в 63,1% случаев, вспомогательная вентиляция легких в режиме NCPAP – в 58,8%, сурфактант вводили каждому третьему ребенку, в среднем 1 раз.

Наиболее частой патологией в неонатальном периоде были: заболевания ЦНС в 100% случаев, патология сердечно-сосудистой системы и инфекционные осложнения – в 75%, ретинопатия – в 58,1%. При сравнении показателей двух групп в I группе преобладали гипоксически-геморрагические поражения ЦНС – 80,5% (во II группе – 42,9%, $p<0,001$), анемия – 80,5% (во II группе – 65,5%, $p<0,05$), патология зрения – 75,6% (во II группе – 49,6%, $p<0,01$), врожденная септицемия – 46,3% (во II группе – 21,8%, $p<0,01$), врожденные аномалии развития – 34,1% (во II группе – 15,1%, $p<0,05$) и бронхо-легочная дисплазия – 29,2% (во II группе – 15,6%, $p<0,05$). Во II группе детей достоверно преобладали гипоксически-ишемические поражения ЦНС – 49,6% (в I группе – 19,5%, $p<0,001$), задержка внутриутробного развития – 24,4% (7,3% в I группе, $p<0,01$) и гемолитическая болезнь новорожденного – 28,6% (в I группе – 9,8%, $p<0,01$).

Неврологический статус имел особенности, характерные для недоношенных детей: мышечную гипотонию, низкую двигательную активность, из рефлексов новорожденных чаще всего вызывались: хватательный, Моро, опоры. С учетом скорректированного возраста сосательный рефлекс появился в среднем на 42-й день. Аудиометрический тест был положителен лишь в 47,4% случаев, однако при осмотре нами детей на 2-м году жизни диагноз нейросенсорной тугоухости никому не был выставлен. При лонгитудинальном наблюдении у всех детей на первом году жизни выявлены клинические признаки неврологических нарушений, доминировали – синдром двигательных нарушений, синдром угнетения ЦНС, задержка психомоторного развития, которые достоверно чаще диагностировались у детей I группы ($p<0,05$).

Данные нейросонографии позволяют оценить состояние ЦНС ребенка, а также прогнозировать дальнейшее развитие: в 67,3% – диффузные изменения, чаще перивентрикулярной зоны (45,6%) и паренхимы (21,3%). Внутричерепные кровоизлияния диагностированы у 43,1%, из них субэпендимальные кровоизлияния 1-2-й степени составили 36,6% и с одинаковой частотой встречались в I и II группах, а внутримозговые кровоизлияния 3 и 4-й степени составили 11,6% и достоверно чаще регистрировались у детей I группы (62,5%), из них 37% в дальнейшем стали инвалидами. При динамическом нейросонографическом исследовании у 41,5% сформировалась заместительная вентрикуломегалия, у 34% – кисты, чаще всего единичные в перивентрикулярной области (ПВО), передних рогов, тел боковых желудочков и паренхимы, наличие множественных кист в ПВО приводило к формированию детского церебрального паралича (ДЦП) в 22% случаев. Перивентрикулярная лейкомаляция выявлена у 22,3% обследованных, из них у половины в дальнейшем сформировался ДЦП.

При оценке психомоторного развития с учетом скорректированного возраста у детей I группы выявлена некоторая задержка в формировании навыков: держат голову с 4,5 месяцев (дети из II группы – с 4 месяцев), сидят с 9,5 месяцев (во II группе – с 8 месяцев), ползают с 13 месяцев (во II группе – с 9,5 месяцев), самостоятельно ходят – с 18 месяцев (во II группе – с 13 месяцев) и говорят отдельные слова с 16 месяцев (во II группе – с 13 месяцев). При катamnестическом осмотре детей выявлены следующие диагнозы: ДЦП – 36% случаев, дефицит нейродвигательной функции – 25%, синдром гиперактивности с дефицитом внимания – 31%, задержка речевого развития – 25%, патология зрения – 37,5%. Группу инвалидности имели 31,3% детей, 2 ребенка с бронхо-легочной дисплазией умерли на первом году в результате присоединения пневмонии.

Выводы. Рождение глубоконедоношенных детей – результат сочетанного воздействия на плод ряда неблагоприятных факторов. Определяющим является не только гестационный

возраст при рождении, отягощенный анамнез матери, но и наличие диффузного поражения ПВО по данным нейросонографии. Эти дети составляют группу высокого риска по формированию инвалидности.

Литература

1. Аронскинд Е.В., Ковтун О.П., Кабдрахманова О.Т. Сравнительные результаты катamnестического наблюдения детей, перенесших критические состояния неонатального периода / Е.В. Аронскинд, // Педиатрия. – 2010. – № 1. – С. 47-50.
2. Рогаткин С.О. Диагностика, профилактика и лечение перинатальных постгипоксических поражений центральной нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2012. – 21 с.
3. Яблонь О.С., Кислова Ю.О. Предикторы развития инвалидизирующей патологии у недоношенных детей с гипоксически-ишемическим повреждением центральной нервной системы // Актуальные вопросы перинатологии и неонатологии. – 2011. – № 4. – С. 22-24.

УДК 616.345-006.6:616.381-002-089

ОКСИД АЗОТА И ОЗОН В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН

К.В. Бейнарович

*Научный руководитель – проф. С.А. Касумьян
Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской хирургии*

Резюме. В исследовании показана эффективность применения озонированного физиологического раствора и газо-воздушной смеси, содержащей монооксид азота (NO), в профилактике и лечении нагноений послеоперационных ран у больных распространенным перитонитом.

Ключевые слова: послеоперационные раны, нагноение, озон, N

NITROGEN OXIDES AND OZONE IN PREVENTION AND TREATMENT OF PYONINFLAMMATORY COMPLICATIONS OF SURGICAL WOUNDS

K.V. Beinarovich

Scientific advisor – prof. S.A. Kasumyan, MD, PhD
*Smolensk State Medical University
The Department of Surgery (for the Faculty of General Medicine)*

Abstract. Effectiveness of ozonated physiological saline and an air-gas mixture containing nitrogen monoxide (NO) in prevention and treatment of suppuration of postoperative wounds in patients with extensive peritonitis are discussed in the paper.

Key word: postoperative wounds, suppuration, ozone, NO

Актуальность. В структуре нозокомиальных инфекций частота послеоперационных гнойных осложнений составляет 24–38% [1, 2]. Частота раневых гнойно-септических осложнений, несмотря на строгое соблюдение правил асептики и антисептики, совершенствование методов профилактики и лечения раневой инфекции, колеблется от 3 до 22%, достигая максимальных значений у пациентов с распространенным воспалительным процессом в брюшной полости (Гостищев В.К. и соавт., 2008; Помазкин В.И., Мансуров Ю.В., 2008). Успех профилактики и лечения раневых гнойно-воспалительных процессов в значительной мере определяется эффективностью санации послеоперационных ран. В последние годы для борьбы с патогенной флорой все шире применяют методы NO- и

озонотерапии. Озон и монооксид азота обладают выраженным антибактериальным и иммуномодулирующим действием и противовоспалительным эффектом [3].

Цель. Изучить эффективность оксида азота (NO) и методов озонотерапии в профилактике и лечении нагноений послеоперационных ран у больных распространенным перитонитом.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 60 больных острым распространенным гнойным перитонитом (ОРГП). Средний возраст пациентов составил $52,2 \pm 1,8$ года, из них 36 (60%) мужчин, 24 (40%) женщины. Основную (1-ю) группу составили 30 пациентов, в лечении которых применялись методы NO- и озонотерапии. Контрольная (2-я) группа представлена 30 пациентами, сопоставимыми по характеру патологии, виду и объемам оперативных вмешательств с пациентами основной группы и получавшими традиционное лечение.

Причинами перитонита являлись: прободная гастродуоденальная язва – 18 пациентов (30%), острая кишечная непроходимость – 12 (20%), острый гангренозно-перфоративный аппендицит – 10 (16,7%), острый деструктивный холецистит – 8 (13,3%), послеоперационный перитонит – 6 (10%), инфицированный панкреонекроз – 4 (6,7%), перфорация дивертикула толстой кишки – 2 (3,3%).

Эффективность санации послеоперационных ран оценивали по частоте возникновения раневых гнойно-воспалительных осложнений, динамике снижения степени бактериальной обсемененности раневого отделяемого.

Выполненные оперативные вмешательства включали устранение источника перитонита, санацию и рациональное дренирование брюшной полости, бактериологический анализ внутрибрюшного и раневого отделяемого для последующего контроля эффективности лечения пациентов. Санацию брюшной полости и операционной раны в основной группе больных проводили с использованием озонированного физиологического раствора (ОФР) и NO-содержащего воздушно-плазменного потока (NO-СВП). ОФР получали на озонотерапевтической установке УОТА-60-01 "Медозон", NO-СВП генерировались воздушно-плазменным аппаратом СКСВП/NO-01 "Плазон". В контрольной группе санацию внутрибрюшных очагов воспаления и лапаротомной раны проводили с применением раствора фурациллина. По завершении санации брюшной полости в первой группе больных лапаротомную рану перед ушиванием, а также места установки дренажей перед фиксацией последних промывали ОФР, а затем обрабатывали NO-СВП в течение 5-10 сек на 1 см^2 при помощи манипулятора аппарата "Плазон" с расстояния 150-180 мм до образования коагуляционной пленки. В послеоперационном периоде рану обрабатывали с расстояния 180-250 мм маятникообразными сканирующими движениями манипулятора вдоль раны в течение 1 минуты при перевязках до снятия швов. При появлении у больных в области раны симптомов воспаления, скопления гноя выполнялось общепринятое лечение, включающее вскрытие, санацию и дренирование гнойного очага. У пациентов первой группы лечение раневых гнойно-воспалительных осложнений было дополнено NO- и озонотерапией.

Результаты. Количественный анализ микробной обсемененности раневого отделяемого в основной и контрольной группах представлен в таблице.

Таблица. Динамика уровня обсемененности раневого отделяемого пациентов с нагноением послеоперационных ран в основной и контрольной группах

Группы пациентов	Общее микробное число, log/мл		
	1-е сутки лечения	3-и сутки лечения	5-е сутки лечения
Основная группа (n=30)	$6,8 \pm 0,4$	$3,4 \pm 0,6$	нет роста микрофлоры
Контрольная группа (n=30)	$7,4 \pm 0,9$	$5,9 \pm 0,6$	$3,6 \pm 0,4$

Контроль эффективности лечения осуществляли на 1, 3 и 5-е сутки после вскрытия гнойного очага путем проведения качественного и количественного бактериологического исследования раневого отделяемого.

Нагноение послеоперационной раны в основной группе было у 2 (6,7%) пациентов, в контрольной группе – у 4 (12,5%). Результаты бактериологического исследования раневого отделяемого свидетельствовали о наличии в ране ассоциаций возбудителей, среди которых значительно преобладали в 40,4% случаев – *E. coli*, 32,6% – *Streptococcus feacalis*, 14,8% – *Ps. aeruginosae*, 12% – *Enterococcus*.

Выводы. Санация послеоперационных ран озонированным физиологическим раствором в сочетании с воздействием NO достоверно снижает риск развития раневых инфекционных осложнений и является эффективным средством лечения хирургической инфекции.

Литература

1. Микробиологическая оценка послеоперационной раневой инфекции в многопрофильной хирургической клинике / Фадеева Т.В., Верещагина С.А., Филатова Л.С. и др. //Инфекции в хирургии. – 2012. – №4. – С. 14-20.
2. Савельев В.С. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей: российские национальные рекомендации. – М.: Боргес. – 2009.
3. Семенов С.В., Сингоренко А.С., Кудрявцев Б.П. Озонотерапия общего перитонита. Озон и методы эфферентной терапии в медицине. – Н. Новгород. – 2000. – С. 72-73.

УДК 616.12 – 007.2

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

О.В. Биндус

Научный руководитель – доц. Т.Е. Афанасенкова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра общей врачебной практики с курсом поликлинической терапии

Резюме. В работе обсуждаются современные вопросы терминологии, диагностические и классификационные критерии дисплазии соединительной ткани, а также изучена частота встречаемости дисплазии соединительной ткани среди взрослого населения.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани

CONGENITAL HEART DISEASE AS A MANIFESTATION OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

O.V. Bindus

Scientific advisors – associate prof. T.E. Afanaskova, PhD

Smolensk State Medical University

The Department of General Medicine with a Course of Outpatient Therapy

Abstract. This paper discusses current issues concerning terminology, diagnostics and classification criteria in connective tissue dysplasia, as well as incidences of connective tissue dysplasia in the adult population.

Keywords: connective tissue dysplasia

Актуальность. Изменения условий окружающей среды, последовавшие за интенсивным развитием промышленности в XIX–XX веках, привели к изменению классического клинического течения многих известных болезней, увеличилась частота проявлений стигм дизэмбриогенеза у детей, аллергических и аутоиммунных заболеваний [2].

Дисплазии соединительной ткани – наследственные нарушения соединительной ткани мультифакториальной природы, объединенные в синдромы и фенотипы на основе общности внешних и/или висцеральных признаков и характеризующиеся многообразием клинических проявлений от доброкачественных субклинических форм до полиорганной и полисистемной патологии с прогрессивным течением. Дисплазия соединительной ткани имеет мультифакториальное наследование и связана с аномалией синтеза и обмена коллагена или других белков соединительной ткани (эластина, фибриллина, тенасцина) [1].

К фенотипическим признакам дисплазии соединительной ткани относятся: конституциональные особенности (астеническое телосложение, дефицит массы), собственно синдром дисплазии соединительной ткани (гиперэластичность кожи, особенности развития лицевого черепа, гипермобильность суставов, плоскостопие, долихостеномелия, кифосколиоз, деформации грудной клетки), малые аномалии развития, которые сами по себе не имеют клинического значения, а выступают в роли стигм. Основными органами-мишенями при дисплазии соединительной ткани, являются кожа, опорно-двигательный аппарат, сердечно-сосудистая и нервная системы [1].

Цель. Определить частоту встречаемости дисплазии соединительной ткани среди взрослого населения.

Материалы и методы. Были выбраны 48 амбулаторных карт пациентов за 2012-2014 годы с диагнозом: врожденный порок сердца, наблюдавшихся в одной из поликлиник г. Смоленска. Возраст пациентов составил 18-75 лет, мужчин было – 33 (69%) и женщин – 15 (31%).

Результаты и их обсуждение. При анализе амбулаторных карт пациентов с врожденным пороком сердца было обнаружено поражение не только сердца, но и других органов, содержащих соединительную ткань. При эхокардиографии, ЭКГ и УЗИ сердца были выявлены: малая анатомическая аномалия сердца – 46% случаев, пролапс митрального клапана – 42%, дополнительная хорда левого желудочка – 12,5%, недостаточность клапана легочной артерии – 4%, недостаточность митрального клапана – 4%, аортальный стеноз – 4%, дефект межжелудочковой перегородки – 4%, открытый артериальный проток (4 мм) – 2%. Из других сердечно-сосудистых поражений диагностированы: артериальная гипертензия I степени – 8% случаев. У некоторых пациентов за счет нарушения упругости бронхов встречалась трахеобронхиальная дискинезия. Кроме того, выявлены: дискинезия желчевыводящих путей – 15%, перегиб желчного пузыря – 8%, хронический пиелонефрит – 2%. Неврологическая патология проявлялась в виде нейроциркуляторной дистонии у 8% больных, синдром вегетососудистой дистонии – у 15%. Выявлены следующие поражения опорно-двигательного аппарата: сколиоз грудного отдела позвоночника I степени – 20% случаев, плоскостопие I степени – 15%, деформирующий артроз суставов – 8%, ювенильный ревматоидный артрит – 2%, неревматоидный артрит – 2%, ревматизм – 2%. Поражение глаз проявлялось в виде миопии слабой степени у 2% пациентов.

Выводы. В структуре дисплазии соединительной ткани сердца высок удельный вес поражения других органов и систем, содержащих соединительную ткань. Поэтому своевременное выявление признаков дисплазии соединительной ткани позволяет, при назначении адекватной терапии, предупредить возможные осложнения.

Литература

1. Арсентьев В.Г. Дисплазии соединительной ткани у детей: этиология, классификация, клиника, критерии диагностики, принципы лечения // Детская медицина Северо-Запада. – 2011. – Т. 2, № 3. – С. 43-52.
2. Нестеренко З.В. Дисплазия соединительной ткани – медико-социальный феномен XXI века. Журнал «Боль. Суставы. Позвоночник». – 2012. – 1 (05).
<http://www.mifua.com/archive/article/30446>

УДК 616.5-006.311.03-053.36

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕАНГИОМ НАРУЖНЫХ ПОКРОВОВ У ДЕТЕЙ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**А.В. Боцман²****Научные руководители - д.м.н., проф. В.В.Бекезин¹, к.м.н., доц. А.А.Тарасов²***Смоленский государственный медицинский университет**Кафедра детских болезней лечебного и стоматологического факультетов¹,
кафедра детской хирургии²*

Резюме. Проведен анализ зависимости частоты встречаемости гемангиом наружных покровов у детей от экологического неблагополучия различных районов Смоленской области в сравнении. Выяснено, что численность детей с данной патологией выше в тех, районах, где сосредоточены наиболее крупные промышленные предприятия, а также в районах, находящихся вблизи с крупными промышленными центрами.

Ключевые слова: гемангиома наружных покровов, экологически неблагоприятный район, Смоленская область, дети

REGIONAL CHARACTERISTICS IN THE FREQUENCY OF HEMANGIOMAS OF OUTER SURFACES IN CHILDREN**A.V. Botsman²****Scientific advisors – prof. Bekezin MD, PhD¹, associate prof. A. A. Tarasov, PhD²***Smolensk State Medical University**Department of Children's Diseases¹, Department of Pediatric Surgery²*

Abstract. Frequency and course of hemangiomas of the external body surfaces in children living in different ecological regions of the Smolensk region are analyzed. It has been found out that the number of children with this pathology is higher in those areas, where large industrial enterprises are located, as well as in areas close to major industrial centers.

Key words: hemangioma of external body surfaces, environmentally unfriendly region, Smolensk region, children

Актуальность. Гемангиомы кожных покровов и слизистых – часто встречающиеся доброкачественные сосудистые образования, составляющие 50% среди опухолей мягких тканей у детей [3]. Гемангиомы встречаются у 1,1-2,6% всех новорожденных, а к концу первого года жизни этот показатель увеличивается до 10,1% [4]. Обычно гемангиомы обнаруживаются сразу же после рождения, значительно реже в течение первых двух месяцев жизни. На возникновение гемангиом у детей влияет множество факторов. Одним из них является неблагоприятная экологическая ситуация района, где родился ребенок [3], что особенно значимо для некоторых районов Смоленской области. Экологические проблемы Смоленской области связаны с загрязнением токсичными, бытовыми и другими отходами значительной территории, вследствие их техногенной перегрузки, нерациональной структурой производства и природопользования [2].

Цель. Провести комплексное динамическое изучение региональных особенностей частоты встречаемости гемангиом наружных покровов у детей Смоленской области.

Материалы и методы. В исследование включены дети с гемангиомами наружных покровов первого года жизни, проходившие лечение в детском хирургическом отделении Смоленской областной клинической больницы. Проведен анализ данных за пять лет (2010-2014 гг.) с выявлением частоты встречаемости гемангиом у детей в каждом из районов Смоленской области. Частота встречаемости гемангиом определялась из расчета количества детей, рожденных за год [1]. Для определения экологической обстановки 25 районов Смоленской области использованы данные Роспотребнадзора [2].

Результаты. В ходе исследования выявлено, что частота встречаемости гемангиом наружных покровов у детей по различным районам Смоленской области распределена неравномерно. Самые высокие показатели частоты встречаемости данной патологии отмечались в Шумячском, Краснинском, Духовщинском, Демидовском, Дорогобужском, Ершичском, Починковском, Сафоновском районах и г. Смоленске, варьируя в диапазоне от 0,75 до 1,85% (средний показатель – 1,23%).

Наименьшая частота встречаемости гемангиом у детей отмечалась в Рославльском, Монастырщенском, Угранском, Новодугинском, Ельнинском, Сычевском, Руднянском, Хиславичском, Глинковском районах и варьировала в диапазоне от 0,2 до 0,5%, (средний показатель – 0,32%).

В соответствии с данными Роспотребнадзора, к экологически неблагоприятным районам Смоленской области относятся: Дорогобужский, Сафоновский, Духовщинский, Шумячский, Починковский, Краснинский, Демидовский, Ершичский, а также г. Смоленск. Таким образом, можно отметить зависимость экологического неблагополучия отдельных районов Смоленской области и частоты встречаемости гемангиом наружных покровов у детей первого года жизни (таб.).

Таблица. Частота встречаемости гемангиом наружных покровов у детей в зависимости от экологического благополучия районов Смоленской области

Наиболее экологически загрязненные районы		Районы с наименьшим экологическим загрязнением	
Название района	Частота встречаемости гемангиом у детей, %	Название района	Частота встречаемости гемангиом у детей, %
Шумячский	1,85%	Рославльский	0,20%
Краснинский	1,72%	Монастырщенский	0,23%
Духовщинский	1,49%	Угранский	0,25%
Демидовский	1,35%	Новодугинский	0,26%
Дорогобужский	1,19%	Ельнинский	0,30%
Ершичский	1,07%	Сычевский	0,32%
Починковский	0,83%	Руднянский	0,35%
Сафоновский	0,78%	Хиславичский	0,43%
Смоленск	0,75%	Глинковский	0,50%

Выводы. Сложившаяся экологически неблагоприятная ситуация отдельных районов Смоленской области оказывает влияние на здоровье населения, в частности на частоту встречаемости гемангиом наружных покровов у детей.

Литература

1. Медико-демографический атлас Смоленской области. Департамент Смоленской области по здравоохранению ОГАУЗ СОМИАЦ. Смоленск, 2011. – 26 с.
2. Смирнов И.Ю. Смоленская область. – М: Российская объединенная демократическая партия «ЯБЛОКО», 2011. – 32 с.
3. Шафранов В.В. Гемангиома // Здоровье. – 1994. – № 4. – С. 15-18.
4. Amir, J. Strawberry haemangioma in preterm infants / J. Amir, A. Metzker, M.B. Krikler, S.H. Reizner // *Pediatr. Dermatol.* – 1986. – № 3. – P. 331-332.

УДК 616.314.2-007.26-089.23

**РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГ-ИССЛЕДОВАНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ЛИЦ
В ВОЗРАСТЕ ОТ 14 ДО 25 ЛЕТ В г. СМОЛЕНСКЕ**

П.Н. Гелетин¹, Е.А. Мишутин¹Научные руководители – доц. В.Г. Морозов¹, доц. С.Н. Деревцова²

*Смоленский государственный медицинский университет,
Кафедра пропедевтической стоматологии¹,
кафедра физики, математики и медицинской информатики²*

Резюме. В статье представлены результаты скрининг-исследования распространенности дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у пациентов в возрасте от 14 до 18 лет и в возрасте от 19 до 25 лет.

Ключевые слова: внутренние нарушения височно-нижнечелюстного сустава, симптомы заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава

**SCREENING DATA OF PREVALENCE OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS
AT THE AGE 14 -25 IN THE CITY OF SMOLENSK**

P.N. Geletin¹, E.A. Mishutin¹Scientific advisors – associate prof. V.G. Morozov, PhD¹, associate prof. S.N. Derevtsova, PhD²

*Smolensk State Medical University
The Department of Propaedeutic Dentistry¹, The Department of Physics and IT in Medicine²*

Abstract. The article present screening results concerning prevalence of dysfunction of temporomandibular joints. The study involved 283 patients aged 14-18 (I group) and 99 patients aged 19-25 (II group).

Key words: internal derangement, symptoms of temporomandibular disorders, dysfunction of temporomandibular joint

Актуальность. Среди причин обращения больных к врачу-стоматологу одной из наиболее распространенных является патология височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), встречающаяся у 25-50% взрослого населения [3]. В 1979 году на VI ежегодном семинаре, посвященном исследованиям височно-нижнечелюстного сустава (Чикаго, США), был принят термин «внутренние нарушения ВНЧС», который обозначает локализованный механический дефект (как вправляемое, так и невправляемое смещение суставного диска), который нарушает плавную работу сустава. По мнению ряда авторов, на долю этой патологии приходится от 70 до 82% от всех заболеваний ВНЧС [1, 2].

Цель. Провести клиническое обследование и анкетирование лиц в возрастных группах от 14 до 18 лет и от 19 до 25 лет для выявления патологии височно-нижнечелюстного сустава и сравнить полученные результаты.

Материалы и методы. Объектом нашего исследования явились 382 пациента в возрасте от 14 до 25 лет, учащиеся школ, колледжей и студенты вузов г. Смоленска. В зависимости от возраста пациенты были разделены на две группы. В I группу вошли 283 пациента в возрасте от 14 до 18 лет (женщин – 145, мужчин – 138), во II группу – 99 пациентов в возрасте от 19 до 25 лет (женщин – 41, мужчин – 58). У всех обследованных устанавливали группу здоровья, проводили клинические методы исследования для выявления соматической патологии: УЗИ внутренних органов, эхокардиографию, ЭКГ. Осмотр полости рта проводился в условиях стоматологического кабинета, все пациенты обследовались по единому протоколу, который включал: определение вида прикуса, соотношения первых постоянных моляров по классификации Энгля, индекса интенсивности поражения кариесом

(КПУ), гигиенического индекса OHIS по Green-Vermillion (1964), папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА). Проводилось клиническое обследование состояния височно-нижнечелюстного сустава, выявляли наличие хруста, щелканья в суставе, болезненности при пальпации, устанавливали траекторию и степень открывания рта. Определяли степень дисфункции с использованием клинического индекса Helkimo. Всем обследованным проводилось анкетирование с использованием специального опросника для выявления патологии ВНЧС, оценка осуществлялась в баллах. Статистическую обработку выполняли на персональном компьютере с использованием пакета статистических программ Microsoft Office Excel 2007 в Windows XP Professional. Для оценки различий между двумя выборками применяли непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты. Нами было установлено, что в обеих группах преобладали пациенты II и III групп здоровья с хроническими соматическими заболеваниями в стадии компенсации. У половины обследованных II группы (50,5%) были жалобы со стороны ВНЧС в 2 раза чаще, чем у пациентов I группы (24,7% соответственно, $p < 0,05$). Самой частой жалобой в обеих группах являлись щелканье в ВНЧС, которое отмечали 19,8% пациентов I группы и 42,4% – II группы ($p < 0,05$). На втором месте по частоте была боль в ВНЧС, на которую указывали 29,3% больных II группы и 13,8% – I группы ($p < 0,05$). Дисфункция ВНЧС была диагностирована во II группе у 44,4% больных, в I – у 24,7% ($p < 0,05$). У больных обеих групп преобладала легкая степень дисфункции (Helkimo), но у лиц II группы легкая и средняя степень тяжести дисфункции встречалась достоверно чаще, чем у пациентов I группы ($p < 0,05$). Среднее количество баллов при определении степени дисфункции по Helkimo в I группе составило $0,75 \pm 1,83$, во второй – $1,64 \pm 2,84$. Различия между группами являются статистически значимыми ($p < 0,05$). В результате проведенных исследований было установлено, что 22,9% больных I группы и 45% II группы имели патологию прикуса и зубных рядов. В I группе достоверно чаще наблюдался I-й класс по Энглу, чем во II ($p < 0,05$). Интересно, что у каждого пятого больного II группы (18,3%) в связи с отсутствием зубов и аномалиями прикуса первые моляры верхней и нижней челюсти не контактировали. В результате проведенных исследований было установлено, что средний индекс КПУ у пациентов I группы составил $5,48 \pm 0,24$, тогда как у пациентов II – $7,83 \pm 0,47$ ($p < 0,01$). Среднее число отсутствующих зубов у пациентов II группы составило $0,41 \pm 0,13$, что было достоверно больше, чем у больных I группы $0,03 \pm 0,01$ ($p < 0,05$). Различия между группами статистически значимы по значению индекса КПУ, числу пломбированных и удаленных зубов. При сравнении показателей индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ), нижние моляры имели более высокий индекс ИРОПЗ по сравнению с верхними. Первые моляры были разрушены в большей степени, чем вторые. Различия в признаках для каждой из групп статистически достоверны на уровне значимости $p < 0,05$. Этот факт, по нашему мнению, имеет важное клиническое значение, так как именно первые моляры являются «ключами окклюзии» и чем больше степень их разрушения, тем выше риск нарушения окклюзионных взаимоотношений и, как следствие, развития патологии ВНЧС. У больных I группы число удаленных первых моляров и процент первых моляров, которые имеют высокую степень разрушения (значение индекса ИРОПЗ от 0,7 до 0,9), было достоверно меньше, чем у обследованных II группы ($p < 0,05$). Самыми частыми симптомами, которые указывали пациенты в анкете, были головная боль, заложенность в ушах, щелканье в суставе, боль в висках. Анализируя данные анкеты, установили, что среднее количество баллов у больных I группы составило $4,50 \pm 0,22$, тогда как во II – $5,47 \pm 0,70$ ($p > 0,05$). Отсутствие достоверных различий, по данным анкетирования, в обеих группах можно объяснить тем, что оценка в баллах проводилась субъективно самими исследуемыми, которым в силу их возраста иногда было трудно оценить степень выраженности той или иной патологии.

Выводы. Высокая распространенность дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у пациентов обеих групп по нашему мнению была связана с большим числом первых моляров, имеющих значения индекса ИРОПЗ от 0,7 до 0,9, нарушением окклюзионных

взаимоотношений за счет восстановления значительно разрушенных зубов пломбами из композиционных материалов, раннего удаления первых постоянных моляров и наличием почти у половины обследованных аномалий прикуса и зубных рядов.

Литература

1. Ивасенко П.И., Мискевич М.И., Савченко Р.К., Симахов Р.В. Патология височно-нижнечелюстного сустава: клиника, диагностика и принципы лечения. СПб., 2007 – 80 с.
2. Манфредини Д. Височно-нижнечелюстные расстройства. Современные концепции диагностики и лечения. – М: Азбука, 2013. – 503 с.
3. Хватова В.А. Клиническая гнатология: учебное пособие. – Изд-во «Медицина», 2005. – 296 с.

УДК 616.36 – 072.7

НЕИНВАЗИВНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ДОППЛЕРОМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Т.Д. Гельт¹

Научный руководитель – проф. А.В. Борсуков²

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии¹,

ПНИЛ «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии»²

Резюме. У пациентов с диффузными заболеваниями печени наблюдаются изменения на уровне микроциркуляции: дисфункция эндотелия, ремоделирование и капилляризация синусоидов. С целью изучения возможностей неинвазивной лазерной доплеровской визуализации при оценке прогнозирования течения различных форм диффузных заболеваний печени были обследованы 76 пациентов, страдающие циррозом печени алкогольного генеза, стеатогепатитом смешанной этиологии, вирусным гепатитом «В» и «С» различной степени активности.

Ключевые слова: лазерная доплерография, диффузные заболевания печени, функциональные пробы, прогноз

NON-INVASIVE LASER DOPPLER TO PREDICT A COURSE OF VARIOUS FORMS OF DIFFUSE LIVER DISEASE

T.D. Gelt²

Scientific advisor – prof. A.V. Borsukov¹, MD, PhD

Smolensk State Medical University

The Department of Internal Medicine (for the Faculty of General Medicine)¹,

Research Laboratory “Diagnostic Research and Miniinvasive techniques”²

Abstract. In patients with diffuse liver diseases microvasculature disturbances are characterized by endothelial dysfunction, sinusoidal remodeling and capillarization and increased intrahepatic vascular resistance. 74 patients with alcoholic liver cirrhosis, alcoholic steatohepatitis (ASH) and nonalcoholic steatohepatitis (NASH), viral hepatitis "B" and "C" have been examined to evaluate the potentials of non-invasive laser Doppler imaging (LDI) to predict a course of various forms of diffuse liver disease.

Keywords: laser Doppler, diffuse liver disease, provocation tests, forecast

Актуальность. В последнее время обсуждается тот факт, что на прогрессирование нарушений функции печени при ее дегенеративно-дистрофических заболеваниях оказывают большое влияние изменения, происходящие на уровне микроциркуляторного звена печени [1]. Учитывая системный характер течения заболеваний печени, можно

предположить, что и сосудистые изменения, происходящие на уровне кровеносного русла, также носят системный характер [2].

Целью исследования явилась оценка возможностей неинвазивной лазерной доплеровской визуализации при оценке прогноза развития диффузных заболеваний печени.

Материалы и методы. В течение 1 года на базе гастроэнтерологического отделения ОГБУЗ КБ № 1 были обследованы 76 пациентов с различной патологией печени: 38 пациентов с циррозом печени алкогольного генеза различной степени декомпенсации (с классом А Child-Pugh (n=10), с классом В Child-Pugh (n=18), с классом С по Child-Pugh Child-Pugh (n=10), 20 пациентов с алкогольным и неалкогольным стеатогепатитом, 18 больных с вирусным гепатитом «В» и «С» различной степенью активности. В контрольную группу вошли 25 пациентов с другой гастроэнтерологической патологией без заболеваний печени. Методом неинвазивной лазерной доплерографии оценивали следующие показатели микроциркуляторного кровотока: перфузию (Р, усл. ед.), концентрацию (С, усл. ед.), скорость (v, мм/с) в области thenar и hypothenar обеих кистей. В качестве провокационного проводили холодный тест с полным погружением кисти на 5 мин в холодную воду при температуре 9°C. Сохранность и выраженность этого процесса могут рассматриваться как один из критериев компенсации и обратимости функциональных ресурсов микроциркуляции тканей [1]. Анализировали разницу показателей перфузии (ΔP) до и после холодного воздействия по формуле: $\Delta P = (P_1 - P) / P \times 100\%$, где Р – значение перфузии до проведения холодной пробы, Р₁ – значение перфузии после проведения холодной пробы. При $\Delta P > 10\%$ прогнозировали благоприятное течение и низкую вероятность перехода заболевания в декомпенсированную форму в течение 12 месяцев, а при $\Delta P < 10\%$ расценивали как нарушение обратимости функциональных ресурсов микроциркуляции тканей, что служило основанием для неблагоприятного прогноза с высокой вероятностью развития декомпенсации цирроза печени. Для статистической обработки полученных количественных данных использовали программное обеспечение «Statsgraphics Plus 5.1» ($p < 0,05$).

Результаты. По результатам неинвазивной лазерной доплерографии выявлены нарушения кровотока у всех пациентов с диффузными заболеваниями печени. Так, по мере увеличения размеров печени и селезенки по данным УЗИ, нарастания степени фиброза печени по данным эластографии, а также нарастания активности аминотрансминаз происходило прогрессирование микроциркуляторных нарушений. К выраженным нарушениям мы относили значения показателей микроциркуляции в области thenar и hypothenar у пациентов с диффузными заболеваниями печени: $P > 200$ усл. ед., $C < 45$ усл. ед., $v > 9$ мм/с (характерно для циррозов печени с классом С по Child-Pugh), к умеренным нарушениям кровотока – $P = 155-200$ усл. ед., $C = 45-50$ усл. ед., $v = 5-9$ мм/с (характерно для циррозов печени с классами В и А, гепатитов высокой и умеренной степени активности), к минимальным – $P = 150-140$ усл. ед., $C > 50-60$ усл. ед., $v < 3-5$ мм/с (характерно для гепатитов с минимальной активностью). Показатели микроциркуляции у пациентов контрольной группы: $P = 130,4 \pm 5,6$ усл. ед., $C = 64,8 \pm 6,2$ усл. ед., $v = 2,55 \pm 1,5$ мм/с. При этом прогностически важными для оценки дальнейшего течения заболевания у пациентов с выраженными изменениями в паренхиме печени (циррозы печени разной степени декомпенсации, гепатиты с высокой степенью активности) являются результаты холодной пробы. Отрицательный характер холодной пробы наблюдался у всех пациентов с декомпенсированным течением цирроза печени и у половины пациентов с циррозом печени класса В, у остальных пациентов с циррозом в стадии субкомпенсации холодная проба имела положительное значение ($\Delta P > 10\%$). В ходе динамического наблюдения в течение одного года было установлено, что у всех пациентов с отрицательным значением холодной пробы наблюдалась отрицательная динамика в клинко-лабораторно-инструментальной картине заболевания. У 5 пациентов из этой группы исход был летальным. Также происходило нарастание изменений показателей микроциркуляции в исследуемых областях по данным неинвазивной лазерной доплерографии. Из 9 пациентов с субкомпенсированным циррозом печени, но положительным значением ($\Delta P > 10\%$), у 6 заболевание на фоне терапии перешло

в компенсированную стадию, 3 пациента остались на стадии субкомпенсации. Положительное значение холодовой пробы наблюдалось у пациентов с вирусным гепатитом, циррозом печени класса А (компенсированное течение), стеатогепатитом. В течение года наблюдения переход в группу с декомпенсированной формой заболевания у данных групп лиц не наблюдался. Холодовая проба в контрольной группе всегда носила положительный характер.

Выводы. 1. Изменения показателей перфузии >140 усл. ед., концентрации <50 усл. ед., скорости >3 мм/с у пациентов при диффузных заболеваниях печени характеризуют клинически значимые нарушения микроциркуляторного звена кровеносной системы организма в данном патологическом процессе. 2. Результаты холодовой пробы являются прогностически значимыми для оценки дальнейшего течения заболевания у пациентов с выраженными изменениями в паренхиме печени: $\Delta P > 10\%$ – благоприятное течение и низкая вероятность перехода заболевания в декомпенсированную форму в течение 12 месяцев, а $\Delta P < 10\%$ – нарушение обратимости функциональных ресурсов микроциркуляции тканей, неблагоприятный прогноз с высокой вероятностью развития декомпенсации.

Литература

1. Крупаткин А.И., Сидоров В.В. Функциональная диагностика состояния микроциркуляторно-тканевых систем: колебания, информация, нелинейность. Руководство для врачей. – М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2014. – 498 с.
2. Waleed K. Al-Hamoudi. Cardiovascular changes in cirrhosis: Pathogenesis and clinical implications//Saudi J Gastroenterol. – 2010. – Vol. 16, № 3. – P. 145-153.

УДК 616-053.2-036.8-084

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫМИ

В.А. Глазкова

Научный руководитель – доц. Е.А. Кислякова

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии*

Резюме. Проведен анализ заболеваемости, динамики психомоторного развития и возможностей реабилитации у глубоконедоношенных детей.

Ключевые слова: недоношенные дети, заболеваемость, реабилитация

FEATURES OF DEVELOPMENT AND REHABILITATION IN EXTREMELY PREMATURE CHILDREN

V.A. Glazkova

Scientific advisors – associate prof. E.A. Kisliakova, PhD

*Smolensk State Medical University
The Department of Neurology and Neurosurgery*

Abstract. Detailed analysis of incidences, dynamics of psychomotor development and rehabilitation in extremely premature infants is given in the paper.

Key words: premature infants, morbidity, rehabilitation

Актуальность. Введение в Российской Федерации в 2011 г. новых критериев живорожденности, рекомендуемых ВОЗ, привело к увеличению количества недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Прогноз постнатального развития этого контингента детей в значительной мере определяется наличием структурных

повреждений головного мозга [1]. Для снижения инвалидности с детства необходимо, учитывая особенности недоношенных детей, создать единую систему реабилитационных мероприятий на всех этапах выхаживания, учитывая реабилитационный потенциал каждого ребенка.

Цель. Изучить катамнез и возможности реабилитации глубоконедоношенных детей в зависимости от веса тела при рождении.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 160 историй болезней выживших глубоконедоношенных детей, родившихся в перинатальном центре г. Смоленска, на 22-30-й неделе гестационного возраста (ГВ) с массой от 500 до 1900 г в 2011-2013 гг. В зависимости от веса при рождении все недоношенные дети были разделены на 3 группы: 1-я – 46 новорожденных (28,8%) с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) (500-999 г), 2-я – 85 новорожденных (53,1%) с очень низкой массой тела (ОНМТ) (1000-1499 г), 3-я – 29 новорожденных (18,1%) с низкой массой тела (НМТ) (1500-1900 г). В динамике осмотрены 59 детей в возрасте от 1,5 до 3 лет.

Результаты. Все новорожденные дети поступали в отделение реанимации, где получали своевременное оптимальное лечение в соответствии со стандартом выхаживания недоношенных детей [3]. В таблице представлены заболевания, распространенные у детей с гестационным возрастом менее 30 недель в неонатальном периоде.

Таблица. Структура заболеваемости в неонатальном периоде у глубоконедоношенных детей в зависимости от веса тела при рождении

Заболевания	1-я группа, количество детей, (%)	2-я группа, количество детей, (%)	3-я группа, количество детей, (%)
Анемия новорожденных	35 (76,1%)	62 (72,9)	16 (55,1%)
Ретинопатия недоношенных	29 (63%)*	41 (48,2%)	14 (48,3%)
Гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС	29 (63%)*	41 (48,2%)	13 (44,8%)
Врожденный сепсис	18 (39,1%)**	22 (25,8%)	5 (17,2%)
Бронхолегочная дисплазия	13 (28,3%)**	12 (14,1%)	0 (0%)
Гемолитическая болезнь новорожденных	4 (8,7%)	24 (28,2%)	11(37,9)**

Примечание: * – достоверность различия показателей ($p < 0,05$) у больных 1-й и 2-й групп,

** – достоверность различия показателей ($p < 0,05$) у больных 1-й и 3-й групп.

На втором этапе выхаживания (отделение патологии новорожденных и недоношенных детей), при переводе на палатный режим все дети получали комплекс реабилитационных мероприятий: избирательный массаж, метод «сухой иммерсии» с использованием кровати «Сатурн», лечение «положением», физио- и медикаментозную терапию.

В неврологическом статусе все дети с ЭНМТ имели мышечную гипотонию и низкую двигательную активность, указанные изменения уменьшались пропорционально с увеличением веса ребенка при рождении. Была установлена достоверная разница в выявлении безусловных рефлексов новорожденных на момент осмотра: рефлекс опоры был положительным у 37% детей 1-й группы и у 66,6% – 3-й группы, $p < 0,01$, рефлекс автоматической походки отсутствовал у детей 1-й группы и был положительным у детей 2-й группы в 1,4% случаев, а у детей 3-й группы – в 14,2% ($p < 0,05$). Средний возраст появления сосательного рефлекса составил: 54-й день – у детей с ЭНМТ, 39-й день – с ОНМТ, 31-й день – с НМТ. При анализе результатов нейросонографии (НСГ) получены данные

о преобладании внутрижелудочковых кровоизлияний у детей с ЭНМТ – 51,1% (у детей с НМТ – 28,5%, $p < 0,05$). У детей с ОНМТ преобладали диффузные изменения перивентрикулярной области – 72,6%.

После выписки из Перинатального центра проведение реабилитационных мероприятий осуществлялось амбулаторно, зачастую проводилась оценка детей без учета скорректированного возраста, что приводило к назначению избыточной медикаментозной терапии.

При оценке психомоторного развития с учетом скорректированного возраста выявлено отставание в освоении двигательных навыков у детей с ЭНМТ: самостоятельное сидение они освоили к 12 месяцам (дети с ОНМТ – к 8,6 месяца, дети с НМТ – к 8,5 месяца), начали ползать с 15 месяцев (дети с ОНМТ – в 12 месяцев, дети с НМТ – в 9,5 мес.), самостоятельно ходить начали в 18 месяцев (дети с ОНМТ – в 14 месяцев, дети с НМТ – в 13 месяцев.), говорить отдельные слова стали с 18 месяцев (дети с ОНМТ – с 16 месяцев, дети с НМТ – с 15 месяцев).

При осмотре детей в возрасте от 1 года до 3 лет в структуре выявленных заболеваний зависимости их от массы тела при рождении выявлено не было. Наиболее часто встречались: детский церебральный паралич – 35,6% (21 ребенок), из них 66,7% (14 детей) имели перивентрикулярную лейкомаляцию по данным НСГ. Дети с соматической патологией, не имевшие грубых неврологических нарушений, составили 32,2% (19 детей), синдром дефицита внимания и гиперактивности имели 30,5% (18 детей), дефицит нейродвигательной функции – 25,4% (15 детей), задержка речевого развития наблюдалась у 25,4% (15 детей), патология зрения – у 37,3% (22 ребенка), были здоровы – 6,8% детей. Группу инвалидности имели 30,5% (18 детей). Полученные данные совпадают с данными литературы, в которой описываемая частота неблагоприятного неврологического исхода у выживших детей составляет от 38 до 74% [2].

Выводы. Высокая частота выявляемых неврологических расстройств у детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела, требует совершенствования методов ранней диагностики церебрального дефекта, соблюдения преемственности между стационарным и амбулаторным этапами, выбора индивидуальных и оптимальных методов реабилитации, основанных на знании физиологических особенностей глубококондоношенных детей.

Литература

1. Аронскинд Е.В. Комплексная система оценки здоровья и прогнозирования исходов у недоношенных детей, перенесших критические состояния периода новорожденности: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Екатеринбург, 2007. – 29 с.
2. Виноградова И.В., Краснов М.В., Ногтева Л.Г. Катамнестическое наблюдение за детьми с экстремально низкой массой тела при рождении // Практическая медицина. – 2008. – № 31. – С. 67-69.
3. Скворцова В.И. Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 декабря 2011 г. № 15-0/10/2-11336 “Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении”.

УДК 616.131-005.755.-036.88.-094

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ**С.И. Гришанов¹****Научные руководители – проф. А.Д. Лелянов¹, проф. Д.В. Козлов²***Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской хирургии¹, кафедра патологической анатомии²*

Резюме. Проведен анализ протоколов аутопсий 62 пациентов, которые лечились с 2012 по 2014 год в КБСМП г. Смоленска и умерли вследствие тромбоэмболии легочной артерии. Прижизненная диагностика тромбоэмболии легочной артерии установлена в 17 (27,4%) случаях. У остальных больных диагноз не был установлен. Причины: короткий срок пребывания больных в стационаре, недооценка клинической картины тромбоэмболии легочной артерии, неиспользование УЗДГ для выявления тромбоэмболической окклюзии легочной артерии.

Ключевые слова: Тромбоэмболия легочной артерии, летальность, диагностика, флеботромбоз

EPIDEMIOLOGY OF PULMONARY EMBOLISM ACCORDING TO AUTOPSY DATA**S.I. Grishanov****Scientific advisors – prof. A.D. Lelyanov, MD, PhD¹, prof. D.V. Kozlov, MD, PhD²***Smolensk State Medical University
The Department of Surgery (for the Faculty of General Medicine)¹,
The Department of Pathological Anatomy²*

Abstract. Analysis of autopsy reports of 62 patients who were treated in 2012-2014 in KBSMP of Smolensk and died due to pulmonary embolism. Vivo diagnosis of pulmonary embolism is set in 17 cases (27.4%). The diagnosis was not clear because of short-term hospital stay, underestimation of clinical pulmonary embolism and phlebothrombosis of lower extremities, failure to use Doppler ultrasound to detect occlusion of the thromboembolism of the pulmonary artery.

Key words: pulmonary embolism, mortality, diagnostics, phlebothrombosis

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – одна из наиболее важных проблем современной клинической медицины и занимает третье место по частоте летальности от острых кардиоваскулярных заболеваний [2]. Смертность при ТЭЛА, осложнившейся гипотензией, достигает 67% и более даже в условиях проведения сердечно-легочной реанимации [1, 4]. В диагностическом плане ТЭЛА представляет определенные трудности. По результатам патологоанатомических исследований даже в современных клиниках мира правильный диагноз устанавливается в 23-28% случаев, причем 18% летальности приходится на хирургическую патологию, а 82% – на терапевтическую [3].

При отсутствии должной настороженности практических врачей тромбоэмболия даже мелких и средних ветвей легочной артерии нередко диагностируется несвоевременно. При этом не используется адекватная тромболитическая и антикоагулянтная терапия, что приводит к летальному исходу.

Цель. На основании анализа историй болезни и протоколов аутопсий установить частоту недиагностированной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), а также причины несвоевременной диагностики этого тромбоэмболического осложнения.

Материалы и методы. В связи с изложенным выше, проведен анализ протоколов аутопсий (1352 протокола), выполненных с 2012 по 2014 год в КБСМП г. Смоленска, из них в 62 случаях выявлена ТЭЛА.

Результаты. По данным анализируемых статистических отчетов и протоколов аутопсий, частота ТЭЛА с летальным исходом за последние 3 года составила 4,6% от общей летальности. Среди разбираемых случаев с не выявленной при жизни тромбоэмболией

легочной артерии были 24 женщины (средний возраст 72,0±9,4 года) и 21 мужчина (средний возраст 61,3±10,2 года). Обращает на себя внимание значительное количество (45) не диагностированных случаев ТЭЛА по данным протоколов аутопсий. В связи с этим проанализированы истории болезни с недиагностированной ТЭЛА, что составило 72,6% всех случаев тромбоэмболии легочной артерии, выявленных только на аутопсии. Частота летальной не диагностированной ТЭЛА значительно возрастает в зависимости от возраста и сопутствующих отягощающих заболеваний. Выявлена следующая частота случаев не диагностированной ТЭЛА в отделениях больницы: в хирургическом отделении – 5 больных (32%), в терапевтическом – 23 (72%), в неврологическом – 6 (100%).

Следующим этапом исследования был анализ записей врачей в истории болезни, указывающих на тромбоэмболические состояния. В 6 наблюдениях, по данным анамнеза и объективного осмотра, в историях болезни имелись указания на перенесенный рецидивирующий тромбофлебит нижних конечностей и наличие признаков хронической венозной недостаточности. Кроме того, в 9 наблюдениях указывалось на наличие отека и болезненности в области икроножных мышц (положительный симптом Хоманса). При этом консультации хирурга и применение дополнительных инструментальных методов исследования на наличие проходимости вен нижних конечностей не было. Следует отметить, что во всех указанных случаях (n=9) в последующем на аутопсии были выявлены признаки флелотромбоза глубоких вен голени и бедра с нарушениями кровотока в виде окклюзии. Острое течение тромбоэмболии легочной артерии было отмечено у 25 больных (40,3%), что сопровождалось развитием клинической симптоматики сердечно-легочной недостаточности. Постепенное нарастание легочной дисфункции, то есть медленное развитие клинической картины ТЭЛА при поражении (мелких и средних ветвей) легочной артерии (ЛА), по данным аутопсий, было выявлено у 37 больных (59,7%).

При этом данные ЭКГ у 42 умерших больных свидетельствовали о перегрузке правых отделов сердца и имелись признаки ишемии миокарда. У 8 умерших ТЭЛА развивалась по типу «подрастающего» тромбоза. При этом на аутопсии в мелких ветвях ЛА находили множественные тромбы различной давности по степени организации. Эти больные, как правило, лечились по поводу пневмонии с признаками абсцедирования. В 19 (30,7%) случаях источником тромбозов являлись тромбы глубоких вен голени, а в 34% – источники летальной ТЭЛА на вскрытии не были выявлены.

Выводы. 1. ТЭЛА как причина летального исхода по данным аутопсий в многопрофильной больнице составила 4,6%. 2. Суждения о частоте ТЭЛА только по данным аутопсий является неполным, преуменьшенным, так как при адекватном лечении значительная часть окклюзии ЛА заканчивается выздоровлением. 3. При лечении ТЭЛА первоочередной задачей является ранняя диагностика и принятие неотложных лечебных мероприятий по устранению тромботической окклюзии ЛА, предусматривающих тромбоэмболэктомию или тромболитическую терапию.

Литература

1. Мостовой Ю.М., Константинович Т.В. Тромбоэмболия легочной артерии, диагностическая и лечебная тактика // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2006. – № 2. – С. 31-41.
2. Неймар М.И., Зальцман А.Г., Акатов А.В. и др. Пути улучшения результатов лечения тромбоэмболии легочной артерии // Общая реаниматология. – 2010. – № 6. – С. 48-51.
3. Crak d., Me Yiffin D.C., Dell'italia L.I., Afmool M.Y. Submassive pylmonary embolism: where's the tipping point? // Circulation. – 2013. – Job. 127, № 24. – С 2458-2464.
4. Schluger N., Henschke C. King T. Diagnosis of pulmonary embolism at a large teaching hospital. // Y. Thorac. Imaging. – 1994. – Jod 9. – № 3. – С. 180-184.

УДК 616.33-002.44-07-08

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ДИГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРАКТИКУЮЩИМИ ВРАЧАМИ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ

Е.Е. Дубская¹Научный руководитель – доц. Т.Е. Афанасенкова²Поликлиника №2¹Смоленская государственная медицинский университет²

Кафедра общей врачебной практики с курсом поликлинической терапии

Резюме. В статье, на основе анализа амбулаторных карт, представлены результаты диагностики и лечения больных с гастродуоденальной патологией. Установлено, что не всегда соблюдаются рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации для практикующих врачей России и рекомендации Европейского консенсуса Маастрихт 4. Это приводит к формированию резистентности *Helicobacter pylori* к назначаемой терапии, частым рецидивам язвенной болезни и хронического эрозивного гастрита.

Ключевые слова: эрадикационная терапия, частота рецидивов, приверженность лечения

EVALUATION OF THE ACCURACY OF GENERAL PRACTITIONERS' DIAGNOSTICS AND THERAPY IN OUTPATIENTS WITH GASTRODUODENAL PATHOLOGIES

E.E. Dubskaya¹Scientific advisor – associate prof. T.E. Afanasekova, PhD²Polyclinic №2¹

Smolensk State Medical University

The Department of General Medicine with a Course of Outpatient Therapy

Abstract. The article is based on analysis of outpatient cards and presents the results of diagnostics, treatment of patients with gastroduodenal pathology. It has been established that recommendations of the Russian Gastroenterology Association for practitioners of Russia and the recommendations of the European Consensus Maastricht 4 are not always followed. The situation can lead to the formation of the resistance of HP to therapy administered, frequent recurrences of ulcer disease and chronic erosive gastritis.

Key words: eradication therapy, the recurrence rate, compliance to treatment

Актуальность. В последние годы отмечается рост числа пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). По данным Министерства здравоохранения и социального развития за 2011 год, в Российской Федерации зарегистрировано 11228,7 человек на 100000 населения с заболеваниями органов пищеварения, такой же рост заболеваемости с данной патологией отмечается и в Смоленской области [1]. Хронический гастрит (ХГ) – самое распространенное заболевание желудочно-кишечного тракта: 25-35% населения индустриально развитых и развивающихся стран страдают данным заболеванием. Язвенная болезнь (ЯБ) среди взрослого населения встречается от 6 до 10% [4]. Одной из наиболее частых причин поражения слизистой оболочки желудка и ДПК, по данным литературы, является *Helicobacter pylori* (HP). При ХГ HP-инфекция выявляется у 60-80% пациентов, при ЯБ – у 98-100% [2]. Проведение эрадикации HP при этих заболеваниях признано обязательным, поскольку оно приводит к прекращению рецидивирования ЯБ, предотвращает дальнейшее прогрессирование ХГ, уменьшает риск развития рака желудка [5]. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации для практикующих врачей России от 2012 года, составленные с учетом данных Европейского консенсуса Маастрихт 4 и реалий российской действительности, являются указанием для ведения больных с гастродуоденальной

патологией. При этом, несмотря на доступность и адекватность европейских и российских рекомендаций, в практическом здравоохранении часто наблюдаются существенные отклонения от стандарта, что объясняется «несогласием» врача [3].

Цель. Оценка приверженности амбулаторных врачей рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации.

Материалы и методы. Были проанализированы данные амбулаторных карт 150 больных с хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на амбулаторном лечении в поликлинике № 2 г. Смоленска в течение 15 лет. Хронический эрозивный гастрит выявлялся в 58% случаев, а ЯБ желудка и ДПК – в 42%. Среди наблюдавшихся преобладали женщины – 63%. Возраст пациентов – от 18 до 67 лет. Оценивались следующие показатели ведения амбулаторной карты: полнота охвата обследованием, критерии проводимого лечения, частота рецидивов заболевания. Для оценки результатов использовали непараметрический критерий χ^2 критический.

Результаты и обсуждение. При анализе амбулаторных карт пациентов, первично обратившихся с гастродуоденальными жалобами, установлено, что диагноз заболевания верифицировался на основании характерных жалоб больных, анамнестических данных, физических, лабораторных, инструментальных методов исследования. Всем пациентам была выполнена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) с биопсией, при которой оценивалось обсеменение слизистой оболочки *HP*. Исследование кислотности не проводилось ни у одного пациента в связи с отсутствием возможностей и оснащения поликлиники. Трёхкомпонентная или четырёхкомпонентная схемы эрадикационной терапии (ЭТ) были назначены 95 пациентам из 150: из них у 36% после подтверждения наличия *HP* и 64% больным ЭТ была назначена эмпирически. Остальные 47% принимали обезболивающие препараты, антациды и монотерапию в виде антисекреторного препарата. Контроль лечения, включающий ФГДС с определением наличия *HP*, проводился всего у 95 пациентов, причем у 78% через 4 недели после лечения, а у 22% через 3-4 месяца в связи с большой очередью на проведение данного вида исследования. У пациентов, получавших квадротерапию (45 человек), *HP* выявлялся повторно у 27% пациентов, а у пациентов, лечившихся тройной терапией (50 человек), определялся у 62% пациентов, что статистически чаще, чем при лечении квадротерапией (χ^2 расчетный=11,93, χ^2 критический=3,84, $p<0,05$).

Важнейшее значение для оценки правильности лечебных мероприятий у больных с гастродуоденальной патологией имеет частота рецидивов. В течение года рецидивы заболевания у пациентов, лечившихся по международным рекомендациям, наблюдались в 42% случаев, а у получавших симптоматическую терапию – в 65% случаев (χ^2 расчетный=7,60, χ^2 критический=3,84, $p<0,05$), что говорит о частом несоблюдении практикующими врачами международных рекомендаций.

Выводы. На амбулаторном приёме врачи не всегда следуют рекомендациям гастроэнтерологической ассоциации, что приводит к формированию резистентности *Helicobacter pylori* к назначаемой терапии, частым рецидивам язвенной болезни и хронического эрозивного гастрита. Кроме того, не всегда возможно проведение контрольной ФГДС через 4-6 недель, что не позволяет определить достоверность эрадикационной терапии.

Литература

1. Афанасенкова Т.Е., Ладенкова Н.В. Анализ заболеваемости пациентов, страдающих болезнями органов пищеварения по Смоленской области// Вестник Смоленской медицинской академии. – 2010. – № 1. – С. 67-68.
2. Дрынов Г.И. Лечение хеликобактерной инвазии при гастродуоденальной патологии: дискуссионные вопросы// Лечение и профилактика. – 2013. – № 3 (7). – С. 142-145.
3. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., и др. Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых//

Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2012. – № 1. – С. 89-90.

4. Циммерман Я.С. Проблема хронического гастрита // Клиническая медицина. – 2008. – № 5. – С. 13-21.

5. Шептулин А.А. Инфекция *Helicobacter pylori*: что еще, кроме заболеваний желудка?// Клиническая медицина. – 2014. – № 5. – С. 33-39.

УДК 618.14 – 005.1 – 089.888

ПЕРЕВЯЗКА МАТОЧНЫХ СОСУДОВ НА ТРЕХ УРОВНЯХ КАК СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

М.П. Евсева

Научный руководитель – доц. Л.С. Киракосян

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

Резюме. В статье описываются результаты проведенных органосохраняющих операций – (перевязка маточных сосудов на трех уровнях) во время кесарева сечения.

Ключевые слова: акушерское кровотечение, кесарево сечение, перевязка маточных сосудов на трех уровнях

THREE-LEVEL UTERINE ARTERY LIGATION AS A METHOD OF TREATMENT AND PREVENTION OF OBSTETRIC BLEEDING

M.P. Evseeva

Scientific advisor – associate prof. L.S. Kirakosyan, PhD

Smolensk State Medical University

The Department of Obstetrics and Gynecology (for the Doctors 'Skills Upgrading Department)

Abstract. The article presents data devoted to organ-saving surgery (three-level bilateral uterine artery ligation) in cesarean section

Key words: obstetrics bleeding, cesarean section, three-level bilateral uterine artery ligation

Актуальность. Проблема остановки массивных кровотечений и надежного гемостаза в оперативном акушерстве остается актуальной, поскольку кровотечения являются одной из ведущих причин материнской смертности и, согласно статистике Минздрава РФ за 2013 год, составляют 19%. В настоящее время частота массивных акушерских кровотечений при кесаревом сечении в 5 раз выше, чем при вагинальных родах [2]. Несмотря на попытки сдержать увеличение частоты кесаревых сечений, их уровень постоянно растет во всем мире. В РФ частота кесаревых сечений превысила 20% в популяции [1].

В настоящее время в основе тактики лечения гипотонических кровотечений во время кесарева сечения лежит органосохраняющий принцип. К таким консервативным методам хирургической остановки акушерского кровотечения относят перевязку маточных сосудов или внутренних подвздошных артерий, наложение компрессионных швов или эмболизацию маточных сосудов. Радикальный способ остановки кровотечения – экстирпация матки является крайней мерой. В каждом конкретном случае тактика ведения определяется клинической ситуацией, профессиональным уровнем врача и технической оснащенностью учреждения.

Цель. Улучшить результаты лечения акушерских кровотечений при органосохраняющих операциях путем перевязки маточных сосудов на трех уровнях.

Материалы и методы. В исследование были включены 79 пациенток, родоразрешенных путем операции кесарева сечения в родильном отделении ОГБУЗ КБ № 1 с 2010 по 2014 г. Основные группы – в IА группу были включены 46 пациенток с гипотоническим

кровотечением, по поводу остановки которого была выполнена перевязка маточных сосудов на трех уровнях, во I В группу – 25 пациенток высокого риска развития гипотонического кровотечения, у которых перевязка маточных сосудов была выполнена с профилактической целью. Контрольную группу составили 52 пациентки без гипотонического кровотечения и наличия факторов риска его развития.

Результаты. В родильном отделении ОГБУЗ КБ №1 г. Смоленска в сотрудничестве с кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС СГМА под руководством доктора медицинских наук, профессора А.Н. Иваняна в практику внедрено лигирование магистральных сосудов матки на трех уровнях с целью гемостаза. Перевязка маточных сосудов на трех уровнях осуществляется следующим образом: первый уровень (I) – миометрий прокалывают у самого ребра на уровне внутреннего зева матки с таким расчетом, чтобы часть мышечной ткани матки попала в лигатуру, не проникая в полость. Обратным движением этой же иглой прокалывают в бессосудистой зоне широкую связку матки, отступив от матки на 2 см, чтобы восходящая ветвь маточной артерии и вены попала в петлю лигатуры. Второй уровень (II) – накладывают компрессионную лигатуру на уровне средней трети тела матки для дополнительного прижатия артерии и вены ввиду того, что на I уровне не всегда удается захватить восходящую ветвь маточной артерии и вены, учитывая индивидуальные особенности ветвления. Третий уровень (III) – миометрий прокалывают в области угла матки на уровне отхождения маточной трубы и собственной связки яичника, чтобы захватить яичниковую ветвь маточной артерии и вены, и завязывают лигатуру. Используют для перевязки нити из рассасывающегося материала короткого срока рассасывания (викрил-Рапид, ПГА-рапид, трисорб Рапид, кетгут) длиной не менее 25-30 см и колющую изогнутую хирургическую иглу длиной 70 мм. Такую же процедуру осуществляют с другой стороны. Быстро наступающая вследствие перевязки основных сосудов ишемия матки приводит к ее резко выраженному сокращению. Преимущество данного способа состоит в том, что захват миометрия при наложении лигатуры обеспечивает менее травматичное по сравнению с перевязкой прижатие (компрессию) сосудов матки, что способствует гемостазу.

Основными показаниями к проведению операции кесарева сечения были аномалии родовой деятельности, такие как упорная первичная и вторичная слабость, неподдающиеся медикаментозной коррекции внутривенным подведением утеротоника (окситоцина) в нарастающей дозировке (26 % пациенток), а также клинический узкий таз II-III степени несоответствия (в 40 % случаев). Показаниями к профилактической перевязке маточных сосудов на трех уровнях являются факторы, способствующие развитию гипотонии матки. Согласно Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, к ним относят: многоводие, многоплодие, преждевременную отслойку плаценты, предлежание плаценты, миому матки, преэклампсию [3]. Так, при выполнении консервативной миомэктомии после извлечения плода данная операция была выполнена в 13 случаях, при преэклампсии – в 7, при предлежании плаценты – в 8 случаях, что позволило уменьшить объем кровопотери.

В результате проведенных операций у пациенток с гипотоническим кровотечением общий объем кровопотери не превысил 1700 мл. А при выполнении профилактической перевязки маточных сосудов на трех уровнях кровопотеря составила в среднем 600 мл, что статистически значимо не отличалось от контрольной группы пациенток. Эффективность данного метода для остановки кровотечения с сохранением матки была достигнута в 75 (95,5%) случаях. При анализе течения послеоперационного периода осложнений у данных пациенток выявлено не было. Реканализация маточных артерий наступала в течение первых двух суток, что подтверждалось доплерометрическим исследованием в послеродовом периоде. При определении кровотока в маточных артериях у наблюдаемых родильниц и в группе сравнения статистически достоверных различий выявлено не было. Выписка производилась до 7-х суток послеоперационного периода. Изучение отдаленных результатов показало, что у всех пациенток восстановился регулярный менструальный цикл, у 5 наступила повторная беременность.

Выводы. Таким образом, предлагаемый способ лечения и профилактики акушерских кровотечений путем временной компрессии маточных сосудов на 3 уровнях является физиологически рациональной, технически простой, малозатратной и высокоэффективной (95,5%) хирургической операцией, позволяющей избежать гистерэктомию и сохранить пациентке менструальную и репродуктивную функции.

Литература

1. Органосохраняющие операции на послеродовой матке при гипотонических кровотечениях / А.И. Ищенко, А.Д. Липман, А.П. Никонов и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2008. – Т. 7. № 3. – С. 11-15.
2. Орлов В.М., Ковалева Ю.В. Применение перевязки маточной артерии в оперативном акушерстве и гинекологии. // Охрана материнства и детства. – 2006.–Т. 1, № 7 – С. 57-61.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guidelines. May 2009-April 2011; No 52. – P. 1-24.

УДК 616.832-004.2-008.6

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Ю.В. Епишева, М.М. Гераськина

Научный руководитель – проф. Н.Н. Маслова

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии*

Резюме. В настоящее время демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы составляют большую нозологическую группу, ведущее место в которой принадлежит рассеянному склерозу. Значительный вклад в клиническую картину рассеянного склероза вносят когнитивные нарушения [3]. В нашем исследовании показаны когнитивные нарушения у больных рассеянным склерозом в зависимости от приема пациентами бета-интерферонов и глатирамер-ацетатов, в частности, таких препаратов, как Копаксон, Ребиф и Генфаксон.

Ключевые слова: рассеянный склероз, когнитивные нарушения

FEATURES OF COGNITIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

J.V. Epishcheva, M.M. Geraskina

Scientific advisor – prof. N.N. Maslova, MD, PhD

*Smolensk State Medical University
The Department of Neurology and Neurosurgery*

Abstract. Nowadays, demyelinating diseases of the central nervous system form a large nosological group in which multiple sclerosis takes the leading place. Cognitive dysfunction is one of the main clinical features of multiple sclerosis. In our study cognitive dysfunction in patients with multiple sclerosis, depending on beta-interferone and glatiramer acetate using of such drugs as Copaxone, Rebif and sanfacon, is shown.

Key words: multiple sclerosis, cognitive dysfunction

Актуальность. Актуальность данного исследования определяется распространенностью рассеянного склероза (РС). РС является самым распространенным, после черепно-мозговой травмы, органическим поражением центральной нервной системы среди лиц молодого возраста. В последние годы отмечается рост заболеваемости рассеянным склерозом. Это обусловлено, с одной стороны, усовершенствованием методов диагностики [4], с другой –

увеличением продолжительности жизни больных РС вследствие определенных успехов в лечении заболевания. Кроме того, отмечается рост и абсолютного числа заболевших РС [2].

Цель. Исследование структуры эмоционально-личностных и когнитивных нарушений у больных рассеянным склерозом в зависимости от приема пациентами бета-интерферонов и глатирамер-ацетатов, в частности, таких препаратов, как Копаксон, Ребиф и Генфаксон. Конкретные задачи исследования состояли в следующем: 1) изучить распространенность РС в регионах Смоленской области; 2) отбор пациентов с РС получающих в комплексной терапии Копаксон, Ребиф и Генфаксон; 3) исследовать когнитивный статус данных больных с использованием специально созданных анкет; 4) изучить эмоционально-личностные изменения у данных больных с помощью шкалы Бека; 5) оценить эффективность иммуномодуляторов в комплексном лечении РС.

Материалы и методы. Обследованы 25 пациентов с РС в стадии клинической ремиссии. Когнитивные функции оценивались с помощью специально созданных анкет. Для оценки эмоциональных изменений использовали шкалу Бека.

Результаты и выводы. В результате изучения распространенности РС в Смоленской области выявлено, что рост заболеваемости РС увеличился. По состоянию на 01.01.2010 г. усредненный показатель распространенности РС составил 55,4, на 01.01.2013 г. – 79,2 на 100 000 населения, что соответствует зоне высокого риска. Таким образом, Смоленская область занимает одно из первых мест по распространенности заболевания среди других регионов Центрального Федерального округа [1]. При исследовании когнитивных функций выявлены когнитивные нарушения у 40% пациентов, 60% пациентов не имели нарушений когнитивных функций. При оценке эмоциональных изменений выявлено, что 24% больных не имели депрессивных расстройств, легкой депрессией страдали 56% больных, умеренной – 8%, выраженной депрессией – 12%. Проанализировав зависимость депрессии от наличия образования (среднее, высшее) у пациентов, можно сделать вывод, что, имеющие образование, в большей степени подвержены наличию депрессивных состояний. Оценивая эффективность иммуномодуляторов, выявлено, что из 40% больных, имевших когнитивные нарушения, 70%, получавшие Генфаксон, страдали умеренными когнитивными нарушениями, а 30%, получавшие Копаксон, имели выраженные когнитивные нарушения. У пациентов, получавших в комплексной терапии Ребиф, когнитивных нарушений не выявлено. Таким образом, исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что когнитивные расстройства при РС имеют место быть. При оценке когнитивных функций необходимо учитывать возраст больных, так как изменение функций возможно в связи с преобладанием сосудистых деменций. Кроме того, необходимо учитывать длительность и степень прогрессирования РС, которые отрицательно сказываются на когнитивных функциях больных. Так же в ходе исследования были выявлены депрессивные состояния у большинства больных РС. Депрессии чаще встречались у лиц молодого возраста и у лиц, имеющих высшее образование, что, возможно, связано с их большей информированностью о данном заболевании и осознанием того, что такое заболевание, как РС, может препятствовать дальнейшему росту профессиональной деятельности, неосуществлению задуманных планов, а у женщин – детородной функции. Исходя из этого, нельзя забывать о своевременной диагностике таких состояний и комплексном лечении РС с применением антидепрессантов. Оценивая эффективность иммуномодуляторов, необходимо отметить их роль в комплексном лечении РС. Нельзя забывать и о побочных действиях данных препаратов, на которые часто предъявляли жалобы исследуемые больные.

Литература

1. Маслова Н.Н. Эпидемиология основных неврологических заболеваний в Смоленском регионе / Под ред. проф. Н.Н. Масловой. – Смоленск: СГМА, 2013. – С. 40-41.
2. Потапова И.Г., Диденко Н.Н., Денисюк В.В., Карпов. Актуальные вопросы распространенности рассеянного склероза в Ставропольском крае // Успехи современного естествознания – 2014. – № 6. – С. 126.

3. Связь атрофии головного мозга и когнитивных нарушений у пациентов с рассеянным склерозом / Каирбекова Е.И., Тоголян Н.А., Макшаков Г.С., и др. // Практическая медицина – 2014. – № 2. – С. 25.

4. Шкильнюк Г.Г., Прахова Л.Н., Ильвес А.Г., Столяров И.Д. Использование современных методов нейровизуализации при изучении механизмов развития когнитивных нарушений у больных рассеянным склерозом // Журнал неврологии и психиатрии – 2012. – № 2. – С. 75-79.

УДК 616.127-005.8-615.224

СОСУДИСТАЯ ЖЕСТКОСТЬ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

А.Е. Жукова

Научный руководитель – проф. О.А. Козырев

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной терапии*

Резюме. В исследовании установлено, что у пациентов с острым коронарным синдромом, у которых развился инфаркт миокарда, скорость распространения пульсовой волны достоверно выше, чем у пациентов с нестабильной стенокардией, а вариабельность сердечного ритма (SDNN) достоверно ниже. Выявлено наличие статистически достоверной корреляционной зависимости между вариабельностью сердечного ритма и параметрами эластичности сосудистой стенки.

Ключевые слова: скорость распространения пульсовой волны, острый коронарный синдром, вариабельность сердечного ритма

ARTERIAL STIFFNESS AND HEART RATE VARIABILITY IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

A.E. Zhukova

Scientific advisor – prof. O.A. Kozyrev MD, PhD

*Smolensk State Medical University
The Department of Internal Medicine*

Abstract: Patients with acute coronary syndrome who developed myocardial infarction had significant higher pulse wave velocity and lower SDNN in comparison to patients with instable angina pectoris. The statistically reliable correlation between the heart rate variability and parameters of arterial stiffness has been revealed.

Keywords: pulse wave velocity, acute coronary syndrome, heart rate variability

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – основная причина смерти во всем мире. Согласно мировому отчету ВОЗ по неинфекционным заболеваниям (2010 г.), к 2030 году от ССЗ ежегодно могут умирать около 23,3 миллиона человек [1]. По данным федеральной службы государственной статистики за 2013 г., в России смертность от ССЗ составила 1001799 человек [2]. Понимание причин развития ССЗ, а также расширение возможностей в области их профилактики, диагностики и лечения – один из ключевых приоритетов современной кардиологии.

Для больных с острым коронарным синдромом (ОКС) важным моментом является стратификация риска развития инфаркта миокарда (ИМ) и внезапной смерти. Именно от степени риска зависит тактика ведения пациента. Исследования последних лет свидетельствуют о тесной зависимости между частотой возникновения сердечно-сосудистых осложнений и состоянием магистральных сосудов у больных с коронарной

патологией [1, 3]. Однако четких данных о состоянии артериальной ригидности при ОКС в литературе нет.

Известно, что для кардиологических больных важным является состояние вегетативной регуляции сердечного ритма. Одно из центральных мест в прогрессировании ССЗ занимает активация нейрогуморальных систем: ренин-ангиотензин-альдостероновой (РААС) и симпато-адреналовой (САС), которые стимулируют развитие вазоконстрикторных реакций. Кроме того, повышение активности РААС и САС приводит к увеличению уровня циркулирующих катехоламинов крови, потенцирует увеличение частоты сердечного ритма, риска развития аритмий и аритмической смерти [3].

Цели и задачи. Оценить скорость распространения пульсовой волны по сосудам эластического типа (СРПВ) и вариабельность сердечного ритма (SDNN) у больных с ОКС, определить их взаимосвязь.

Материалы и методы. Обследованы 80 пациентов с ОКС в возрасте от 45 до 83 лет (средний возраст $62,83 \pm 8,3$ года), среди них 52 (65%) мужчины и 28 (35%) женщин (в постменопаузе). В исследование не включались лица с постоянной формой мерцания предсердий и выраженным ожирением (индекс массы тела >40 кг/м²). Определение показателей СРПВ выполнялось осциллометрическим методом с помощью суточного монитора артериального давления VPLab (ООО «Петр Телегин», Россия), оснащённого программой Vasotens Office. Показатели вариабельности сердечного ритма были исследованы с помощью системы холтеровского мониторирования ЭКГ «ХОЛТЕР-ДМС», монитор МЭКГ-НС-0,2с 3 канальный (ООО « ДМС ПЕРЕДОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ», Россия). Все измерения проводились в 1-2-е сутки госпитализации. Для статистической обработки результатов использовалась программа «Statgraphics 2.1» с применением критериев Стьюдента и корреляционного анализа по Пирсону, результаты считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Все пациенты с ОКС были разделены на две группы: в 1-ю вошли те, у которых в дальнейшем развился ИМ ($n=37$), а во 2-ю – с нестабильной стенокардией ($n=43$).

По результатам оценки сосудистой жесткости при поступлении выявлено, что в 1-й группе средняя СРПВ составила $7,7 \pm 0,5$ м/с, при этом у 95% больных отмечалось повышение СРПВ (при норме $\leq 7,2$ м/с). Во 2-й же группе ни у одного из пациентов СРПВ не превышала норму, а средняя СРПВ была $6,6 \pm 0,3$ м/с, что достоверно ниже по сравнению с пациентами 1-й группы ($p < 0,05$).

При анализе 24-часовой вариабельности сердечного ритма были выявлены достоверные отличия между группами ($p < 0,05$). Среднее значение SDNN в 1-й группе составило 88 ± 21 мс. У 66% больных в этой группе выявлено снижение SDNN (< 100 мс), причем у 11% – критическое (< 50 мс). Во 2-й группе среднее значение SDNN – 112 ± 19 мс, причем не было выявлено пациентов с критическим снижением, и лишь у 10% SDNN было ниже 100 мс.

Проведен корреляционный анализ по Пирсону, и выявлена умеренной силы отрицательная связь между СРПВ по сосудам эластического типа и SDNN ($r = -0,56$, $p < 0,05$).

Выводы. Полученные результаты продемонстрировали, что у пациентов с острым коронарным синдромом, у которых развился инфаркт миокарда, скорость распространения пульсовой волны по сосудам эластического типа достоверно выше, чем у пациентов с нестабильной стенокардией. Это показывает перспективность использования ангиоскрининга и определения скорости распространения пульсовой волны как объективного маркера риска развития инфаркта миокарда у больных с острым коронарным синдромом.

У больных с развившимся инфарктом миокарда выявлены достоверно более низкие показатели SDNN по сравнению с пациентами с нестабильной стенокардией, что говорит о большем преобладании у них влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Установленная обратная корреляционная зависимость между временными параметрами вариабельности сердечного ритма (SDNN) и СРПВ косвенно свидетельствует о роли

активации симпатического звена вегетативной нервной системы в прогрессировании ригидности сосудистой стенки.

Таким образом, прогностическая ценность оценки эластических свойств артерий и вегетативной регуляции сердечного ритма заключается не только в определении индивидуального прогноза пациентов, но и дает новые цели для терапевтического вмешательства.

Литература

1. Орлова Я.А., Агеев Ф.Т. Жесткость артерий как предиктор сердечно-сосудистых осложнений при ишемической болезни сердца // Терапевтический архив. – 2010. – № 1. – С. 68-72.
2. Федеральная служба государственной статистики. Естественное движение населения Российской Федерации – 2013 г. [Электронный ресурс]. Дата обновления: 22.05.2014 г. – URL: <http://www.gks.ru>
3. Kannel W.B., Vasan R., Levy D. Is the relation of systolic blood pressure to risk of cardiovascular disease continuous and graded or are there critical values? // Hypertension. – 2003. – Vol. 42, N 4. – P. 453-456.

УДК 616.832-004.2-009.2-072.7

СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Э.А. Ковалева

Научные руководители – проф. И.В. Отвагин¹, проф. Н.Н. Маслова²

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра оториноларингологии¹, кафедра неврологии и нейрохирургии²

Резюме. В статье приводятся результаты стабилOMETрического обследования больных рассеянным склерозом с и без вестибуло-атактического синдрома. Проведено стабилOMETрическое исследование пациентов с достоверным диагнозом «рассеянный склероз» на программно-диагностическом комплексе «МБН Стабило».

Ключевые слова: рассеянный склероз, головокружение, стабилOMETрия

STABILOMETRIC STUDY IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

E.A. Kovaleva¹

Scientific advisors – prof. I.V. Otvagin¹, MD, PhD, prof. N.N. Maslova², MD, PhD

Smolensk State Medical University

The Department of Otorhinolaryngology¹, the Department of Neurology and Neurosurgery²

Abstract. The article includes the results of stabilometric examination in multiple sclerosis patients with and without vestibular-atactic syndrome. Stabilometric study in patients with documented diagnosis of multiple sclerosis was conducted with a program-diagnostic complex «MBN Stabilo».

Key words: multiple sclerosis, dizziness, stabilometry

Актуальность. Количество больных рассеянным склерозом (РС) в Смоленской области составляет 892 человека на 868 тысяч населения (0,1%) и, как и в мире, неуклонно увеличивается. Головокружение и шаткость – одни из наиболее частых симптомов при данном заболевании [3, 4]. Компьютерная стабилOMETрия – современный метод для изучения вестибулярных нарушений и координации движений [1, 2].

Цель. Оценить ценность показателей статокинезиограммы у больных РС в качестве диагностического критерия.

Материалы и методы. Исследование выполнено с участием 48 больных с подтвержденным по критериям MacDonalds (2010) диагнозом РС. Средний возраст больных – $39,5 \pm 11,4$ года. Балл по шкале EDSS составил от 1.5 до 4.5, то есть у пациентов не было двигательных нарушений, ограничивающих передвижение менее чем на 500 м. Длительность заболевания составила от 4 месяцев до 34 лет.

Всем больным проведено отоневрологическое обследование, включающее исследование нистагма, отведения взора в 8 направлениях, плавных следящих движений глаз и саккад, а также проведение диагностических тестов и проб: проба с прикрыванием глаза, пальценосовая, пяточно-коленная пробы, указательная проба Varany, проба Ромберга обычная и усложненная.

Стабилометрическое исследование было выполнено на программно-диагностическом комплексе «МБН Стабило» производства научно-производственной фирмы «МБН» (Россия). Во время проведения исследования пациент находился на стабилометрической платформе в европейской позиции ног. Набор диагностических проб включал стабилометрический тест с открытыми и закрытыми глазами и тест Ромберга с открытыми и закрытыми глазами. Стандартное время проведения каждой функциональной пробы равно 51 с.

Результаты. Все пациенты были разделены на две группы. Первая группа включала 28 больных РС с вестибуло-атактическим синдромом, во вторую группу вошли 20 пациентов без жалоб на головокружение. Группы были сходны по возрасту и полу.

Мы оценивали стандартные показатели стабиллограммы. Площадь стабиллограммы в тесте с открытыми глазами составила $165,08 \pm 76,02$ мм² в 1-й группе и $42,58 \pm 29,11$ мм² в группе больных без головокружения ($p < 0,05$). Достоверной разницы показателей площади стабиллограммы с закрытыми глазами между группами не выявлено.

Скорость перемещения центра давления с открытыми глазами у больных с вестибуло-атактическим синдромом была $19,05 \pm 11,52$ мм/с, $12,85 \pm 9,23$ мм/с – у пациентов 2-й группы ($p > 0,05$), с закрытыми глазами – $25,36 \pm 20,11$ мм/с и $20,96 \pm 18,17$ мм/с – у пациентов в 1-й и 2-й группах соответственно ($p > 0,05$).

Длина статокинезиограммы у пациентов с вестибуло-атактическим синдромом в пробе с открытыми глазами составила $663,43 \pm 256,11$ мм, с закрытыми глазами – $1315,14 \pm 845,81$ мм и $412,31 \pm 196,40$ мм и $916,05 \pm 631,72$ мм во 2-й группе соответственно ($p < 0,05$).

При анализе частотно-амплитудного спектра у всех больных выявлено смещение спектра энергии в область высоких частот и увеличение амплитуды колебаний, более выраженные у больных с жалобами на головокружение. Коэффициент Ромберга в 1-й группе составил $287,61 \pm 171,87$, у больных без координаторных нарушений – $218,65 \pm 73,65$ ($p > 0,05$).

Выводы. Компьютерная стабилометрия – метод, который может быть использован для диагностики и дифференциальной диагностики РС. Постуральные нарушения при поражении центрального отдела вестибулярной системы при РС представлены грубыми изменениями всех стабилометрических показателей с характерным распределением зоны осцилляции центра давления в виде крайне деформированного эллипса.

Литература

1. Скворцов Д.В. Стабилометрическое исследование. – М.: Мера-ТСП, 2010. – 176 с.
2. Скворцов Д.В. Теоретические и практические аспекты современной постурологии // Клиническая постурология, поза и прикус: Мат. 1 Международного симпозиума. – С-Пб., 2004. – С. 30-31.
3. Чугунова М.А., Кунельская Н.Л., Бойко А.Н. Кохлеовестибулярные нарушения при рассеянном склерозе // Лечебное дело. – 2011. – № 2. – С. 94-98.
4. Шмидт Т.Е. Ранняя диагностика рассеянного склероза // Русский медицинский журнал. – 2010. – № 3. – С. 224-227.

УДК 617-002.3:615.849.19

АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИНОЙ ВОЛНЫ

А.С. Касумьян, О.В. Азовскова²Научные руководители – проф. А.Д. Лебянов¹, проф. Е.А. Федосов²Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской хирургии¹, кафедра микробиологии²

Резюме. В статье приведены данные экспериментов *in vitro* по изучению воздействия низкоинтенсивного лазерного излучения различного спектрального диапазона на микроорганизмы, возбудители хирургической инфекции. Установлено, что низкоинтенсивное лазерное излучение оказывает антибактериальное действие на *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*. Наиболее выраженное бактерицидное действие оказывает лазерное излучение зеленого спектрального диапазона ($\lambda=527$ нм).

Ключевые слова: лазерное излучение, микроорганизмы, бактерицидное действие

ANTIBACTERIAL EFFECTS OF LOW-LEVEL LASER RADIATION WITH DIFFERENT WAVE LENGTH

A.S. Kasumyan¹, O.V. Azoskova²Scientific advisors – prof. A.D. Lelyanov, MD, PhD¹, prof. E.A. Fedosov, MD, PhD²Smolensk State Medical University
Department of Surgery (for the Faculty of General Medicine)¹, Department of Microbiology²

Abstract. The study involves the results of the *in vitro* experiments focused on effects of the low-level laser radiation of different spectral range on microorganisms – surgical infectious agents. It has been proved that the low-level laser radiation has an antibacterial effect on *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*. The most expressed bactericidal effect was registered in laser radiation of the green spectral range ($\lambda=527$ nm).

Key words: laser radiation, microorganisms, bactericidal effect

Актуальность. Гнойно-воспалительные заболевания остаются одной из наиболее актуальных проблем в хирургии. Развитие антибиотикорезистентности микроорганизмов и возникновение нежелательных лекарственных реакций при использовании антибиотиков определяют необходимость исследований, направленных на оптимизацию антибактериальной терапии. Многочисленные публикации в медицинской литературе указывают на многофакторный лечебный эффект лазерного света [2]. Вместе с этим нет единого мнения о наличии антибактериального действия низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) [1, 3], что обусловлено использованием в исследованиях разных параметров лазерного излучения и отсутствием единого алгоритма применения лазера в эксперименте и в клинике.

Цель. Изучить антибактериальное действие низкоинтенсивного лазерного излучения красного ($\lambda = 635$ нм), зеленого ($\lambda = 527$ нм) и синего ($\lambda = 405$ нм) спектрального диапазона.

Материалы и методы. В работе применялся аппарат лазерной терапии «УЗОР-3КС», разработанный Калужским медико-техническим центром лазерной академии наук РФ. В качестве источника лазерного излучения использовались следующие блоки излучения: 1) длина волны – 635 нм, мощность – 100 мВт, непрерывный режим (красный блок); 2) длина волны – 527 нм, мощность – 90 мВт, непрерывный режим (зеленый блок); 3) длина волны – 405 нм, мощность – 20 мВт, непрерывный режим (синий блок). Исследование проводилось на стандартных музейных штаммах микроорганизмов, играющих роль в развитии интраабдоминальной инфекции: *Staphylococcus aureus* (ATCC 25923), *Escherichia coli* (ATCC

25922), *Klebsiella pneumoniae* (ATCC 70063), *Pseudomonas aeruginosa* (ATCC 27853). Для эксперимента использовали стандартизованную по оптическому стандарту мутности МакФарланда суспензию монокультуры микроорганизмов, полученную из суточной культуры (по $1,5 \times 10^8$ КОЕ/мл). Далее приготавливали ряд разведений до концентрации $1,2 \times 10^3$ КОЕ/мл. Полученную бактериальную взвесь помещали в стерильный полимерный контейнер диаметром 3,2 см. Производили обработку полученных суспензий рассеянным низкоинтенсивным лазерным светом в непрерывном режиме в течение 8 минут. Диаметр светового пятна при облучении составлял 3 см. Контролем служила культура микроорганизмов без воздействия НИЛИ. Сразу после воздействия производили посев (по 0,1 мл суспензии) на чашки Петри с мясопептонным агаром. Оценку результатов проводили через 24 ч инкубации при температуре 37°C , подсчетом выросших на чашках колоний. Оценку достоверности результатов проводили с использованием ПК и программного пакета Microsoft Excel 14,0 по W критерию Вилкоксона, применяющегося при анализе двух зависимых переменных с небольшим количеством наблюдений.

Результаты. Установлено, что низкоинтенсивное лазерное излучение оказывает антибактериальное действие на грамположительную и грамотрицательную микрофлору, однако полного подавления роста микроорганизмов не наблюдалось (таб.).

Таблица. Влияние НИЛИ на рост различных видов бактерий

Длина волны (λ), Нм	$\lambda = 405$ нм (синий блок)		$\lambda = 527$ нм (зеленый блок)		$\lambda = 635$ нм (красный блок)	
	Количество КОЕ					
Вид микроорганизмов	Контроль	8 минут	Контроль	8 минут	Контроль	8 минут
<i>Staphylococcus aureus</i>	150,0± 62,8	44,7± 17,8	256,2±94,5	39,3±9,9	104,2± 35,7	45,5± 14,0
p	<0,01		<0,01		<0,05	
<i>Escherichia coli</i>	180,9± 59,9	61,3± 17,8	336,0± 107,6	90,3± 22,4	195,5± 110,8	106,9± 51,4
p	<0,01		<0,01		>0,05	
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	48,2±12, 5	40,7± 11,4	111,5±44,1	47,8±16,6	176,5± 58,1	56,5± 13,3
p	<0,05		<0,05		<0,05	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	237,2± 78,5	193,6± 65,4	241,7±119, 6	167,1±78,3	439,7± 121,1	369,7± 110,5
p	>0,05		<0,05		>0,05	

Наиболее выраженный бактерицидный эффект отмечали при использовании излучения зеленого спектрального диапазона, которое вызвало снижение количества колониеобразующих единиц *Staphylococcus aureus* в 6,4 раза, *Escherichia coli* – в 3,7 раза, *Klebsiella pneumoniae* – в 2,3 раза и *Pseudomonas aeruginosa* – в 1,4 раза. Лазерное излучение красного спектрального диапазона не оказало достоверного бактерицидного действия на *Escherichia coli* и *Pseudomonas aeruginosa*, лазерное излучение синего спектра не проявило достоверного влияния на *Pseudomonas aeruginosa*.

Полученные экспериментальные данные позволяют считать, что в лечении хирургической инфекции предпочтительнее использовать лазерное излучение зеленого спектра, обладающего наиболее выраженным антибактериальным действием.

Выводы. 1. Низкоинтенсивное лазерное излучение оказывает бактерицидное действие, но полного подавления роста микроорганизмов не наблюдается. 2. Наиболее выраженное

антибактериальное действие проявляется при лазерном излучении зеленого спектрального диапазона ($\lambda=527$ нм).

Литература

1. Васильев Н.Е., Огиренко А.П. Антимикробная фотодинамическая терапия // Лазерная медицина. – 2002. – Т. 6, вып. 1, С.32-38.
2. Москвин С.В. Эффективность лазерной терапии. Серия «Эффективная лазерная терапия». Т. 2. – Тверь: Издательство «Триада», 2014. – 896 с.
3. Русин В.И., Жмакин А.И., Смотрин С.М., Ануфрик С.С. Пути повышения эффективности влияния низкоинтенсивного лазерного излучения на микрофлору неспецифического перитонита // Журнал ГрГМУ. – 2010. – № 3. – С. 53-56.

УДК 616.61-053.2:616-056.52

ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛАСТОГРАФИИ СДВИГОВЫХ ВОЛН ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Е.Ю. Козлова¹

Научные руководители – проф. В.В. Бекезин¹, проф. А.В. Борсуков²

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра детских болезней лечебного и стоматологического факультетов¹,

ПНИЛ «Ультразвуковые исследования и малоинвазивные технологии»²

Резюме. В статье обсуждаются клинические перспективы и преимущества использования эластографии сдвиговой волны паренхиматозного слоя почек в качестве метода ранней неинвазивной диагностики почечных нарушений у детей, страдающих ожирением и метаболическим синдромом. Были обследованы 17 больных, страдающих ожирением и метаболическим синдромом, которым проводилась эластография сдвиговой волны.

Ключевые слова: соноэластография, дети, почки, ожирение, метаболический синдром

OPPORTUNITIES OF KIDNEY ELASTOGRAPHY SHEAR WAVES IN CHILDREN WITH METABOLIC SYNDROME.

E.U. Kozlova¹

Scientific advisors – prof. V.V. Bekezin¹, MD, PhD, prof. A.V. Borsukov², MD, PhD

Smolensk State Medical University,

Department of Children Diseases (for the Faculty of General Medicine and the Faculty of Dentistry)¹, Research laboratory "Ultrasound Research and Miniinvasive Techniques"²

Abstract. This article discusses clinical perspectives and benefits of shear wave elastography renal parenchymal layer as a method of early non-invasive diagnostics in renal disorders in children with obesity and metabolic syndrome. Totally 17 patients with obesity and metabolic syndrome were examined. All of them had shear wave elastography.

Keywords: sonoelastography, children, kidney, obesity, renal, metabolic syndrome

Актуальность. Метаболический синдром (МС) в настоящее время является одной из приоритетных и социально значимых проблем медицины. Растущая распространенность ожирения у детей и подростков, высокая частота нарушений углеводного и жирового обмена, а также обусловленные этим высокие риски кардиоваскулярной патологии свидетельствуют о необходимости изучения метаболического синдрома в этой возрастной группе [1]. Известно, что инсулинорезистентность, дислипидемия, эндотелиальная дисфункция играют роль в развитии артериальной гипертензии [3], что в свою очередь сказывается на состоянии почек и приводит к формированию нефропатий.

Целью исследования явилось изучение состояния паренхиматозного слоя почек у детей подросткового возраста, страдающих ожирением и метаболическим синдромом, методом соноэластографии сдвиговых волн.

Материалы и методы. На базе педиатрического отделения №1 ОГБУЗ «Детская клиническая больница» были обследованы 24 ребенка в возрасте от 11 до 17 лет. В зависимости от массы тела все пациенты были разделены на две группы. Основная группа (n=17) – дети с индексом массы тела (ИМТ) свыше 25 кг/м^2 (первичное ожирение). В контрольную группу вошли дети второй группы здоровья с нормальной массой тела (n=7), не имеющие патологии мочевыделительной системы. У всех обследованных детей оценивали клиничко-анамнестические данные, проводились общий и биохимический анализы крови с определением параметров липидного и углеводного обмена, протромботического статуса, определение функции почек по пробе Зимницкого, скорости клубочковой фильтрации расчетным методом по формуле Шварца, пероральный глюкозотолерантный тест, определение микроальбуминурии (тест-система Микроальбуфан), суточное мониторирование артериального давления. Ультразвуковое исследование почек проводилось при помощи цифровой ультразвуковой портативной системы АНГИОДИН-Соно/П-Ультра (НПФ «БИОСС» Россия) в положении больного лежа на животе. Исследование включало: В-режим с оценкой размеров, расположения, контуров почек, режим энергетического доплера и эластографию паренхиматозного слоя почек в 6 точках электронным конвексным датчиком 3-6 МГц по методике сдвиговых волн с оценкой в кПа.

Результаты. Проведен анализ результатов лабораторных тестов и данных ультразвуковых исследований. У 11 детей отмечалось неосложненное ожирение, у 6 детей с ожирением были выявлены маркеры метаболического синдрома в виде артериальной гипертензии и дислипидемии (снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности или повышение уровня триглицеридов).

По результатам эластографии (табл.) были выявлены достоверные различия по значениям эластичности почечной паренхимы между детьми с метаболическим синдромом, с одной стороны, и детьми с ожирением и контрольной группы – с другой. Достоверных различий в эластичности паренхимы почек между детьми с ожирением и контрольной группы не отмечалось, хотя и регистрировалась тенденция к ее повышению.

Таблица. Показатели эластичности почечной паренхимы у обследованных детей

Группы	Показатели (кПа)	
	правая почка	левая почка
	Me ($25^0/_{00}$ - $75^0/_{00}$)	Me ($25^0/_{00}$ - $75^0/_{00}$)
Дети с метаболическим синдромом (n=6)	24,43* (7,59-95,88)	29,43* (14,09 - 55,03)
Дети с ожирением (n=11)	16,0** (9,43-19,31)	15,01** (9,83 - 22,75)
Контрольная группа (n=7)	10,42 (8,35-13,2)	7,67 (7,03-9,75)

* – достоверность различий ($p < 0,05$) между детьми с МС и детьми контрольной группы

** – достоверность различий ($p < 0,05$) между детьми с МС и детьми с ожирением

Выявленные изменения показателей эластичности почечной паренхимы у детей с метаболическим синдромом могут свидетельствовать о вазоспазме на капиллярном уровне (клубочки почек), что в последующем может сопровождаться ремоделированием их сосудистой стенки [2], в том числе и на фоне системного повышения артериального давления. Это может приводить к формированию порочного круга за счет ишемии паренхимы почек, активации юкста-гломерулярного аппарата и сохранения артериальной гипертензии.

Выводы. С учетом полученных данных эластография сдвиговых волн является неинвазивным методом оценки состояния микроциркуляторного русла почек. Выявленные изменения требуют назначения корригирующей метаболической терапии: эндотелиопротекторных препаратов, препаратов, улучшающих микроциркуляцию.

Литература

1. Бекезин В.В. Артериальная гипертензия у детей и подростков с ожирением и метаболическим синдромом по данным суточного мониторинга артериального давления. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2006. – № 1. – С.45-49.
2. Милягина И.В. Роль раннего ремоделирования сосудов в генезе артериальной гипертензии молодых. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – № 4. – С. 14-21.
3. Шестакова М.В. Дисфункция эндотелия – причина или следствие метаболического синдрома? // Русский медицинский журнал. – 2001. – № 9 (2). – С.88-90.

УДК 616.724-071.6+616.314.2-007

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ МЕТОДИКА АУДИОДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ВНУТРЕННИМИ НАРУШЕНИЯМИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Е.А. Мишутин, П.Н. Писарченко, О.А. Лушина
Научные руководители – доц. П.Н. Гелетин, доц. В.Г. Морозов
Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтической стоматологии

Резюме. В исследовании использована методика определения клинической эффективности аудиодиагностики внутренних нарушений височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Отражены основные показатели фонограмм и дана их интерпретация в зависимости от состояния ВНЧС. Определены основные преимущества электронных способов регистрации звуковых явлений в ВНЧС.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, аускультация, щелчок, крепитация, фонограмма.

THE IMPROVED TECHNIQUE OF AUDIODIAGNOSTICS FROM PATIENTS WITH INTERNAL DERANGEMENT OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT

E.A. Mishutin, P.N. Pisarchenko, O.A. Lushina
Scientific advisors – associate prof V.G. Morozov PhD, associate prof P.N. Geletin, PhD
Smolensk State Medical University
The Department of Propaedeutic in Dentistry

Abstract. The technique to determine clinical efficacy of audiodiagnosis of dysfunctional disorders of the temporo-mandibular joint has been shown in the study. The main indicators of phonograms and their interpretation depending on the condition of the temporomandibular joint were shown. The main advantages of electronic registration of the sound in the temporomandibular joint were defined.

Key words: temporo-mandibular joint, auscultation, clicking, crepitus, phonogram

Актуальность. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава являются социально значимыми, так как имеют длительное течение, могут сопровождаться выраженным болевым синдромом, депрессией, изменением качества жизни. В структуре пациентов, обращающихся к врачам-стоматологам, больные с внутренними нарушениями ВНЧС, по данным различных

авторов, составляют в среднем 34-75% от общего числа [2, 3, 4]. Под этим термином подразумеваются развивающиеся в ВНЧС изменения, включающие смещения, дефекты, деформации суставного диска, разрывы суставных связок, диагностируемые при помощи современных лучевых методов [2]. В литературе в настоящее время имеются лишь отдельные публикации по применению электронного стетоскопа для диагностики патологии ВНЧС, в котором в качестве преобразователя использованы пьезоэлектрический акселерометр, детектор звуковых волн в строго определенном диапазоне (Jatyma) или электронные алгоритмы на базе компьютерного процессора [1, 5].

Целью разработанной нами методики является повышение эффективности, точности и информативности этапа комплексной диагностики внутренних нарушений ВНЧС за счет расширения исследуемых параметров методом аускультации.

Методика состоит в том, что аудиодиагностику проводили с помощью электронного стетоскопа Littmann (3M ESPE), который устанавливался в области височно-нижнечелюстного сустава, затем проводилась расшифровка полученных фонограмм с помощью компьютерной программы по основным характеристикам звука. На olive стетоскопа расположен интерфейс пользователя, который представляет собой пятикнопочную подушку и жидкокристаллический дисплей. Процесс звукообразования поддерживается при помощи цифрового процессора. Элементом питания стетоскопа служит алкалиновая батарейка, расположенная в корпусе оливы. Модуль беспроводной связи Bluetooth® позволяет передавать записанные звуки на компьютер. Новым в достижении технического результата является то, что основная роль в оценке показателей у пациентов с внутренними нарушениями ВНЧС отводится анализу шумов, выявлению реципрокного щелчка, крепитации.

Исследование проводилось на базе кафедры пропедевтической стоматологии Смоленского государственного медицинского университета, аудиодиагностику шумов в ВНЧС проводили с помощью электронного стетоскопа, подключенного к компьютеру с заданным программным обеспечением для анализа полученных результатов. Запись аудиограммы проводилась в положении сидя без поддержки головы, пациенты сохраняли ее естественное положение. Методика аускультации основывалась на рекомендациях производителя аппарата, а также была дополнена нами и состояла в следующем: после запуска программы включали стетоскоп и вводили фамилию, имя и отчество пациента. Затем выбирали режим длительности записи и в связи с тем, что программа не адаптирована для использования в стоматологии, в программе выбирали режим «коленный сустав» справа, затем слева. При открывании и закрывании рта устанавливали режим «коленный сустав вид спереди», а при боковых движениях – «сзади», первое движение всегда осуществляли вправо. Устанавливали датчик стетоскопа в области ВНЧС, просили пациента открывать и закрывать рот после звукового сигнала в течение определенного периода времени. После истечения выбранного времени раздавался звуковой сигнал и запись останавливалась. Регистрацию шумов выполняли в строгой последовательности фаз открывания и закрывания рта. Шумы также регистрировались при боковых движениях нижней челюсти: пациент смещал нижнюю челюсть сначала вправо, затем влево. Данные, полученные в ходе проводимого аудиографического исследования, фиксировались в базе данных компьютера.

Аускультация с помощью электронного стетоскопа позволяет обнаруживать звуковые сигналы мелких амплитуд, усиливать их и осуществлять частотную селекцию, а возможность передачи информации в персональный компьютер и её хранение в базе данных позволяет на разных этапах комплексной терапии проводить динамический контроль. Описанное исследование является экспресс-методом, он помогает повысить качество диагностики патологии ВНЧС путем определения смещения суставного диска. Метод прост в освоении, а хорошая переносимость пациентами и почти полное отсутствие противопоказаний дают возможность успешно применять его на стоматологическом приеме, проводить раннюю диагностику внутренних нарушений височно-нижнечелюстного сустава.

Литература

1. Высочанская Ю.С. Способ экспресс-диагностики электронным стетоскопом Littmann первопричины болевой патологии головы и шеи. (патент РФ № 2495644) от 19.03.2012.
2. Ивасенко П.И., Мискевич М.И., Савченко Р.К., Симахов Р.В. Патология височно-нижнечелюстного сустава: клиника, диагностика и принципы лечения. – Санкт-Петербург, 2007. – 80 с.
3. Манфредини Д. Височно-нижнечелюстные расстройства. Современные концепции диагностики и лечения. – М: Азбука, 2013. – 503 с.
4. Персин Л.С., Шаров М.Н. Стоматология. Нейростоматология. Дисфункции зубочелюстной системы: учебное пособие – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 360 с.
5. Gay T. The acoustical characteristics of the normal and abnormal temporomandibular joint // Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. – 1987. – № 45. – P. 397-407.

УДК 616. 724. 742. 71-073. 97:616.314

**ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ И ВИСОЧНОЙ МЫШЦ
С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЬЮТЕРНОГО НЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКОГО
АНАЛИЗАТОРА У ЛИЦ С ПАТОЛОГИЕЙ
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

Е.А. Мишутин¹, А.С. Романов¹, А.Н. Карелина²Научные руководители – проф. Н.В. Гинали², доц. П.Н. Гелетин¹, доц. В.Г. Морозов¹

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтической стоматологии¹, кафедра детской стоматологии²*

Резюме. В статье приводится методика диагностики состояния жевательной и височной мышц с применением компьютерного нейромиографического анализатора «Синапсис» «Нейротех» (Таганрог).

Ключевые слова: электромиография, внутренние нарушения височно-нижнечелюстного сустава, диагностика заболеваний височно-нижнечелюстного сустава

**DIAGNOSTICS OF CONDISHION MASSETER AND TEMPORALIS MUSCLES
MAKE USE OF COMPUTERNAL NEUROMIOGRAPHICAL FROM PATIENTS
WITH PATHOLOGY OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT**

Е.А. Mishutin¹, A.S. Romanov¹, A.N. Karelina²

**Scientific advisors – prof N.V. Ginali², MD, PhD, associate prof P.N. Geletin¹, PhD,
associate prof V.G. Morozov¹, PhD**

*Smolensk State Medical University
The Department of Propaedeutic in Dentistry¹, the Department of Children's Dentistry²*

Abstract. The article describes a new method of diagnostics of muscles masseter and temporalis with computered neuromiographical analizator «Sinapsis» «Neurotex».

Key words: electromiography, internal derangement, diagnostics of temporomandibular disorders

Актуальность. Среди причин обращения больных к врачу-стоматологу одной из наиболее распространенных является патология височно-нижнечелюстного сустава, встречающаяся у 25-50% взрослого населения [1, 2, 3, 4]. Многие авторы, учитывая полиэтиологический характер патологии, считают необходимым максимально тщательное обследование пациента для постановки диагноза, определения объема и последовательности лечебных и реабилитационных мероприятий [1, 2, 3, 5]. В настоящее время представляет интерес использование новых методов и приборов для проведения миографии мышц челюстно-лицевой области.

Электронейромиографическое исследование с использованием аппарата «Синапсис» «Нейротех» (Таганрог) проводилось на базе кафедры пропедевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Смоленского государственного медицинского университета Минздрава РФ» в кабинете функциональной диагностики. В исследовании применялся метод поверхностной электромиографии, который заключался в регистрации и анализе электромиограммы жевательной и височной мышц при пробах «напряжение» и «жевание» с помощью адаптивного анализатора электронейромиографического «Синапсис» с блоком стоматологических исследований НМФ «Нейротех» (Таганрог).

Четырехканальный полнофункциональный электромиограф «Синапсис» предназначен для проведения диагностических нейрофизиологических исследований, регистрации и анализа основных электрофизиологических параметров двигательных, чувствительных и вегетативных нервных волокон и биоэлектрической активности мышц. Анализатор является частью аппаратно-программного комплекса, подключается по интерфейсу USB к персональному компьютеру, на котором установлено программное обеспечение для анализа жевательной и мимической электромиограмм. Исследование начинали с включения персонального компьютера, затем накладывали электроды на жевательные мышцы и запускали программное обеспечение по работе с анализатором: проводили выбор параметров регистрации электромиограммы с помощью выпадающих списков, таких как «чувствительность», «развертка», «нижняя челюсть» и «верхняя челюсть», «частота пропускания сигнала», а также «громкость озвучивания». При формировании стимуляционных импульсов в момент подачи каждого импульса на передней панели прибора кратковременно загорался индикатор красного цвета. Указанные параметры меняли в процессе регистрации сигнала, затем заходили в меню «настройки» и редактировали требуемые параметры, использовали меню «протокол». После записи проб проводили анализ, который осуществляли после постановки отметки «напряжение» или «жевание» в разделе «просмотр». Данный выбор обуславливает различный набор параметров в таблице индексов и параметров напряжения. Затем нажимали «анализ» для отображения расчетов спектров сигнала, турн-амплитудного анализа и графика жеваний.

Предлагаемый способ диагностики отличается простотой выполнения, неинвазивностью и безвредностью для пациента, не вызывает дискомфорта, не требует длительной подготовки врача и специально оборудованного помещения. Используется аппаратура, доступная для большинства стоматологических клиник. Метод позволяет получить объективные данные, повышает точность и эффективность диагностики внутренних нарушений височно-нижнечелюстного сустава.

Литература

1. Антоник М.М. Алгоритм комплексной диагностики и лечения больных с патологией окклюзии, осложненной мышечно-суставной дисфункцией // Российский стоматологический журнал. – 2011. – № 6. – С. 6-7.
2. Ивасенко П.И., Мискевич М.И., Савченко Р.К., Симахов Р.В. Патология височно-нижнечелюстного сустава: клиника, диагностика и принципы лечения. – Санкт-Петербург, 2007. – 80 с.
3. Манфредини Д. Височно-нижнечелюстные расстройства. Современные концепции диагностики и лечения. – М: Азбука, 2013. – 503 с.
4. Хватова В.А. Клиническая гнатология: учебное пособие. – М., Изд-во: «Медицина», 2005. – 296 с.
5. Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group // J. Oral. Facial. Pain. Headache. –2014. – Vol. 28(1) – P. 6-27.

УДК 616.724 – 072.7:616.314.2-007

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

А.С. Романов, П.Н. Гелетин, А.Д. Антиухова, В.М. Климовцов
Научный руководитель – доц. В.Г. Морозов

Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтической стоматологии

Резюме. Электромиография является одним из ведущих методов функционального исследования нейромышечного аппарата, который позволяет оптимизировать диагностический алгоритм, а также проводить дифференциальную диагностику и динамическое наблюдение пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.

Ключевые слова: поверхностная электромиография, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, функциональная диагностика

ELECTROMYOGRAPHIC RESEARCH FOR DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF DISEASES OF TEMPOMANDIBULAR JOINT.

A.S. Romanov, P.N. Geletin, A.D. Antiukhova, V.M. Klimovtsov
Scientific advisor – associate prof .V.G. Morozov, PhD

Smolensk State Medical University

The Department of Propaedeutic in Dentistry

Abstract. Electromyography is one of leading methods of functional research of myoneural vehicle that allows to optimize a diagnostic algorithm, and also to conduct differential diagnostics and dynamic supervision of patients with the diseases of tempo-mandibular joint.

Keywords: superficial electromyography, dysfunction of temporomandibular joint, functional diagnostics

Актуальность. В настоящее время функциональная диагностика имеет первостепенное значение в стоматологической практике, однако это еще не означает ее широкого применения [3]. Автор отмечает, что жевательный орган является исключительно сложной системой структурных и функциональных связей, которым зачастую врачи-стоматологи пренебрегают, проводя неконтролируемые инвазивные стоматологические вмешательства, оказывающие непосредственное воздействие на височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС). Кроме того, при лечении пациентов в современных условиях доминирующее значение приобретают принципы доказательной медицины, появляются различные протоколы диагностики и стандартов лечения, которые требуют научного обоснования для широкого внедрения в клиническую практику [1]. В частности, поверхностная электромиография жевательных мышц сегодня является одним из объективных методов оценки функции в стоматологии. Такой объективный подход полезен как при диагностике нарушений стоматогнатического аппарата, так и при оценке результатов лечения [2].

Цель. Определение эффективности применения электромиографического исследования с целью дифференциальной диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы. Были обследованы 55 пациентов в возрасте от 20 до 55 лет. Основная группа включала 23 женщины в возрасте от 20 до 55 лет и 17 мужчин от 20 до 55 лет с наличием дисфункциональных расстройств ВНЧС. Контрольную группу составили 8 женщин в возрасте от 20 до 55 лет и 7 мужчин от 20 до 55 лет без признаков патологии ВНЧС. Каждому пациенту проводили стандартный клинический осмотр. Данные заносились в диагностическую карту, предложенную R. Slavicek (2006).

На основании жалоб и клинического осмотра основная группа была разделена на две подгруппы по ведущим клиническим признакам: I подгруппа: 14 пациентов в возрасте от 20 до 55 лет с миофасциальным синдромом; II подгруппа: 26 пациентов в возрасте от 20 до 55 лет с внутренними нарушениями височно-нижнечелюстного сустава.

Поверхностная электромиография проводилась при помощи портативного электромиографа «Синапис», адаптированного для стоматологических целей. Он представляет собой программно-аппаратный комплекс, состоящий из блока регистрации, аналого-цифрового преобразователя и компьютерной программы, которая осуществляет обработку и выдачу результатов в виде графиков и числовых данных. Регистрировались биоэлектрические потенциалы жевательных и височных мышц. При проведении исследования использовали протокол, который включал следующие функциональные пробы: запись биоэлектрической активности мышц в состоянии физиологического покоя, при максимальной сжатии зубов с ватными валиками, при произвольном максимальной сжатии зубов. Программное обеспечение прибора автоматически рассчитывает индексы, которые позволяют систематизировать определяемые параметры и сделать правильный вывод по результатам проведенного исследования. Для сравнения и статистического анализа использовались следующие индексы: индекс симметрии височных мышц (ИСВМ), индекс симметрии жевательных мышц (ИСЖМ), индекс бокового смещения нижней челюсти (ТОРС).

Результаты. По результатам анализа электромиографии и сравнения индексов были получены следующие значения, которые приведены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1. Значения индексов симметрии жевательных мышц

Группы/ Индексы	Контрольная группа	Основная группа			
		I подгруппа		II подгруппа	
		Dex>Sin	Sin>Dex	Dex>Sin	Sin>Dex
ИСВМ	0,95±0,01- 1,05±0,01	0,67±0,05- 0,82±0,05	1,24±0,02- 1,53±0,02	0,38±0,06- 0,59±0,06	1,54±0,05- 1,93±0,05
ИСЖМ	0,98±0,02- 1,03±0,02	0,63±0,01- 0,78±0,01	1,32±0,03- 1,62±0,03	0,27±0,04- 0,68±0,04	1,71±0,02- 1,95±0,02

Таблица 2. Значения индексов бокового смещения нижней челюсти

Группы/ Индексы	Контрольная группа	Основная группа			
		I подгруппа		II подгруппа	
		TsMd> TdMs	TdMs> TsMd	TsMd> TdMs	TdMs> TsMd
ТОРС	0,89±0,03 – 1,1±0,03	1,33±0,02 – 1,53±0,02	0,45±0,04 – 0,63±0,04	1,54±0,05 – 1,72±0,05	0,51±0,01 – 0,84±0,01

Исходя из значений индексов симметрии, было выяснено, что у пациентов основной группы по сравнению с контрольной сильно выражена асимметрия жевательных и височных мышц, а также определяется изменение индекса бокового смещения. Сравнивая I и II подгруппы, можно сделать вывод, что у пациентов с миофасциальным синдромом асимметрия менее выражена, чем у пациентов с внутренними нарушениями ВНЧС. Боковое смещение нижней челюсти наблюдается у пациентов II подгруппы в более тяжелой степени.

Выводы. На основании проведенной работы можно сделать вывод, что электромиографическое исследование необходимо использовать не только в целях первичной диагностики, но и для проведения качественной дифференциальной диагностики различных форм патологии височно-нижнечелюстного сустава, что в свою очередь будет способствовать выработке наиболее рационального плана лечения и повышению качества медицинской помощи.

Литература

1. Хватова В.А. Клиническая гнатология: учебное пособие. – М., Изд-во: «Медицина». – 2005. – 296 с.
2. Ferrario VF., Sforza C., Serrao G. The influence of crossbite on the coordinated electromyographic activity of human masticatory muscles during mastication. – J Oral Rehabi – 1999 – № 26 – С.575-581
3. Slavicek R. The masticatory organ: Function and Dysfunction // Kloster neuburg: Gamma Med. – Wiss. Fortbildungs- GmbH. – 2006. – С. 59–90.

УДК 616.381.5-002-079.4:617.55-089

**ПРИЧИНЫ ОСТРЫХ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Н.Г. Саргсян

Научный руководитель – проф. С.А. Касумьян

*Смоленский государственный медицинский университет**Кафедра факультетской хирургии*

Резюме. В статье приведены результаты наиболее частых причин острых тазовых болей у 24 стационарных больных в возрасте до 35 лет.

Ключевые слова: тазовые боли, диагностические трудности, дифференциальная диагностика

**CAUSE OF ACUTE PELVIC PAIN IN SURGICAL PRACTICE DIFFERENTIAL
DIAGNOSIS**

N.G. Sargsyan

Scientific advisor – prof. S.A. Kasumyan, MD, PhD

*Smolensk State Medical University**The Department of Surgery (for the Faculty of General Medicine)*

Abstract. The results of the most common causes of acute pelvic pain in 24 hospitalized patients under the age of 35 years are presented in the paper.

Key words: pelvic pain diagnostic difficulties, differential diagnosis

Актуальность. В современной медицине до сих пор сохраняется актуальность дифференциальной диагностики причин острых тазовых болей, в связи с отсутствием строго специфической симптоматики. Эти сложности имеют место преимущественно у больных молодого возраста, в связи с этим данная категория больных госпитализируется в непрофильные отделения, что приводит к запоздалой диагностике и позднему оказанию специализированной медицинской помощи, это в дальнейшем может привести к осложнению основного заболевания и угрозе жизни больного [1, 2, 3].

Цель. Выявить частые причины острых тазовых болей в хирургической практике у пациентов до 35 лет путем использования наиболее информативных методов дифференциальной диагностики. Правильная диагностика причин острых тазовых болей позволяет выполнить хирургическое лечение в объеме органосохраняющих вмешательств, предупредит осложненное течение заболевания.

Материалы и методы. Исследование выполнено на клинической базе кафедры факультетской хирургии СГМУ. Обследовано 24 пациента с тазовыми болями в возрасте до 35 лет (7 мужчин и 17 женщин). Была произведена госпитализация и тщательное наблюдение за пациентами, предъявлявшими жалобы на острые тазовые боли. Применялись дифференциально-диагностические методы: опрос и осмотр больных, консультации смежных специалистов, выполнялись лабораторные исследования (общий анализ мочи

(ОАМ), общий анализ крови (ОАК), биохимический анализ крови, лапароскопическая диагностика).

Результаты. В ходе комплексного обследования больных, установлено следующее: все больные с острыми тазовыми болями поступили в хирургический стационар в течение 1-2 дней от начала заболевания. Начало заболевания у 16 больных было типичным для острого аппендицита: боли возникали в эпигастральной области или по всему животу, а спустя несколько часов локализовались над лобком или над паховой связкой справа. В двух случаях наблюдались тошнота, рвота и дизурические расстройства. Симптомы наиболее характерные для острого аппендицита: напряжение мышц брюшной стенки и другие признаки раздражения брюшины, такие как симптом Щеткина-Блюмберга, Ровсинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, во всех случаях были слабopоложительными или вовсе отрицательными. При вагинальном и ректальном исследованиях была выявлена болезненность в области Дугласова пространства у 12 женщин, из них у 5 определялось наличие выпота и воспалительного инфильтрата. Температура у большинства больных находилась в пределах $37,0-37,8^{\circ}\text{C}$. В ОАМ не выявлено отклонений от нормы, только в 2 случаях отмечалось повышение амилазной активности мочи в 3-4 раза. В ОАК у всех пациентов количество лейкоцитов было выше $10,0 \times 10^9/\text{л}$, в 3 случаях повышение лейкоцитов достигло до $13,9 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, остальные показатели были в пределах нормы. В биохимическом анализе крови в 2 случаях выявлено повышение уровня печеночных ферментов в 2-3 раза. Остальные показатели были в пределах нормы или на верхней границе нормы. Ввиду неясной клинической картины, для дифференциальной диагностики причины острых тазовых болей использован наиболее информативный метод диагностики – лапароскопия. В результате диагностической лапароскопии были выявлены следующие причины острых тазовых болей (табл.). Особо следует отметить 3 пациенток, у которых беременность сопровождалась острой хирургической патологией: в одном случае (беременность 34 недели) – острым билиарным панкреатитом, у второй пациентки (беременность 23 недели) – острым панкреатитом с осложнением – абсцессом малого таза, у третьей пациентки (беременность 24 недели) – острым катаральным аппендицитом.

Таблица. Частые причины острых тазовых болей с подтвержденными диагнозами в хирургической практике

Заболевания	Количество больных	Женщины	Мужчины	%
Острый аппендицит	13	8	5	54,2
Спастический колит	4	2	2	16,7
Киста правого яичника	3	3	-	12,5
Острый аднексит	2	2	-	8,4
Острый панкреатит, абсцесс малого таза	1	1	-	4,2
Острый билиарный панкреатит	1	1	-	4,2

Результаты исследования свидетельствуют о том, что частые причины острых тазовых болей в хирургической практике – это острая хирургическая патология, составляющая около 79%, и гинекологическая патология – 21%. У мужчин частой причиной острых тазовых болей явились острый аппендицит и спастический колит, из них 29% не требовали хирургического вмешательства. У 70,6% пациенток причиной острых тазовых болей явилась хирургическая патология, а у остальных 29,4% – гинекологическая. Все пациентки с хирургической патологией нуждались в оперативном лечении, остальные (29,4%) – в консервативном.

Выводы. У данной категории больных оптимальным методом дифференциальной диагностики явилась диагностическая лапароскопия, которая позволила дифференцировать и выявить наиболее частые причины острых тазовых болей в urgentной хирургической

практике. Удалось расшифровать многочисленные «маски» хирургических заболеваний, что позволило вовремя установить нозологическую форму и добиться положительного лечения.

Литература

1. Касумьян С.А., Некрасов А.Ю., Сергеев А.В. Эндовидеохирургические технологии в диагностике и лечении urgentной абдоминальной патологии. – Смоленск: СГМА, 2006. – 144 с.
2. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 244 с.
3. Савельева Г.М., Федоров И.В. Лапароскопия в гинекологии. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – С. 218-228.

УДК 616.831-005.4

ОСОБЕННОСТИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТЕКУЩЕГО ОНМК

М.А. Трясунова

Научный руководитель – проф. Н.Н. Маслова

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии*

Резюме. В статье приводятся результаты демографического и общеклинического обследования больных в острый период ишемического инсульта, проходящих стационарное лечение на базе отделения для лечения и ранней реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

Ключевые слова: ишемический инсульт, социально-экономическое благополучие, социальный дистресс

FEATURES DEMOGRAPHIC AND SOCIAL WELL-BEING PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE, AS A RISK FACTOR OF CURRENT STROKE

M.A. Tryasunova

Scientific advisor – prof. N.N. Maslova, MD, PhD

*Smolensk State Medical University
The Department of Neurology and Neurosurgery*

Abstract. The article presents results of demographic and clinical examination of patients in the acute phase of ischemic stroke. The patients had inpatient treatment on the basis of the Department of Therapy and Early rehabilitation of Stroke Patients.

Key words: ischemic stroke, the socio-economic well-being, social distress

Актуальность. По настоящий момент наиболее масштабное и полноценное исследование эпидемиологии острых нарушений церебрального кровотока в Смоленской области проводилось единожды, на базе кафедры неврологии и нейрохирургии СГМА с 1 января 2008 по 31 декабря 2009 г., в рамках создания Регистра мозгового инсульта в Смоленском регионе [1]. Данное популяционное ретроспективное эпидемиологическое исследование охватило 18 районов Смоленской области.

Анализ показателей заболеваемости острой цереброваскулярной патологией, в зависимости от возраста, на территории Смоленской области указывает на «омоложение» инсульта. Показано, что к завершению стационарного лечения, улучшение наблюдалось почти в 60% случаев, однако доля пациентов, которые смогли вернуться к прежней трудовой и бытовой активности, не превышала 4%. Причины столь высокой инвалидизации после перенесенных

ОНМК ранее в Смоленской области не исследовались. Также не анализировались выраженность психоэмоциональных расстройств, социальной дезадаптации и их связь с соматическим статусом пациента.

Методом анкетирования проведено изучение структуры психоэмоциональных расстройств, особенностей демографического и социального статуса пациентов, взаимосвязи биохимических отклонений и психосоматического статуса пациентов с мозговым инсультом.

Цель. Оценить показатели социального благополучия и демографические особенности пациентов с острым ишемическим инсультом.

Материалы и методы. В ходе проводимой исследовательской работы обследованы 123 пациента. Основной клинический диагноз устанавливался в соответствии с требованиями Международной классификации болезней X пересмотра и стандартов обследования больных с подозрением на ишемический инсульт.

Результаты. Соотношение лиц мужского и женского пола в группе было приблизительно равным: мужчин – 43,6%, женщин – 56,4%. Возрастной состав пациентов с ишемическим инсультом следующий: минимальный возраст пациентов с дебютом инфаркта мозга составил 30 лет, максимальный возраст приблизился к 79 годам. Средний возраст пациентов в основной исследуемой группе составил 60,8 года. Наибольший процент впервые заболевших мужчин и женщин оказался в интервале 45-57 лет, что, вероятно, можно объяснить более тщательным обследованием пациентов этой группы. Данный факт еще раз подчеркивает особую важность адекватной коррекции факторов риска (таких как артериальная гипертензия, гипер- и дислипидемия, ожирение, сахарный диабет и нарушение толерантности к углеводам), так как эти пациенты потенциально трудоспособны и социально активны [2].

При анализе соотношения городских и сельских жителей установлено преобладание первых – 58,97%, жителей села – 41,03%, что можно объяснить как уменьшением сельского населения, наличием региональных сосудистых центров в области, спецификой распределения больных с ОНМК бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с постановлениями Департамента по здравоохранению Смоленской области. Кроме того, обращаемость за медицинской помощью среди пациентов, живущих в сельской местности гораздо ниже, чем городских жителей.

Среди обследованных больных с полушарным ишемическим инсультом высшее образование имеют 17,95%, общее среднее образование (9 классов) – 2,56%, среднее специальное образование 79,49%. Постоянно заняты 46,15%, не работают – 53,85%. На момент обследования пенсионное пособие по возрасту получали 70,27% пациентов, не достигли пенсионного возраста – 29,73%. Инвалидность имеют 39,7% больных.

Доход на члена семьи ниже установленной величины прожиточного минимума в Смоленской области (в соответствии с постановлением администрации Смоленской области № 267) имели 20,51% пациентов из основной группы, 79,49% заявили, что их доход равен, либо выше указанной величины.

Выводы. Многими исследованиями доказано, что низкий социально-экономический уровень и социальная незащищенность населения приводят к возникновению психосоциального дистресса, что обуславливает резкий рост уровня цереброваскулярной смертности в данном регионе [3, 4]. Таким образом, одна пятая пациентов из основной группы имела и этот фактор риска развития инсульта, и неблагоприятный прогноз на дальнейшее течение заболевания с большим риском повторных ОНМК в течение трех лет после данного инсульта.

Социальное благополучие пациента играет большое значение в ходе реабилитации и возможностях развития психоэмоциональных расстройств. Так, 82,05% пациентов жили в семье, 17,95% – проживали одни. При этом у 97,37% пациентов есть родные дети, и лишь 2,63% таковых не имеют. Полученные данные подтверждают, что наличие близких кровных родственников, но отсутствие поддержки и помощи в быту еще до настоящего заболевания у 15,3% больных как изначально увеличивало риски получения острого сосудистого осложнения (отсутствие контроля за комплаентностью в лечении хронической патологии),

так и в момент восстановления снижало мотивацию пациента к выполнению реабилитационных мероприятий и активному участию в процессе лечения, повышало риски возникновения и увеличивало тяжесть имеющихся психоэмоциональных расстройств.

Литература

1. Алфимова Г.Ю. Анализ основных клинико-эпидемиологически показателей и факторов риска мозгового инсульта в Смоленском регионе: Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук/ – Смоленск, 2010. – 38 с.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных совместных действий // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007 – № 8 – С. 4-10.
3. Eisenblatter D., Heinemann L., Claben E. // Stroke. – 1995. – V. 26. – P. 919-923.
4. Stone R. // Science. – 2000. – V. 288. – P. 1732-1733.

УДК 616-006-084:313.13

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.Н. Черношвец

Научный руководитель – доц. А.Н. Кисилёва

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра фармацевтической химии и фармакогнозии*

Резюме. Проведен анализ статистических данных взрослого населения Смоленской области, имеющих злокачественные новообразования за период 2012-2013 гг., показано, что число заболеваний по показателям общей и первичной заболеваемости, а так же показатель смертности увеличиваются с каждым годом. Для снижения этих показателей необходимо проводить профилактические мероприятия, по выявлению предрасположенности к заболеваниям, а также использовать новейшие методы диагностики для выявления заболевания на ранних стадиях.

Ключевые слова: онкология, первичная заболеваемость, смертность, общая заболеваемость, стационар

ANALYSIS OF INCIDENCES OF CANCER DISEASES IN THE SMOLENSK REGION

E.N. Chernoshvets

Scientific advisor – associate prof. A.N. Kisilyova, PhD

*Smolensk State Medical University
The Department of Pharmaceutical Chemistry and Pharmacognosy*

Abstract. Statistic data involving adult population of the Smolensk region with the malignancies during the period 2012-2013 demonstrate that the number of cases in terms of the general morbidity and primary morbidity as well as mortality rate is increasing every year. To reduce the number of cases preventive measures as well as detection of risk factors are of great significance.

Key words: oncology, primary incidence, mortality, general incidence

Актуальность. Онкологические заболевания – одна из основных причин заболеваемости и смертности во всем мире. В 2012 году зарегистрировано около 14 миллионов новых случаев заболевания и 8,2 миллиона случаев смерти, связанных с раком. Ожидается, что за ближайшие 20 лет число новых случаев заболевания возрастет примерно на 70%.

По прогнозам, число случаев заболевания от рака будет продолжать расти от 14 миллионов в 2012 году до 22 миллионов в следующие десятилетия. За последние годы у мужчин чаще всего диагностировался рак легких, простаты, прямой кишки, желудка и печени, у женщин – рак молочной железы, прямой кишки, легких, шейки матки и желудка [1].

Цель. Проанализировать и сравнить статистические данные по онкологическим больным в Смоленской области за 2012-2013 гг.

Материалы и методы. Анализ проведен для взрослого населения Смоленской области по данным ОГБУЗ «Смоленского областного онкологического клинического диспансера» за 2012-2013 гг.

Результаты. В Смоленской области в 2013 году было зарегистрировано 21 204 случая онкологических заболеваний, из них 99,4% – взрослое население. Смертность от злокачественных новообразований на 100 тысяч населения увеличилась с 170,2 в 2012 году до 193,1 – в 2013. Первичная заболеваемость взрослых на 100 тысяч населения увеличилась с 357,8 в 2012 году до 376,7 – в 2013. Удельный вес больных, находящихся на учете на конец 2013 года, составил 21 079 человек, что на 150 больше, чем в 2012 году [4].

Выводы. По полученным данным, можно сделать вывод о том, что количество заболеваний злокачественными новообразованиями у взрослого населения в Смоленской области с каждым годом увеличивается. Число первичной заболеваемости за период с 2012 до 2013 год увеличилось на 5%. Показатель общей заболеваемости увеличился более, чем на 2%. Показатель смертности от злокачественных новообразований на 100 тысяч населения увеличился на 12% за период 2012-2013 гг.

Для того чтобы уменьшить эти показатели необходимо проводить профилактические мероприятия для населения по выявлению предрасположенности к заболеваниям, а также использовать методы диагностики для выявления заболевания на ранних стадиях [2].

Литература

1. Всемирная Организация Здравоохранения. Основные сведения о раке // Информационный бюллетень № 297, февраль 2015 г.
URL:<http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs297/ru/index.html>
2. Всемирная Организация Здравоохранения. Профилактика рака в странах – 2014 // февраль 2015 г. URL:<http://http://www.who.int/entity/cancer/prevention/ru/index.html>
3. Пояснительная записка к годовому отчету за 2013 год. ОГБУЗ «Смоленский областной онкологический диспансер» // Смоленск, 2014 г.

УДК 616.329-002+615.015

ДЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ АНТИСЕКРЕТОРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ БОЛЬНЫХ С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТТА**Е.А. Школина****Научный руководитель – доц В.В. Руссиянов***Смоленский государственный медицинский университет**Кафедра общей врачебной практики с курсом поликлинической терапии***Резюме.** В работе представлены результаты длительного лечения больных с пищеводом Барретта ингибиторами протонной помпы.**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищевод Барретта**LONG-TERM THERAPY WITH ANTISECRETORY DRUGS TO PATIENTS WITH BARRETT'S ESOPHAGUS****E.A. Shkolina****Scientific advisor – associate prof. V.V. Russianov, PhD***Smolensk State Medical University**Department of General Medical Practice with a Course of Out-Patient Medicine***Abstract.** The paper presents the results of a long-term treatment in patients with Barrett's esophagus with proton pump inhibitors.**Key words:** gastro esophageal reflux disease, Barrett's esophagus**Актуальность.** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) в последние годы приобрела особое значение, частота и тяжесть которой увеличиваются во многих странах мира, включая Россию [1, 3]. Согласно современным представлениям в рамках ГЭРБ выделяют как минимум три формы: эрозивная рефлюксная болезнь (ЭРБ), неэрозивная рефлюксная болезнь (НЭРБ), пищевод Барретта (ПБ). Распространенность ПБ среди лиц с ГЭРБ составляет 8% с колебаниями в диапазоне от 5 до 30%. В последние десятилетия наблюдается заметный рост заболеваемости аденокарциномой пищевода (АКП). Частота АКП у пациентов с ПБ возрастает до 800 случаев на 100 000 населения в год. Наличие ПБ повышает риск последующего развития АКП в десятки раз [5].**Цель.** Проследить результаты длительного применения ингибиторов протонной помпы (ИПП) у больных с ПБ.**Материалы и методы.** В исследование были включены 18 пациентов с неэрозивной и эрозивной формами рефлюкс-эзофагита в возрасте от 20 до 64 лет, у которых при эндоскопическом исследовании были выявлены признаки ПБ. Из них мужчин было 11 (61,1±11,8%), женщин – 7 (38,9±11,8%). 14 пациентов обращались неоднократно за медицинской помощью по поводу рефлюкс-эзофагита, 4 пациента с ПБ за медицинской помощью обратились впервые. Давность заболевания составила от 2 до 12 лет (в среднем 6,3±1,0 год). У 6 (33,3±11,4%) пациентов имелась грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). Биоптаты слизистой оболочки (СО) пищевода брались из четырех квадрантов, начиная с гастроэзофагеального соединения и проксимально каждые 1–2 см к проксимальному краю СО ПБ, которая имеет характерный красный цвет в виде «языков пламени» и "бархатный" вид, что и отличает ее от расположенного рядом тонкого, бледного, с глянцевой поверхностью плоского эпителия. Всем пациентам назначались ингибиторы протонной помпы в средних терапевтических дозах 2 раза в сутки, пациентам с тяжелыми эрозивными формами – в дозах, увеличенных в два раза. После улучшения самочувствия и положительной динамике при контрольной ФЭГДС, переходили на поддерживающие дозы: при неэрозивных формах 1 раз в сутки, при эрозивных – 2. Давались рекомендации по коррекции образа жизни и питанию. Контроль за лечением и морфологическими

изменениями в СО пищевода проводился через 2-3 месяца от начала лечения, затем ежегодно у пациентов с неэрозивными формами и через 6 месяцев – с эрозивными. Всем больным с ПБ до назначения ИПП проводилось исследование на наличие *Helicobacter pylori* (HP) в СО желудка с помощью уреазного дыхательного теста (Хелик-теста). У 12 (66,7±11,4%) пациентов тест на HP был положительным, им была проведена эрадикационная терапия с применением трех- или четырехкомпонентных схем, согласно Маастрихтским соглашениям [4].

Результаты и обсуждение. Постоянные клинические симптомы, характерные для рефлюксной болезни, имелись у 14 (77,8±10,1%) из 18 больных. У 6 из них был выявлен эрозивный, у 3 – неэрозивный эзофагит. У 5 (27,8±12,4%) пациентов изжога и отрыжка кислым появлялись периодически (при нарушении диеты, наклонах туловища и физических усилиях). У 3 из них выявлен неэрозивный, а у 2 – эрозивный эзофагит. Из 4 (22,2,5±10,1%) больных, у которых отсутствовали характерные жалобы для ГЭРБ, неэрозивный эзофагит выявлен у 2 больных, эрозивный – так же у 2. Как следует из представленных данных, не определяется корреляции между выраженностью клинических симптомов и эндоскопическими изменениями СО пищевода. В ряде случаев имеются достаточно выраженные эндоскопические признаки рефлюкс-эзофагита без наличия стойкой изжоги (как основного признака рефлюксной болезни). В других же случаях изжога носит стойкий характер, а признаки повреждения СО пищевода отсутствуют. Поэтому в начале курса лечения больным даны рекомендации по изменению образа жизни и характера питания, без которых медикаментозное лечение бывает малоэффективным или дает кратковременный эффект. Результаты лечения ИПП показали, что у больных с эрозивными формами ГЭРБ клинические симптомы исчезали через 2 недели, а заживление эрозий наблюдалось через 2-3 месяца от начала лечения у всех пациентов. После заживления эрозий назначалась длительная поддерживающая терапия ИПП в половинной дозе. 4 пациента после улучшения самочувствия самостоятельно прекратили прием препаратов и не являлись для контрольного исследования. Дальнейшее динамическое наблюдение показало, что у 14 пациентов, при ежегодном эндоскопическом исследовании наблюдалось уменьшение очагов метаплазии. У 3 (21,4±11,4%) из них через 5 лет метаплазия полностью исчезла, что было подтверждено при эндоскопическом и морфологическом исследовании. Этим пациентам рекомендована длительная поддерживающая терапия со строгим соблюдением реабилитационных мероприятий и последующим эндоскопическим контролем 1 раз в год. У 4 (28,5±12,5%) больных с эрозивными формами и наличием сопутствующей ГПОД при попытке перехода на поддерживающие дозы ИПП и однократный прием препаратов наблюдалось обострение эзофагита. Двое пациентов с повторными рецидивами эзофагита и наличием больших ГПОД были направлены на оперативное лечение: выполнена фундопластика по Ниссену. После оперативного лечения рекомендована поддерживающая терапия омепразолом в дозе 20 мг 1 раз в сутки. При контрольном осмотре через год клинических проявлений заболевания не выявлено. При морфологическом исследовании СО пищевода были обнаружены признаки хронического эзофагита.

Выводы. Отсутствует прямая корреляция между выраженностью клинических симптомов ГЭРБ и морфологическими изменениями СО дистального отдела пищевода, такое осложнение как ПБ может встречаться как при эрозивных, так и неэрозивных формах ГЭРБ. Длительная терапия ИПП у ряда пациентов приводит к исчезновению морфологических признаков ПБ, у лиц резистентных к лечению ИПП и имеющих ГПОД показано своевременное оперативное лечение.

Литература

1. Васильев Ю.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: патогенез, диагностика, медикаментозное лечение. Consilium medicum. Приложение. – 2002. – С. 5–13.
2. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Болезни пищевода. Патологическая физиология, клиника, диагностика и лечение. – М.: Триада-Х, 2000. – 178 с.

3. Исаков В.А. Новые рекомендации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter Pylori* – Маастрихт IV. Best clinical practice. – ООО Изд. Дом. «Практическая медицина». – 2012. – 23 с.
4. Калинин А.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Методические указания. – М., 2004. – 40 с.
5. Янкин А.В. Рак пищевода: от статистики к диагностике. Практическая онкология. – 2003.– № 4 (2) – С. 61–65.

**МАТЕРИАЛЫ 67-й СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ СТУДЕНТОВ
СМОЛЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ:
ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ АГРЕССИЯ?**

К.В. Айрапетов, Е.А Вознесенская

Научный руководитель – доц. В.Н. Покусаева

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики

Парадокс лекарственной терапии при беременности заключается в том, что назначая медикаменты, врач, с одной стороны, лечит острое или обострение хронического заболевания, предупреждает связанные с ним неблагоприятные перинатальные эффекты, а с другой, – увеличивает риск врожденной патологии, ассоциированной с приемом этих лекарств. В связи с этим к фармакотерапии при беременности предъявляются особые требования. Наряду с высокой эффективностью препараты должны обладать максимальной безопасностью для плода. Однако в ряде случаев беременным назначаются лекарства с недостаточно доказанной эффективностью и безопасностью.

Цель. Выяснение частоты и обоснованности назначения беременным медикаментозной терапии в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки отобрано 206 индивидуальных карт беременных и родильниц, состоявших на учете в женской консультации ОГБУЗ Перинатальный центр г. Смоленска в 2014 г. Проведен анализ частоты и обоснования назначения лекарственных препаратов.

Результаты. Не принимали никаких препаратов только 2 (0,97%) беременные. Препараты, рекомендованные при физиологической беременности, принимали 204 женщины: поливитамины – 156 (75,8%), фолиевую кислоту – 31 (15,0%), аскорбиновую кислоту – 52 (25,2%), препараты йода – 137 (66,5%), исключительно витамины и препараты йода были назначены 5 (2,4%). Микроэлементы, используемые по особым показаниям, фигурировали в медицинской документации более чем у половины беременных: кальций – у 47 (22,8%), магний – у 87 (42,2%), железо – у 84 (40,8%). Гестагенную поддержку получали 27 (13,1%) женщин, токолитики – 3 (1,5%), спазмолитики – 23 (11,2%). Антибактериальная терапия 8 (3,9%) беременным назначалась системно, 37 (18,0%) локально в виде свечей во влагалище. Метаболические препараты, дезагреганты и фитопрепараты получали почти все: дипиридамола – 62 (30,1%), актовегин – 23 (11,2%), эссенциале – 14 (6,8%), хофитол – 71 (34,5%), канефрон – 14 (6,8%), диосмин – 104 (50,5%). От 29,8% (препараты железа) до 80% (хофитол, диосмин) назначений не были в достаточной степени обоснованы в медицинской документации.

Вывод. 97,6% беременным г. Смоленска амбулаторно были назначены лекарственные препараты, в ряде случаев без достаточного обоснования.

**ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СНА У СТУДЕНТОВ 1, 3 И 6-ГО КУРСОВ
СМОЛЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Е.О Алдохина, Ю.И Дудоладова, Е.А Моисеев

Научный руководитель – асс. Т.А. Виноградова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра патологической физиологии

Цель. Выявить нарушения сна у студентов 1, 3 и 6-го курсов разных факультетов медицинского университета г. Смоленска.

Материалы и методы. Проанкетировано 154 студентов 1, 3 и 6-го курсов, из них учащиеся 3-го курса лечебного факультета (ЛФ), n=30, педиатрического факультета (ПФ), n=30, стоматологического факультета (СТ), n=30. Учащиеся 6-го курса ПФ, n=30 и 1-го курса ЛФ, n=34. Все студенты проанкетированы по методике оценки субъективных характеристик сна – шкале сонливости по Ерworth и Стэндфорскому опроснику (скрининг синдрома сонного апноэ), которые позволяли диагностировать различные нарушения сна, степень сонливости, а также наличие синдрома сонного апноэ (ССА).

Результаты. У респондентов выявлены следующие нарушения сна: незначительные нарушения сна – 1-й курс ЛФ – 50%, 6-й курс ПФ – 43,3%, 3-й курс ЛФ – 26,7%, СФ – 43,3%, ПФ – 40%. Значительные нарушения сна – 1-й курс – 30%, 6-й курс – 46,7%, 3-й курс ЛФ – 33,3%, СФ – 36,7%, ПФ – 36,7%. Также выявлены степени сонливости: избыточная сонливость – 1-й курс – 60%, 6-й курс – 56,7%, 3-й курс на каждом факультете по 56,7%. Выраженная сонливость у студентов 1-го курса – 26,7%, 6-го курса – 33,3%, 3-го курса ЛФ – 30%, СФ – 26,7%, ПФ – 30%. Выявлено количество студентов с ССА: 1-й курс – 20%, 6-й курс – 16,7%, 3-й курс ЛФ – 30%, СФ – 3 %, ПФ – 26,7%. По гендерному признаку нарушения сна распределились следующим образом: у респондентов 1-го курса незначительные нарушения сна у девушек – 52,9%, у юношей – 41,2%; значительные нарушения сна у девушек – 35,3%, у юношей – 29,4%. Степень сонливости: избыточная сонливость у девушек – 64,7%, у юношей – 41,2%; выраженная сонливость у девушек – 29,4%, у юношей – 35,3 %; ССА у девушек – 17,6%, у юношей – 29,4%.

Выводы. У студентов всех курсов и факультетов Смоленского медицинского университета отмечается высокая склонность к незначительным и значительным нарушениям сна, выявляется повышенная степень избыточной и выраженной сонливости. Эти показатели могут свидетельствовать о психо-эмоциональном перенапряжении (высокие умственные нагрузки, переезд в другой город, сдача государственных экзаменов), нарушении естественного режима или ритма сна (продолжительность и качество сна). Самые высокие показатели ССА выявлены у студентов 3 курса ЛФ и ПФ, что может привести к развитию ишемической болезни сердца, постепенному снижению интеллекта, дневной сонливости, снижению либидо и развитию импотенции.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПАРАМЕТР «АСКОРБИНОВАЯ КИСЛОТА» В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ У ДЕТЕЙ С КРИСТАЛЛУРИЕЙ

П.В. Антошкина, И.А. Захаренков

Научный руководитель – асс. Т.В. Дружинина

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра детских болезней лечебного и стоматологического факультетов

Совершенствование лабораторных методов «сухой химии» привело к созданию дополнительного параметра в общем анализе мочи (ОАМ) – аскорбиновой кислоты (АК). АК и другие сильные восстановители в пробе мочи изменением цвета реакционной зоны искажают до ложноотрицательных значений результаты глюкозы, эритроцитов, билирубина, нитритов.

Цель. Изучить роль параметра АК в ОАМ тест-полосками у детей с кристаллурией.

Материалы и методы. Объектом исследования были амбулаторные карты и карты стационарного больного 159 пациентов в возрасте от 7 до 17 лет. Сбор данных осуществлялся на базе детского отделения ОГБУЗ ДКБ г. Смоленска. Для сравнения полуколичественным методом использовалась шкала тест-полосок АК с тремя значениями: «0», «+», «++» и более (в 14 случаях в тест-полосках были значения АК «+++»).

Результаты. Исследованные карты с целью оптимизации процесса анализа были разделены на 2 группы: I группа – пациенты без кристаллурии (130 детей) – 155 ОАМ, II группа – пациенты с кристаллурией (29 детей) – 49 ОАМ. Отмечалось значительное преобладание

положительных результатов АК в ОАМ у пациентов с кристаллурией. Отрицательные значения АК у пациентов с кристаллурией встречались в 2 раза реже (I группа – 37,4%, II группа – 18,3%), АК в концентрации «++» – в 2 раза чаще (14,8 и 36,6% соответственно). Минимальные значения АК «+» регистрировались одинаково часто – 45,1 и 46,9% соответственно. В группе с кристаллурией у 23 детей, по данным ОАМ (n=38), регистрировались оксалаты, у 6 детей (ОАМ – n=11) – ураты. У 52% детей с оксалатурией и АК «++» при повторном ОАМ получены те же результаты. Положительные значения АК преобладали при оксалатурии, поскольку АК через щавелевую кислоту может предшествовать оксалатурии: АК «0» – 15,7 и 27,2%, соответственно, АК «+» – 52,6 и 27,2%, АК «++» – 31,7 и 45,6%, однако почти в половине случаев при уратурии также наблюдались максимальные значения АК, что нуждается в уточнении причины.

Выводы. Параметр АК в ОАМ тест-полосками является значимым диагностическим критерием. Положительные значения АК в ОАМ требуют обязательного повторного исследования. Значения АК в концентрации «++» в ОАМ можно считать достоверным критерием для необходимости дальнейшего уточнения оксалатной и уратной кристаллурии.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

П.В. Антошкина, И.А. Захаренков

Научный руководитель – доц. О.А. Сергеев

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии

Цель. Провести оценку эффективности эндоскопического гемостаза (ЭГ) у больных с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) в многопрофильном стационаре.

Материалы и методы. Анализ 41 законченного случая лечения больных с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ, которые находились в отделении хирургии ГКБ № 1 г. Смоленска с 2012 по 2014 год.

Результаты. Среди госпитализированных больных мужчин было почти в 3 раза больше (n=32,78,1%), чем женщин (n=9, 21,9%). Средний возраст составил 53,6 года. По данным фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) причиной острых кровотечений явились: язвенная болезнь желудка – у 17 (41,5%) пациентов, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – у 13 (31,7%), синдром Маллори-Вейсса – у 10 (24,4%), прочие причины – у 1 (2,4%). По данным ФЭГДС все ЖКК по классификации J.A. Forrest распределились следующим образом: Ia – 34,1%, Ib – 17,2%, IIa – 34,1%, IIb – 7,3% и IIc – 7,3%. С целью остановки кровотечения были использованы: паравазальное введение этанола у 23 (56,1%) больных, инъекционный метод введения раствора адреналина 1:10000 – у 7 (17,1%), орошение источника кровотечения 5% раствором аминокaproновой кислоты – у 1 (2,4%), клипирование сосуда – у 1 (2,4%), а также сочетание методов – у 9 (22%). У 4 больных (9,8%) имел место рецидив кровотечения, во всех случаях повторный ЭГ был эффективен.

Выводы. 1. Наиболее достоверным методом диагностики ЖКК является экстренная ФЭГДС. 2. Современные методы эндоскопического гемостаза эффективны при рецидиве ЖКК. 3. Использование современных методов эндоскопического гемостаза позволило сократить количество открытых хирургических вмешательств.

ТОРАКОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ДЕСТРУКЦИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

И.А. Антроповская

Научный руководитель – доц. Н.С. Васильев

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии

Цель. На примере затяжных форм острой гнойно-деструктивной пневмонии (ОГДП) показать преимущество торакоскопии перед широко применяемыми в этих случаях пункциями или закрытого торакоцентезного дренирования.

Материал и методы. 28 детей от 1 месяца до 9 лет, лечившиеся в клинике детской хирургии с 2009 по 2015 год. Мальчиков было 16, девочек – 12. Для исследования отобрана группа больных – 19 детей, у которых патология приняла затяжной характер и была представлена: у 7 – обширным фибротораксом, у 5 он сочетался с пиотороксом и у 7 – с пиопневмотораксом. С целью лечения после неэффективного пункционного и дренирующего лечения 6 пациентам была проведена видеоторакоскопия.

Результаты. Дети поступали в клинику на 2-3-й неделе заболевания, предварительно проходя лечение в инфекционном и соматическом стационарах по поводу ОРЗ и пневмонии. Неоднократно проводились пункции (от 3 до 7 раз) или осуществлялось дренирование плевральной полости методом закрытого торакоцентеза. Торакоскопия проводилась общепринятым методом, ориентируясь на клиничко-рентгенологические данные. Это давало возможность оценить изменения висцеральной и париетальной плевры, разрушить внутриплевральные сращения, удалить фибринозно-гнойные и некротические наложения. Проводились ультразвуковая санация плевральной полости с антисептиками, дренирование. Общее состояние на 3-5-й день формализовывалось, улучшался аппетит, уменьшались признаки дыхательной недостаточности и интоксикации. Легкое расправлялось, и контрольный дренаж удалялся. Это сокращало пребывание в хирургическом стационаре, и больные переводились на реабилитацию в соматические отделения. В 2 случаях, опасаясь внутриплевральных и легочных кровотечений, отмечалась задержка включения в комплексное лечение торакоскопии. Угроза развития сепсиса, гангрены легкого и возможность перехода эмпиемы в хроническую форму заставили у первого на 7-й день и у второго на 9-й день поступления выполнить её с положительным эффектом и перевести больных на реабилитацию на 15 и 18-й день пребывания в стационаре с положительным результатом.

Выводы. Торакоскопия является методом выбора в лечении затянувшихся легочно-плевральных форм ОГДП при неэффективности пункционного и закрытого торакоцентезного дренирования. Наиболее оптимальным сроком являются 5-7-е сутки.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРВИ И ГРИППА У ДЕТЕЙ. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ

А.В. Артёмова, Д.А. Артёмов

Научный руководитель – доц. А.И. Грекова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней у детей

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) занимают ведущее место в структуре инфекционной патологии у детей. Широкий выбор противовирусных ставит перед педиатром вопрос о рациональной терапии ОРВИ.

Цель. Выявить клиничко-эпидемиологические особенности ОРВИ и гриппа у детей. Провести сравнительную эффективность этиотропной терапии у детей с ОРВИ и гриппом.

Материалы и методы. Проведен анализ 73 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в детском инфекционном отделении ОГБУЗ «КБ № 1» с января 2014 по февраль 2015 года в возрасте до 15 лет. Критерии отбора: диагноз ОРВИ при поступлении, начало лечения до 3 дней с момента заболевания, минимальный курс противовирусной терапии 5 дней и среднетяжелая форма заболевания.

Результаты. Этиология ОРВИ была подтверждена методом ПЦР (выделение вируса из носоглотки) в 49,3% случаев. Из них аденовирус выделен в 1,3%, бокавирус – 2,7 %, грипп – 5,4 %, метапневмовирус – 10,9 %, парагрипп – 5,4%, РС-вирус – 5,4%, риновирус – 15%, ассоциация вирусов: риновирус+ бокавирус – 1,3%, риновирус+грипп 1,3%. Стеноз гортани был выявлен у 5,4% детей, бронхообструктивный синдром – у 9,3%. Дети получали этиотропную терапию: арбидол – 64,3% (I группа), виферон – 27,3% (II группа), остальные 8,4% детей получали циклоферон и орвирем. Оценивали эффективность терапии в I и II группах. Оценку эффективности препарата проводили по следующим критериям: длительность симптомов интоксикации (лихорадка, головная боль, озноб и другие), длительность респираторного синдрома (кашель, заложенность носа, ринорея), исход заболевания (выздоровление, улучшение, осложнение). Длительность лихорадки в I группе составила $3,9 \pm 1,6$ дня, во II группе – $3,8 \pm 1,0$; длительность кашля: I группа $7,5 \pm 1,5$ дня, II группа $6,2 \pm 1,1$; заложенность носа: I группа – $6,3 \pm 1,1$ дня, II группа – $6,5 \pm 0,9$; ринорея: I группа – $5,7 \pm 0,8$ дня, II группа – $5,4 \pm 1,0$. Выздоровление отмечалось в I группе в 70,1% случаев, во II группе – в 70%. Осложнения выявлены в 8,2% случаев (I группа – 3,8%, II группа – 4,2%).

Выводы. В этиологии ОРВИ у детей преобладал риновирус и метапневмовирус. Существенных различий в длительности симптомов ОРВИ и исходов заболевания в обеих группах не выявлено. Оба препарата можно рекомендовать в качестве этиотропной терапии при лечении ОРВИ у детей с учетом возраста.

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

А.Л. Афонченко, А.Ю. Бобылева, А.С. Ханова, А.В. Шапуров

Научный руководитель – проф. А.Д. Лелянов

*Смоленский государственный медицинский университет,
Кафедра факультетской хирургии*

Цель. На основе анализа историй болезни пациентов с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС) установить наиболее частые причины данного заболевания с последующим выбором наиболее эффективных методов лечения

Материалы и методы. Проанализировано 19 историй болезни пациентов с ПХЭС, находившихся на стационарном лечении в ОГБУЗ КБСМП в период с 31.12.2012 по 31.12.2013, из них 4 (21%) – мужчины, 15 (79%) – женщины, средний возраст составил $56 \pm 3,3$ года. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от причин ПХЭС: 1-я группа – органические причины, 2-я – функциональные.

Результаты. Длительность заболевания от 1 года до 6 лет. Основными жалобами являлись: боли в эпигастральной области и симптомы желудочно-кишечного дискомфорта. Всем пациентам, помимо сбора анамнеза и анализа клинической картины, было проведено комплексное обследование, включавшее лабораторные и инструментальные методы исследования. При этом наибольшее значение придавали эндоскопической ретроградной холангиографии, КТ и МРТ-холангиографии. В 1-й группе установлены следующие причины ПХЭС: резидуальный холедохолитиаз (РХ) у 6 (50%) пациентов, стеноз фатерова сосочка (СБДС) – у 3 (25%), парафатеральный дивертикул – у 2 (16,7%), протяженные стриктуры терминального отдела холедоха – у 1 (8,3%). Больным с РХ и СБДС выполнены эндоскопическая папиллосфинктеротомия, 4 пациентам произведена литоэкстракция

корзиночкой Дормиа. При протяженной стриктуре после бужирования произведено стентирование холедоха нитиноловым стентом.

У пациентов 2-й группы причиной функциональных нарушений являлись дисфункция сфинктера Одди по гипомоторному типу у 4 (57%) пациентов, дисфункция сфинктера Одди по гипермоторному типу – у 3 (43%). Функциональные нарушения купировали, используя соблюдение диеты и этиотропную терапию, включавшую спазмолитики, желчегонные препараты.

Выводы. Холецистэктомия не следует рассматривать как конечный этап лечения холелитиаза, поскольку операция не устраняет литогенных свойств желчи и не предотвращает образование новых камней. В зависимости от этиологии ПХЭС проводится либо хирургическое лечение данной патологии, включающее эндоскопическую папиллосфинктеротомию с литоэкстракцией корзиночкой Дормиа и стентирование холедоха, либо этиотропная терапия, включающая спазмолитики и желчегонные средства.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗА

А.Л. Афонченко, Е.Ю. Удимова

Научный руководитель – асс. Т.Г. Морозова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии

Актуальность. Циррозом печени (ЦП) алкогольного генеза страдают от 500 000 до 1 миллиона населения РФ. Ежегодно умирают от 10 000 до 20 000 человек с терминальной стадией ЦП.

Цель. Выявить наиболее частые изменения со стороны внутренних органов у пациентов с циррозом печени алкогольного генеза.

Материалы и методы. Проанализированы 15 историй болезней пациентов, страдающих ЦП алкогольного генеза, находившихся на стационарном лечении в ОГБУЗ «КБ № 1». Из них 10 (67%) – мужчины, 5 (33%) – женщины, средний возраст составил $49 \pm 1,3$ года. Были проведены лабораторные (общий анализ крови, биохимический анализ крови) и инструментальные (рентгенограмма органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и почек, фиброгастроуденоскопия (ФГДС) и электрокардиография (ЭКГ) методы исследования.

Результаты. В активную фазу ЦП в общем анализе крови отмечались лейкоцитоз и анемия. В биохимическом анализе крови синдром холестаза встречался у 13 пациентов (87%), синдром цитолиза – у 15 больных (100%). По результатам ФГДС у всех пациентов имелось варикозное расширение вен пищевода I-II степени, у 8 пациентов (53%) – гастродуоденит, у 7 (47%) – язва желудка и бульбит. При УЗИ органов брюшной полости выявлены: у 13 пациентов (87%) – гепатомегалия, у 10 (67%) – расширение воротной и селезеночных вен, у 13 (87%) – спленомегалия, у 14 (93%) – асцит, у одного пациента (7%) печень поджата за счет фиброзных изменений в паренхиме. Рентгенограмма органов грудной клетки у всех больных без видимой патологии. При оценке органов средостения на рентгенограмме у 10 пациентов (67%) – гипертрофия левого желудочка, что было подтверждено результатами ЭКГ, на которой выявлены гипертрофия левого желудочка и блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. При УЗИ почек у 5 пациентов (33%) обнаружена ишемия коркового слоя с обеих сторон, это угроза возникновения почечного синдрома, являющегося фактором риска прогрессирующего цирроза печени.

Выводы. Цирроз печени алкогольного генеза приводит к полиорганному поражению внутренних органов, что повышает риск развития осложнений. Поражения внутренних органов были одинаковыми независимо от пола. Своевременный и комплексный алгоритм обследования пациента, страдающего циррозом печени алкогольного генеза, позволяет корректировать тактику ведения и лечения пациентов.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ С АТОПИЕЙ

И.А. Бабакова

Научный руководитель – проф. Р.Я. Мешкова

*Смоленский государственный медицинский университет**Кафедра клинической иммунологии и аллергологии*

Бронхиальная астма (БА) – одно из самых частых хронических воспалительных заболеваний легких. Международный консенсус педиатров рекомендует следующее определение у детей: БА – это рецидивирующие приступы одышки со свистящими хрипами в грудной клетке и/или постоянный кашель при условиях, делающих заболевание астмой вероятным и после исключения иных редких состояний, проявляющихся аналогичными симптомами.

У детей БА сочетается с атопией. Этиология атопической бронхиальной астмы обусловлена различными экзоаллергенами. В зависимости от ведущего этиологического фактора выделяются различные формы атопической БА: бытовая (пылевая), пыльцевая, эпидермальная, грибковая, нутритивная (пищевая).

Цель. Ретроспективный анализ архивных историй болезни детей с атопической бронхиальной астмой.

Задачи. Изучение возраста постановки диагноза, возраста, когда появились первые признаки сенсibilизации, типа сенсibilизации, уровней IgE и IgA, а также оценку проводившейся терапии.

Материалы и методы. Всего проанализировано 18 историй болезни. Все дети разделены на 2 группы: I группа – диагноз БА был поставлен в возрасте от 1 года до 5 лет (11 детей), II группа – 6-17 лет (7 детей).

Результаты. Наиболее часто диагноз БА устанавливался в возрасте от 1 года до 5 лет (61%). Первые симптомы сенсibilизации в I группе были выявлены в возрасте от 1 до 11 месяцев у 9% больных, от 1 года до 5 лет – у 54,5%, у 36,4% – возраст неизвестен). Во II группе первая сенсibilизация была выявлена в возрасте от 1-5 лет у 14,3 %, 6-10 лет – у 29%, 11-17 лет – у 14,3%, у 42,3% – возраст неизвестен. Анализ аллерго-проб показал, что в I группе сенсibilизация одновременно к бытовым и эпидермальным аллергенам выявлена у 18,2%, одновременно к бытовым, пыльцевым и грибковым аллергенам – у 9%, одновременно к эпидермальным, бытовым и грибковым – у 9%, одновременно к пищевым, бытовым и пыльцевым – у 9%, одновременно к бытовым и грибковым – у 9%, к бытовым и пыльцевым – у 9%, к пищевым и эпидермальным – у 9%, одновременно к пищевым, бытовым, эпидермальным и пыльцевым – у 9%, только к бытовым – у 18,2%. Во II группе сенсibilизация выявлена одновременно к пищевым, бытовым, эпидермальным и пыльцевым у 14,2%, одновременно к бытовым и эпидермальным аллергенам – у 14,2%, к бытовым и пыльцевым – у 14,2%, одновременно к пищевым, бытовым и грибковым – у 14,2%, только к бытовым – у 43%. Оценивая общий уровень сенсibilизации в двух группах, видно, что преобладает бытовая сенсibilизация (44%). При оценке уровня IgE выявлено, что в I группе данный показатель у 9% находился в пределах от 0 до 100 МЕ/л, у 18,2% – 101-200 МЕ/л, у 18,2% – 201-500 МЕ/л, у 45,5% – 501-1000 МЕ/л, у 9% – более 1000МЕ/л. Во II группе уровень IgE составил у 27,3% 101-200 МЕ/л, у 14,2% – 201-500 МЕ/л, у 29% – 501-1000 МЕ/л, у 14,2% – более 1000 МЕ/л. Оценивая общую картину уровня Ig E, можно сделать вывод, что для большинства детей (39%) характерный уровень IgE – 501-1000 МЕ/л. Анализ уровня IgA выявил, что в I группе пониженный уровень IgA характерен для 73% детей, в пределах нормы – для 27%. Во II группе пониженный уровень IgA выявлен у 14% детей, в пределах нормы IgA – у 86%. Оценивая общую картину уровня IgA в обеих группах, следует отметить, что в половине случаев он пониженный (50%). Анализ проводимой терапии выявил, что в I группе комплекс препаратов вентолин, будесонид и синглон применялся у 18,2% детей; одновременно вентолин и сальбутамол – у 9%; фликсотид – у 9%; пульмикорт и курс АСИТ – у 9%; зиртек, беродуал и вентолин –

у 9%; беродуал, пульмикорт и АГП – у 18%; беродуал и АГП – у 9%; серетид – у 9%. Во II группе применялся комплекс: назонекс, цинокап и курс АСИТ у 14,3% пациентов, курс АСИТ – у 29%, вентолин, сальбутамол, фликсотид и синглон – у 14,3%; вентолин – у 14,3%; беродуал и вентолин – у 14,3%. Результаты исследования показали, что предпочтение отдается вентолину (39%).

Выводы. БА чаще выявляется у детей в возрасте от 1 до 5 лет (61%). Первые признаки аллергических заболеваний у детей II группы с более поздней постановкой диагноза БА на первом году жизни не выявлялись, для них же характерна моносенсибилизация к бытовым аллергенам (43%). У детей I группы моносенсибилизация встречалась реже. Во II группе нормальные показатели IgE в сыворотке крови не отмечались. У детей I группы с преобладанием полисенсибилизации гипериммуноглобулия E встречалась в 1,5 раза чаще, чем у детей II группы. У детей I группы БА протекает на фоне гипоиммуноглобулии A чаще, чем в II группе.

ВЗАИМОСВЯЗЬ БИОХИМИЧЕСКИХ СДВИГОВ И РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Е.Ю. Бабакова, В.В. Тришина, М.А. Трясунова
Научный руководитель – проф. Н.Н. Маслова

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии*

Цель. Оценить информативность биохимических показателей системного воспаления (С-реактивный белок, фибриноген, общий белок), уровня гликемии и холестеринемии в острейший период инсульта.

Материалы и методы. Проанализирована 31 история болезни пациентов, проходивших курс стационарного лечения на базе ВНО ОНМК СОКБ с диагнозом «ишемический инсульт», без сопутствующих нарушений ритма сердца. Обследование пациентов соответствовало всем стандартам ведения больных с данной патологией.

Результаты. Средний возраст пациентов – $53 \pm 5,3$ года. 67,7% составили пациенты мужского пола, 32,3% – женского. Правополушарные очаги ишемии зафиксированы в 61,3% случаев, у 35,47% пациентов очаг локализовался в левом полушарии, у 3,23% – двусторонние очаги. Средний уровень холестерина был равен 5,8 ммоль/л (66,67% пациентов имели уровень холестерина выше 5,2 ммоль/л), уровень глюкозы крови в среднем был 7,8 ммоль/л (у 67,74% пациентов выявлена гипергликемия), среднее значение концентрации общего белка в плазме крови – 72,8 г/л (лишь 16,67% пациентов имели гипопротеинемию ниже 65 г/л), при этом среднее содержание альбумина в плазме крови соответствовало норме – 43,3 г/л. Средний уровень фибриногена в группе превышал допустимое значение и был равен 4,5 г/л (у 66,67% пациентов зафиксирована гиперфибриногенемия). У 42% пациентов, по данным дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий, зафиксированы признаки стенозирующего атеросклеротического процесса с изменением скоростных характеристик кровотока в средней мозговой и позвоночной артериях. Средняя частота сердечных сокращений (ЧСС) в группе составила 81 уд/мин.

Выводы. У большинства пациентов в исследуемой группе выявлены все факторы риска острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК): гиперхолестеринемия (66,67%), гипергликемия (67,74%), гиперфибриногенемия (66,67%). Практически у половины установлены признаки церебрального стенозирующего атеросклероза. Кроме того, ЧСС выше 80 уд/мин свидетельствует о высоком уровне активации симпатно-адреналовой системы (САС). Это всё подтверждает, что пациенты данной группы имели высокий риск возникновения атеротромботического ишемического инсульта на фоне ранее имеющейся у них хронической цереброваскулярной патологии. Оценка биохимических показателей белкового, липидного и углеводного обмена, а также степени атеросклеротического

поражения брахиоцефальных артерий и уровня активации САС имеет первостепенное значение в планировании реабилитационных мероприятий, а также в особенностях ведения каждого конкретного пациента в восстановительный период после ОНМК. При этом, основная цель, преследуемая лечащим врачом, – максимальное снижение риска повторного острого цереброваскулярного заболевания путем воздействия на основные патогенетические механизмы – снижение уровня гликемии, холестеринемии, фибриногенемии, нормализация липидного спектра, поддержание уровня ЧСС в пределах от 60 до 78 уд/мин.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

А.Ю. Бобылева, А.С. Ханова

Научный руководитель – асс. Т.Г. Морозова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии

Цель. Провести анализ часто встречающихся жалоб, результатов лабораторно-инструментальных методов диагностики, отягощающих факторов развития основного заболевания, у пациентов, страдающих дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материалы и методы. Проанализировано 16 историй болезни пациентов, страдавших ДКМП (из них 69% (11) мужчины и 31% (5) женщины), находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ОГБУЗ «КБ № 1» в 2013-2014 гг.

Результаты. Все больные предъявляли жалобы на одышку, отеки, головные боли, головокружения. Боли в области сердца были отмечены у 11 (69%) пациентов, чувство перебоев в работе сердца – у 8 (50%). Хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II Б стадии, III-IV функциональным классом страдало 14 (87,5%) пациентов, у 2 (12,5%) была выявлена ХСН I стадии. Отеки нижних конечностей отмечены у 13 (81%) пациентов, асцит – у 8 (50%), застойные явления в легочной ткани – у 6 (37,5%). Фоновая патология была следующей: ожирение – у 13 (81%) больных, артериальная гипертензия – у 11 (69%), атеросклеротический кардиосклероз – у 5 (31%), что отягощало течение основного заболевания. При анализе электрокардиограмм (ЭКГ) были выявлены следующие изменения: нарушение проводимости по правой и левой ножкам пучка Гисса – у 8 (50%) пациентов, гипертрофия левого желудочка – у 8 (50%), увеличение левых отделов сердца – у 3 (19%), увеличение обоих желудочков у 6 (37,5%), ЭКГ-признаки электролитных нарушений – у 3 (19%). Таким образом, изменения на ЭКГ требовали дифференцированного подхода к лечению пациентов. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) сердца были выявлены следующие изменения: дилатация всех полостей сердца была отмечена у 8 (50%) пациентов, обоих предсердий – у 3 (19%), обоих желудочков – у 5 (31%). Таким образом, эти данные позволяли заподозрить у пациентов диастолическую дисфункцию, что влияло на тактику лечения.

Выводы. Все пациенты, страдающие ДКМП, предъявляли жалобы неспецифического характера, что не позволяло полностью дифференцировать степень тяжести основного заболевания. Данные ЭКГ и УЗИ сердца необходимы с целью дополнительного уточнения нарушений для дальнейшей правильной тактики ведения пациентов и своевременного лечения фоновой патологии.

ТЕХНОЛОГИЯ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ НАСТОЙКИ ПРОПОЛИСА В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ

Н.М. Бондаренко

Научные руководители – асс. К.И. Максименкова, доц. С.О. Лосенкова

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра фармацевтической технологии*

Цель. Изготовить настойку прополиса в лабораторных условиях методом мацерации согласно технологической схеме и провести её стандартизацию в сравнительном аспекте.

Материалы и методы. Прополис, спирт этиловый 80%. Настойку прополиса готовили методом мацерации, для чего 10,0 г прополиса помещали в колбу на 200 мл и заливали спиртом этиловым 80% до образования «зеркала», колбу плотно укупоривали во избежание потери экстрагента. Оставляли на 7 суток в темном месте при периодическом перемешивании для экстрагирования. Готовую настойку процеживали через тройной слой марли во флакон из темного стекла, отжимая сырье. Далее проводили стандартизацию полученной настойки прополиса и настойки прополиса заводского производства (ОАО «Татхимфармпрепараты») по показателям, представленным в фармакопейной статье: органолептические свойства (прозрачность, цвет, запах, вкус), отсутствие механических включений, концентрация спирта этилового, плотность, содержание действующих веществ (сухой остаток).

Результаты. При оценке качества настойки прополиса было установлено, что оба образца представляли собой прозрачную жидкость желто-коричневого цвета с характерным запахом прополиса и легким запахом этилового спирта,пряно-жгучего вкуса, без видимых механических включений. Концентрация спирта в настойке прополиса лабораторного изготовления составила $80,0 \pm 1,0\%$, в настойке заводского производства – $80,0 \pm 1,2\%$. Плотность лабораторного образца составила $0,8779 \pm 0,0033$ г/мл, заводского образца – $0,8908 \pm 0,0062$ г/мл. Сухой остаток в настойке прополиса лабораторного изготовления составил $5,37 \pm 0,21\%$, в настойке заводского производства – $5,16 \pm 0,10\%$.

Выводы. Таким образом, настойка прополиса, изготовленная в условиях лаборатории, достоверно не отличалась от настойки заводского производства по стандартизуемым показателям качества.

ВЕЛИКИЕ ЛЮДИ, КОТОРЫХ УБИЛА ПАЛОЧКА КОХА

К.А. Бочарова, С.В. Серeda

Научный руководитель – доц. Е.Е. Рашкевич

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра фтизиопульмонологии*

Цель. Донести в медицинское студенческое общество исторические данные о заболевании туберкулезом известных личностей.

Материал и методы. Проведен анализ литературных источников и библиографических данных писателей, политических деятелей, ученых, актеров и художников Средних веков и Нового времени.

Результаты. Многие известные художники, музыканты и поэты стали жертвами туберкулеза. Перенапряжение, плохое питание, сырость, неправильный образ жизни способствовали развитию их болезни. Менее 100 лет назад туберкулез был неизлечимым заболеванием. До открытия Зельманом Вайсманом в 1942 году первого антибиотика для лечения туберкулеза – стрептомицина применялись методы, позволявшие лишь продлить и облегчить жизнь больных, но не вылечить их окончательно. Сотни известных людей умерли от туберкулеза в доантибактериальную эру: Фредерик Шопен, Леся Украинка, Антон Чехов, Шолом Алейхем, Фридрих Шиллер, Ромен Роллан, Элеонора Рузвельт и многие другие.

Антон Павлович Чехов умер в 44 года. Виссарион Григорьевич Белинский – русский писатель, выдающийся литературный критик и публицист, умер в 36 лет. Эдмунд Иосифович Держинский умер в 44 года. Леся Украинка – украинская писательница и поэтесса, умерла в 32 года от туберкулеза кости. Вивьен Ли умерла в 52 года. Наполеон II Бонапарт – единственный сын Наполеона Бонапарта, умер в 21 год. Василий Григорьевич Перов (русский живописец) умер в 48 лет. Тема «чахотки» была отражена в произведениях Ф.М. Достоевского, А.П. Чехова, Ч. Диккенса, А. Дюма, в полотнах художников Н.П. Клодта, В.М. Максимова, В.Д. Поленова, в операх Дж. Верди и Дж. Пуччини – это говорит о крайне широком распространении заболевания и о его влиянии на общество.

Выводы. Туберкулез – это болезнь, которая в доантибактериальную эру очень часто приводила к летальному исходу и лишила человечество многих гениальных ученых, писателей и исторических деятелей. Эта болезнь не выбирает своих жертв ни по возрасту, ни по любым другим признакам, не делает скидок ни гениям, ни звездам. Сейчас мы имеем возможность эффективного лечения туберкулеза при своевременном выявлении. Очень важно заботиться о профилактике туберкулеза и своевременно проходить профилактическое обследование.

МОДЕЛИ ДЛЯ СИМУЛЯЦИОННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И МАНИПУЛЯЦИЙ ПОД КОНТРОЛЕМ СОНОГРАФИИ

А.Н. Васильев, К.В. Максимова

Научный руководитель – доц. Д.С. Лабузов

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии

Цель. Создать и использовать симуляционные модели для проведения ультразвуковых исследований и пункционных вмешательств под контролем эхографии. Применять созданные модели для обучения основам УЗИ и выполнению манипуляций под контролем эхографии.

Материалы и методы. Для имитации ультразвуковых исследований были разработаны и сконструированы простые жидкостные и комбинированные модели-симуляторы с использованием синтетического и биологического материала. Так же созданы 2 модели кистозных образований для симуляционных вмешательств под контролем ультразвука. Для исследований использовались ультразвуковые сканеры Sonomed 400 (Россия) и MyLab 30 (Италия), с конвексными и линейными датчиками с пункционными насадками. Для выполнения симуляционных вмешательств использовались иглы для пункций и катетеры для наружного дренирования.

Результаты. Первый этап заключался в изучении теоретических основ проблемы. Далее с помощью простых жидкостных моделей разбирались основы УЗИ: принципы взаимодействия ультразвука с объектами и средами, ориентация в пространстве, принципы визуализации и измерения объектов. В последующем проводились имитированные исследования почек – свиные почки, залитые в емкости пищевым желатином. Позже приступали к отработке навыков вмешательств под контролем УЗИ на моделях-симуляторах: выполнение пункции и наружное дренирование кистозных образований. Проводилась пункция имитированной кисты на простой модели – перчаточный палец, заполненный водой в контейнере с жидкостью. Имитировали патологический процесс в виде кисты полюса почки – многослойная резиновая камера, с вязкой жидкостью, введенная в свиную почку. Весь указанный комплекс заливали пищевым желатином для имитации мягких тканей. На указанном тренажере проводились пункция и наружное дренирование кисты по методике Сельдингера. Созданные модели в последующем использовались на занятиях в рамках студенческого кружка по детской хирургии и элективного курса.

Выводы. Из доступных материалов возможно изготовление симуляционных моделей для

проведения ультразвуковых исследований и пункционных вмешательств под контролем эхографии. Представленные модели можно весьма эффективно применять для обучения основам указанных методик.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И ОТКРЫТЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

М.И. Васюк, Н.В. Анцупова

Научный руководитель – асс. С.Н. Щаева

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской хирургии*

Цель. Определить возможные факторы риска развития толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. Выявить наиболее частую локализацию, оценить результаты открытых и лапароскопических операций (ЛО) при осложненном колоректальном раке (КРР).

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ 44 историй болезни пациентов с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза, находившихся в КБ № 1 г. Смоленска с 20.01.13 по 18.02.15 г. В процессе исследования учитывались пол, возраст, сроки обращения за медицинской помощью, основные жалобы и выбранный метод лечения.

Результаты. Из 44 пациентов частичная кишечная непроходимость встречалась в 40,9% (n=18) случаев, а полная кишечная непроходимость — в 59,1% (n=26). Данная патология чаще встречалась у мужчин — 56,8% (n=25), чем у женщин — 43,2% (n=19). Пациенты в возрасте 50-60 лет составили — 43,3% (n=19), 61-70 лет — 36,5% (n=16), старше 70 лет — 20,2% (n=9). Большинство пациентов обратились за медицинской помощью в первые 24 часа — 59% (n=26). При проведении обзорной рентгенографии органов брюшной полости, колоноскопии, ректороманоскопии и УЗИ брюшной полости были обнаружены места локализации опухолей, послуживших причиной развития кишечной непроходимости: сигмовидная кишка — 29,5% (n=13), нисходящий отдел — 22,7% (n=10), восходящий отдел ободочной кишки — 18,2% (n=8), прямая кишка — 18,2% (n=8), слепая кишка — 11,4% (n=5). Выполнены операции: правосторонняя гемиколэктомия — 29,6% (n=13), левосторонняя гемиколэктомия — 25% (n=11), резекция сигмовидной кишки — 20,4% (n=9), низкая передняя резекция прямой кишки — 18,2% (n=8), субтотальная колэктомия — 6,8% (n=3). Из них ЛО было 34,1% (n=15), а лапаротомических — 65,9% (n=29). Проведенные в последующем гистологические исследования показали в 66% (n=29) случаев умеренно дифференцированную аденокарциному, а в 34% (n=15) — низкодифференцированную аденокарциному. Среднее количество удаленных лимфатических узлов было 19 в группе ЛО и 21 — при открытых оперативных вмешательствах ($p < 0,05$). В 81,8% (n=36) случаев послеоперационных осложнений не было, в 9,1% (n=4) — пневмония, в 3 случаях после ЛО, в 1 наблюдении после открытой операции, в 6,8% (n=3) — гнойный перитонит, в 1 случае после ЛО, в 2 случаях после открытых вмешательств. Нагноение послеоперационной раны наблюдалось в 2,3% случаев после открытых операций ($p < 0,05$). Средняя продолжительность стационарного лечения составила $9 \pm 4,0$ койко-дня при ЛО, $14 \pm 3,0$ — при открытых операциях.

Выводы. 1. Наиболее часто КРР, осложненный кишечной непроходимостью, наблюдался в возрасте старше 50 лет. 2. Злокачественные опухоли чаще локализовались в левой половине толстой кишки (нисходящий и сигмовидный отделы ободочной кишки). 3. Сопоставимые клинические и онкологические результаты показывают, что лапароскопические операции в 34,1% случаев могут рассматриваться в качестве альтернативного подхода для лечения осложненного КРР в связи с возможностью более быстрого восстановления в послеоперационном периоде.

СОЗДАНИЕ ОБУЧАЮЩЕГО ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКОГО МОДУЛЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Д.Ю. Вендиктова¹

Научный руководитель – проф. А.В. Борсуков²

Смоленский государственный медицинский университет,

Кафедра факультетской терапии¹,

ПНИЛ «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии»²

Цель. Создание экспериментальной модели сосудистого фантома, моделирующего артериальный и венозный кровотоки и очаговые поражения печени с различным типом васкуляризации для обучения врачей ультразвуковой диагностики.

Материалы и методы. В 2014 году был разработан сосудистый фантом с имитационными характеристиками артериального и венозного кровотока, моделирующий гемодинамику капиллярной гемангиомы, кавернозной гемангиомы, фокальной нодулярной гиперплазии, гиперваскулярного метастатического поражения печени. За основу построения реалистичного сосудистого фантома, согласно анатомическим законам, нами использовалась математическая формула для нахождения угла между двумя дочерними сосудами, отходящими от одного материнского: $\cos b = (d_1^4 - d_2^4 - d_3^4) / 2d_2^2 d_3^2$, где b – угол между дочерними сосудами, d_1, d_2, d_3 – диаметры сосудов дочерних и материнского соответственно (по методу Глотова В.А., 1996). Для тестирования работоспособности фантома были набраны две группы студентов старших курсов СГМУ, по 7 человек в каждой группе. В I группе обучение проводили по стандартной схеме «наставник-пациент-ученик», во II группе обучение было разделено на 2 этапа: 1-й этап – схема «ученик-фантом-наставник», 2-й этап – «ученик-пациент-наставник». После обучения всем группам предлагалось тестирующее исследование на реальных пациентах, имеющих патологию артериального русла (аневризмы, $n=3$), патологию венозного русла (кавернозная трансформация в воротной вене при циррозе ($n=7$), капиллярная и кавернозная гемангиомы ($n=13$), фокальная нодулярная гиперплазия печени ($n=2$), метастазы колоректального рака в печень ($n=3$)).

Результаты. Истинно положительные результаты (студент нашел патологию, и эта патология есть в действительности) в I группе составили 57,3%, во II группе – 78,5% (из тех, кто тренировался на фантоме, большее количество людей нашли патологию). Ложноположительные результаты (студент не нашел патологию, а на самом деле она есть) в I группе – 24,6%, во II группе – 14,3% (следовательно, те студенты, которые тренировались на фантоме, сделали меньше ошибок: большее количество людей нашли патологию там, где она есть). Ложноотрицательные результаты (студент нашел патологию, а ее на самом деле нет) – в I группе – 18,1%, во II группе – 7,2% (следовательно, те студенты, которые тренировались на фантоме, сделали меньше ошибок).

Выводы. Таким образом, использование фантома на 1-м этапе обучения качественно улучшает последующую эффективность работы специалистов ультразвуковой диагностики. Поэтому внедрение данного варианта фантомного обучения может быть рекомендовано для курсов последиplomного профессионального образования.

ПРОФИЛЬ БОЛЕЗНИ ЛЕГГА-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА В СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.Г. Виноградова

Научный руководитель – д.м.н., доц. Н.Ю. Крутикова
Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра поликлинической педиатрии

Цель. Изучить особенности состояния костной системы у детей с болезнью Легга-Кальве-Пертеса в Смоленской области.

Задачи. Выявить предрасполагающие факторы возникновения заболевания, охарактеризовать физическое развитие ребенка, оценить костную прочность и оказанный объем медицинской помощи.

Материалы и методы. Были осмотрены 19 детей с заболеванием Легга-Кальве-Пертеса с использованием ультразвуковой остеоденситометрии, дополнительно изучались их истории болезни во время стационарного лечения в ортопедическом отделении СОДКБ.

Результаты. У всех обследованных нами детей отмечалось одностороннее поражение головки бедренной кости, из них 73% – мальчики. 89% детей родились от матерей в возрасте 20-26 лет (78%), в срок 39-41 неделя, роды естественным путем, паритет родов при этом был первым, 21% матерей курили во время беременности, осложнения беременности были выявлены в 32% случаев. У большинства детей (более 78%) масса тела при рождении была в норме, физическое развитие у всех соответствовало возрасту, у 79% – масса тела была в норме. 53% детей воспитываются в неполной семье. Возраст проявления заболевания в 53% случаев составлял 5-7 лет, в 32% – менее 4 лет и у 15% – 8-13 лет. В анамнезе у 37% пациентов отмечалась травма в области бедра, у 26% был выявлен сколиоз, у 16% – плоскостопие. Укорочение поврежденной конечности было в 47% случаев и составило 1 см. У 86% детей диагноз был поставлен в течение месяца от появления болевого эпизода. Лабораторно-инструментальные методы исследования были проведены всем детям в полном объеме. Костная прочность соответствовала возрасту. Рентгенографически установлена II-III стадия заболевания. Всем детям исключалась опора на пораженную ногу, индивидуально осуществлялся подбор необходимых противовоспалительных и ангиопротективных препаратов. Для закрепления процесса восстановления сустава весь период болезни проводились лечебная гимнастика, тонизирующий массаж и физиотерапевтические процедуры.

Выводы. Выявлена полиэтиологичность заболевания. В структуре заболевших преобладали мальчики в возрасте 5-7 лет. У всех детей физическое развитие соответствовало возрасту. Для своевременной диагностики необходимо комплексное лабораторно-диагностическое обследование. Эффективность лечения напрямую была связана со сроком постановки заболевания и начала лечения.

ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕЙ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У МАЛЬЧИКОВ

А.С. Винокурова

Научный руководитель – доц. Д.С. Лабузов
Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра детской хирургии

Цель. Выявить причины позднего поступления детей с пороками репродуктивной системы на специализированный этап оперативной коррекции. Изучить информированность родителей об элементарных знаниях по анатомии и гигиене мальчиков.

Материалы и методы. В группу исследования вошли 18 мальчиков от 5 до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в клинике детской хирургии. 15 мальчиков имели

крипторхизм, 3 – поступили с гипоспадией, все дети оперированы. Проводилась оценка анамнестических данных. Методом анкетирования оценивалась информированность родителей об элементарных знаниях по анатомии и гигиене мальчиков.

Результаты. Установлено что 14 (77,8%) мальчиков проживали в районах Смоленской области. У 15 (83,3%) мальчиков патология была выявлена при выездных профилактических осмотрах детским урологом-андрологом, причем у 2 мальчиков патология была выявлена ранее, но госпитализация не последовала. До момента установления диагноза и направления на оперативное лечение мальчики осматривались специалистами общего профиля. Зачастую в рекомендациях родителям прослеживается упование на исчезновение патологии с возрастом. Самостоятельно обратились за помощью к урологу-андрологу 3 (16,7%) пациента. Родители только 2 (1,1%) мальчиков указали на заинтересованность участкового педиатра генитальной сферой: осматривались половые органы, выяснялось – консультировались ли мальчики детскими хирургом или урологом. По результатам тестирования можно говорить о высокой доле родителей, которые не обладают должными знаниями по гигиене и анатомии половых органов у мальчиков. Не всегда знания по этой проблеме получены из достоверных источников.

Выводы. Причина позднего поступления детей с пороками репродуктивной системы на специализированный этап оперативной коррекции связана с отсутствием своевременных и регулярных осмотров детским урологом-андрологом. Репродуктологическая настороженность среди педиатров на сегодняшний день все еще находится на низком уровне. В детских поликлиниках, учебных заведениях, средствах массовой информации необходимо проводить санитарно-просветительскую работу среди родителей по вопросам гигиены и анатомии половых органов у мальчиков.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ НАКЛОННОСТИ И ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ

Р.В. Власов, М.В. Истратова, К.А. Меньшикова
Научный руководитель – проф. В.Н. Шестакова
Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра поликлинической педиатрии

В жизни современного общества остро стали проблемы, связанные с табакокурением, наркоманией и алкоголем. Особенно большое распространение эти вредные привычки получили в среде молодёжи. Данная форма аддиктивного поведения является саморазрушительной, крайнее проявление которой представлено суицидальной настроенностью. В подростковый период подобные отклонения в поведении часто связывают с акцентуированием характера, а активные действия – с попыткой восстановления нарушенных социальных связей.

Материалы и методы. У 117 респондентов, в возрасте 15-17 лет, изучались степень распространенности привычных интоксикаций (курение, алкоголизация, наркомания), а также их связь с одной из форм суицидального поведения – суицидальными мыслями. Основным методом исследования являлось анонимное анкетирование. На первом этапе все респонденты были разделены по половому признаку – 65 юношей и 52 девушки.

Результаты и выводы. Определено, что регулярно курили 63,1% юношей и 28,8% девушек. Употребление алкогольсодержащих продуктов чаще 1 раза в неделю отметили 47,6% и 46,1%, соответственно. При анонимном анкетировании опыт употребления наркотических средств, в том числе не табачных курительных смесей, указали 32,3% юношей и 9,6% девушек. На основании полученных результатов на втором этапе проведено повторное деление всех участвовавших в исследовании на 2 группы, с учетом наличия вредных привычек, но без учета пола. У респондентов, имевших вредные привычки (n=65), выявлены суицидальные мысли у 53,8% человек, при этом высокий риск реализации отмечен в 14,3%

случаев, умеренный риск – в 45,7%, а суицидальные мысли низкого риска реализации отмечены в 40%. Тогда как у респондентов, не имевших вредных привычек ($n=52$), суицидальные мысли встречались в 38,5% случаев и имели преимущественно умеренный (30,0%) и низкий (60,0%) риски реализации. Полученные результаты свидетельствуют о значительном распространении привычных интоксикаций среди молодежи, что сопровождается проявлениями суицидальной активности (суицидальным поведением в форме суицидальных мыслей высокого и умеренного рисков реализации), что подтверждает необходимость проведения в отношении подростков мероприятий по профилактике аддиктивных форм поведения.

ИЗУЧЕНИЕ ФИТОХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА СПИРТОВЫХ ИЗВЛЕЧЕНИЙ КОПЕЕЧНИКА КУСТАРНИКОВОГО

Ю.С. Власова, А.А. Фадеева

Научный руководитель – асс. Е.Г. Коган

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра фармацевтической химии и фармакогнозии*

Цель. Изучить химический состав спиртовых извлечений копеечника кустарникового.

Задачи. Приготовить спиртовые извлечения из лекарственного растительного сырья (ЛРС), выявить в них биологически активные вещества (БАВ), выполнить качественное и количественное определение основных групп БАВ.

Материалы и методы. Подготовили ЛРС, приготовили спиртовые извлечения, провели качественные реакции на флавоноиды (цианидиновая реакция, реакции с хлоридом алюминия, с хлоридом железа (III), с раствором аммиака, с раствором едкой щелочи). Провели количественное определение флавоноидов на спектрофотометре СФ-104 и ФЭК-М в кювете с толщиной слоя 10 мм при длине волны 440 нм.

Результаты. В ходе исследования в траве копеечника кустарникового были обнаружены флавоноиды (цианидиновая проба – вишневое окрашивание, с 5% спиртовым раствором гидроксида натрия – желтое окрашивание, с 2% спиртовым раствором хлорида алюминия – коричневое окрашивание с желтоватой флуоресценцией в УФ-свете, с 1% раствора хлорида железа (III) – коричневое окрашивание, с раствором аммиака – желтое окрашивание, переходящее в коричневое), кумарины (лактонная проба – красное окрашивание). Содержание флавоноидов в пересчете на рутин составило $10,278 \times 10^{-6}\%$.

Выводы. Выяснено, что в траве копеечника кустарникового содержатся следующие БАВ: флавоноиды, кумарины. Содержание флавоноидов, выполненное фотометрическим методом, составило $10,278 \times 10^{-6}\%$ в пересчете на рутин.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ

А.Г. Войнова, Д.Ю. Венидиктова

Научный руководитель – проф. Р.А. Алибегов

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской хирургии*

По данным статистики, почти у 1% людей встречаются кисты печени, чаще данная патология наблюдается у женщин в возрасте от 30 до 50 лет. Кисты печени могут осложняться желтухой, холангитом, кровоизлияниями в кисту или в брюшную полость, при разрыве кисты возможно вторичное инфицирование.

Результаты. Пациентка А. госпитализирована в хирургическое отделение ОГБУЗ КБ № 1 09.10.2014 г. в плановом порядке с жалобами на периодическую тяжесть и тупую боль

в правом подреберье, желтуху, тошноту, снижение массы тела. Считала себя больной около 3 месяцев, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Обследована амбулаторно. При физикальном обследовании – увеличение печени (выступает на 2 см из под края реберной дуги), общий анализ крови – лейкоцитоз $5,4 \times 10^9$ /л, общий анализ мочи – билирубинурия 0,5 мг/дл, уробилинурия 8,0 мг/дл), биохимический анализ – повышение печеночных ферментов: мочевины 12,7 ммоль/л, АЛТ 56 Ед/л, общий билирубин 36,7 мкмоль/л, прямой билирубин 12,4 мкмоль/л. При УЗИ печени обнаружены: гепатомегалия, очаговое образование в правой доле печени, контуры его четкие, ровные, размер 87×53 мм с гипоехогенным содержимым, без включений, в режиме ЦДК не кровоснабжается. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) брюшной полости (печени) – положение и форма – обычные, в размерах увеличена, контуры местами неровные, четкие, пониженной плотности. Структура паренхимы неоднородная за счет наличия в 4 и 8 сегментах округлого образования более высокой плотности с множественными включениями внутри, с бугристыми наружными контурами, размером 74×84 мм в правой доле печени.

Выполнено оперативное вмешательство 10.10.2014 г. – диагностическая лапароскопия, удаление кисты печени. В малом тазу и правом боковом кармане умеренное количество асцитической жидкости (до 500 мл светлой, прозрачной жидкости), печень темно-сероватого цвета, край закруглен, правая доля несколько увеличена, левая доля нет. Очаговых образований, выступающих на поверхности печени, не обнаружено, образование расположено интрапаренхиматозно. Киста печени удалена, материал отправлен на гистологическое исследование (заключение: уплощенный плоский эпителий).

Выводы. Таким образом, современные методы исследования (УЗИ, МСКТ) позволили диагностировать непаразитарную кисту печени, локализованную интрапаренхиматозно, а лапароскопическое оперативное вмешательство позволило выполнить операцию малотравматично. Лапароскопия является значимым звеном в современной тактике хирургического лечения непаразитарных кист печени.

АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ

А.Г. Войнова, И.С. Гаврик

Научный руководитель – асс. Т. Г. Морозова

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской терапии*

Цель. Сравнительная оценка и анализ клинических особенностей течения алкогольной болезни печени (АБП) у пациентов обоего пола.

Материалы и методы. В 2014 году на базе гастроэнтерологического отделения ОГБУЗ КБ № 1 выбраны и проанализированы 21 история болезни пациентов с диагнозом АБП. Все пациенты поделены на 2 группы в зависимости от пола: I группа – 6 (28,6%) женщин и II группа – 15 (71,4%) мужчин. При анализе учитывались следующие параметры: анамнез заболевания, физикальный осмотр, биохимический анализ крови, коагулограмма, УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

Результаты. В I группе доза этанола в перерасчете на чистый этанол составляла от 10 до 15 г/сут на человека, во II группе – до 25 г/сут. По результатам анамнеза заболевания, женщины употребляли алкоголь в среднем в течение 5 лет, а мужчины от 6 до 10 лет. При оценке биохимического анализа крови, синдром холестаза в I группе встречался у 5 (83,3%) пациентов, во II группе – у 11 (73,4%); синдром цитолиза встречался у всех пациентов обеих групп. Нарушение синтетической функции печени в I группе было отмечено у 5 (83,3%) больных, во II группе – у 7 (33,3%). Нарушения свертывающей системы крови отмечены у всех пациентов I группы, во II группе – у 4 (19%). По данным УЗИ органов брюшной полости, обе группы имели ультразвуковые признаки диффузных изменений паренхимы

печени, признаки портальной гипертензии (в I группе – у 4 (66,7%) пациентов, во II группе – у 3 (14,3%)). По результатам ЭГДС, варикозное расширение вен пищевода отмечено у 4 (66,7%) пациентов I группы, во II группе – у 1 (6,7%).

Выводы. Паренхима печени подвержена повреждению при любом количестве этанола, независимо от длительности употребления. Нарушение функций печени при алкогольной болезни, выявляемое дополнительными методами исследования, наступает у женщин раньше, чем у мужчин, что говорит о более низкой толерантности женского организма к алкоголю и более скорому развитию осложнений.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭКГ В ДИАГНОСТИКЕ УВЕЛИЧЕНИЯ КАМЕР СЕРДЦА

А.С. Волкова, М.С. Свентикова

Научный руководитель – доц. В.А. Шкитин

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии

Цель. Выявление наиболее чувствительных и специфичных ЭКГ-признаков увеличения камер сердца.

Материалы и методы. Проанализировано 50 историй болезни пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы, сравнивались данные ЭКГ с результатами ЭхоКГ. В исследовании использовались методы выкопировки данных – сравнительный и аналитический.

Результаты. Наиболее информативный показатель при увеличении правого предсердия (УПП): $R>T$ во II, III и AVF отведениях. Чувствительность критерия (Ч)=47,6%, специфичность (С)=95%, прогностическая ценность положительного результата (ПЦПР)=90%, прогностическая ценность отрицательного результата (ПЦОР)=65%. При значительном УПП (более 5,6 см) критерий в 100% случаев обнаруживает данную патологию. При увеличении левого предсердия (УЛП) внимания заслуживает ширина $R>0,1$ секунды, для данного параметра Ч=46%, С=83%, ПЦПР=94%, ПЦОР=20%. При размере левого предсердия более 6,3 см критерий в 100% случаев обнаруживает УЛП. При увеличении правого желудочка (УПЖ) информативными являются критерии: смещение переходной зоны влево (V5, V6) – критерий 1 (Ч=62,5%, С=83,3%, ПЦПР=45%, ПЦОР=91%), S-тип ЭКГ-критерий 2 (Ч=50%, С=88%, ПЦПР=50%, ПЦОР=88%), глубокий зубец S в отведениях V5, V6 – критерий 3 (Ч=75%, С=77%, ПЦПР=42,8%, ПЦОР=93%). При размере базальной части правого желудочка $>4,5$ см данные критерии в 100% случаев обнаруживают УПЖ. При этом критерий 3 выявляет больше пациентов с УПЖ, чем критерий 2, но не выявляет тех пациентов, которые выявляются по признаку 1 (Ч и С для критериев 1 и 3 – 87,5 и 88%, соответственно). Диагностически ценными при увеличении левого желудочка являются: соотношение амплитуд зубца R в грудных отведениях $V_6>V_5>V_4$ или $V_5>V_6>V_4$ – критерий 1, для него Ч=43%, С=60%, ПЦПР=90%, ПЦОР=12,5% и максимальный зубец R в отведениях V6, V5 – критерий 2, для него Ч=60%, С=60%, ПЦПР=92%, ПЦОР=16%. При массе ЛЖ более 450 г данные критерии в 100% обнаруживают УЛЖ.

Выводы. Для ЭКГ-диагностики увеличения камер сердца целесообразно обращать внимание на критерии: при увеличении правого предсердия $R>T$ во II, III, AVF отведениях, при УЛП на ширину $R>0,1$ с, при УПЖ – смещение переходной зоны влево (V5, V6) и глубокий зубец S в отведениях V5, V6, которые рационально оценивать вместе, об увеличении левого желудочка говорит максимальный зубец R в отведениях V5, V6.

ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИНЫ В СВЯЗИ С РОЖДЕНИЕМ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Е.В. Герб, А.С. Макусевиц

Научный руководитель – доц. Е.А. Кислякова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра неврологии и нейрохирургии

Рождение в семье ребенка раньше срока, с различными отклонениями в развитии оказывает непосредственное влияние на эмоциональное состояние и поведение родителей. Эмоционально-личностная сфера матери как самого близкого для ребенка человека более всего подвержена изменениям.

Цель. Изучить особенности изменения психологического состояния женщин в связи с рождением глубоконедоношенного ребенка.

Материалы и методы. Сбор материала осуществлялся путем выкопировки данных из амбулаторных карт глубоконедоношенных детей, рожденных на 23-30 неделе гестации (165 карт), катамнестического осмотра детей в возрасте от 1,5 до 4 лет (48 детей). Проводилось нейро-психологическое тестирование матерей (48 человек) по визуальной аналоговой шкале усталости, адаптированной шкале IES-R для оценки влияния травматического события на психику человека и госпитальной шкале тревоги и депрессии.

Результаты. Средний возраст матерей составил 32,5 года, 62,5% имели среднее специальное образование и были замужем. Отягощенный соматический и акушерский анамнез имели большинство женщин. Средний гестационный возраст детей составил 28,4 недели, вес при рождении от 670 г до 1600 г. При осмотре детей, с учетом постконцептуального возраста, выявлены следующие диагнозы: детский церебральный паралич – 25%, дефицит нейродвигательной функции – 25%, синдром гиперактивности с дефицитом внимания (СДВГ) – 31%, задержка речевого развития – 25%, патология зрения – 37,5%. Группу инвалидности имели 31,3% детей. Результаты тестирования матерей показали, что тревожность выражена у 93,8% женщин, у 73,3% из них отмечалась клинически значимая тревога, у 26,7% обнаружены субклинические проявления генерализованного тревожного расстройства. Тревожно-депрессивное расстройство выявлено у 43,8% матерей. Более высокую степень выраженности тревоги имели матери детей с СДВГ. Жаловались на усталость 87,5% матерей, при этом средний показатель усталости по ВАШ составил 39 баллов из 100. Наиболее выраженная усталость (80 баллов) отмечена у женщин, имеющих детей-инвалидов. Рождение ребенка мешало общению с другими людьми в 44% случаев, влияло на семейную жизнь и выполнение домашних обязанностей в 46,5%. У 56,3% матерей выявлена реакция «избегания», для которой характерно игнорирование патологии ребенка. Психофизиологическое возбуждение в виде злости и раздражительности наблюдалось у 40% женщин.

Вывод. Наличие у матерей нервно-психических нарушений требует проведения мероприятий по раннему их выявлению и коррекции, для предупреждения развития психосоматических нарушений у детей.

АНАЛИЗ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПЕЙЗАЖА БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ

В.А. Головачева, А.Ю. Кузьменков

Научный руководитель – асс. М.В. Листопадава

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра фтизиопульмонологии

Цель. Проанализировать микробиологический пейзаж промывных вод бронхов пациентов с саркоидозом.

Материалы и методы. 23 больным с впервые выявленным саркоидозом органов дыхания была выполнена фибробронхоскопия с дальнейшим посевом промывных вод бронхов на флору и чувствительность к антибиотикам.

Результаты. Бактериологический пейзаж бронхоальвеолярного лаважа пациентов с саркоидозом оказался неоднородным. У 7 пациентов была высеяна *Klebsiella pneumoniae*, у 3 – *Staphylococcus aureus*, у 2 больных – *Streptococcus pneumoniae*, у 2 – *Pseudomonas aeruginosa* и у 3 – *Haemophilus influenzae*. Кроме того, были обнаружены *Burkholderia cepacia* (1 случай) и грамотрицательная неферментирующая бактерия – *Rhizobium radiobacter* (2 случая). Во всех представленных случаях титр высеянных микроорганизмов был диагностически значим. У 7 пациентов имело место сочетание нескольких штаммов.

В свою очередь, у 5 больных саркоидозом роста бактерий в промывных водах бронхов обнаружено не было.

Что касается чувствительности к антибиотикам, то результаты были сугубо индивидуальны. Так, у одних пациентов была отмечена чувствительность к амикацину, цефепиму, ципрофлоксацину, левофлоксацину, гентамицину, в то же время у других больных флора обладала устойчивостью к этим антибиотикам, но сохраняла чувствительность к цефтазидиму, имипенему.

Выводы. Полученные нами результаты обосновывают диагностическую значимость выполнения фибробронхоскопии больным саркоидозом, с дальнейшим детальным изучением микробиологического отчёта о посеве промывных вод бронхов и определением чувствительности флоры к антибиотикам. Назначение антибиотиков данной группе пациентов целесообразно проводить исходя из индивидуальных результатов полученного титра бактерий и чувствительности/резистентности микроорганизмов.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ О ПРОБЛЕМЕ ТУБЕРКУЛЁЗА

В.А. Головачева, Д. Тембо

Научный руководитель – асс. М.В. Листопадава

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра фтизиопульмонологии*

Цель. Проанализировать осведомленность пациентов с ВИЧ-инфекцией о проблеме туберкулёза, его профилактике, лечении.

Материалы и методы. Изучение информированности пациентов выполнено методом анкетирования. Анонимный опрос пациентов с ВИЧ-инфекцией проведен на базах ОГБУЗ «Смоленский центр по профилактики и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» и ОГБУЗ СПКД. Пациенты были разделены на две группы: I группа – больные с ВИЧ-инфекцией, находящиеся на амбулаторном лечении, без признаков туберкулёза (n=37), и II группа – больные с сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулёз, находящиеся на стационарном лечении (n=18).

Результаты. Получены следующие данные: 54% респондентов I группы и 37% II группы не знали о способах передачи туберкулёза, мерах профилактики. Лишь 52 и 59% больных, соответственно, понимали необходимость ежегодного прохождения флюорографического обследования. Лишь 35% пациентов I группы и 23% II группы знали, что лечение туберкулёза прерывать нельзя, были осведомлены о сроках терапии. 76 и 83% больных, соответственно, хотели бы получить больше информации о заболевании, особенностях сочетания ВИЧ и туберкулёза, о профилактике, сроках лечения, противотуберкулёзных препаратах, их побочных эффектах.

Проанализировав, при каких обстоятельствах было диагностировано присоединение туберкулёзной инфекции у пациентов с ВИЧ, отмечено, что у 72% – туберкулёз выявлен во время ежегодного диспансерного флюорографического обследования, 18% больных

самостоятельно прошли обследование по причине плохого самочувствия и у 10% он был выявлен случайно.

Выводы. Результаты опроса показали, что у большинства пациентов туберкулёз выявлен во время планового флюорографического обследования, что говорит о достаточном уровне охвата диспансеризацией больных данной группы риска. В то же время отмечен очень низкий уровень информированности их о туберкулёзе: клинических проявлениях, способах профилактики, диагностики. Для повышения информированности среди пациентов с ВИЧ и мотивации довести лечение до конца у группы больных с сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулёз, рекомендуется проводить плановые просветительские лекции о туберкулёзе.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Е.Г. Григорьева, А.О. Зубарева

Научный руководитель – проф. А.Д. Лелянов

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии

Согласно данным эпидемиологических исследований, 3-6% беременных страдают желчнокаменной болезнью и примерно 0,1% из них госпитализируют в хирургические отделения по поводу острого холецистита.

Цель. Провести анализ клинико-лабораторных и инструментальных методов диагностики и выбора рациональной хирургической тактики лечения острого калькулезного холецистита у пациентки N. во II триместре беременности.

Материалы. История болезни пациентки N.

Результаты. Больная N., 27 лет, 13.12.2014 г. поступила в хирургическое отделение КБ № 1 г. Смоленска после консультации врача акушера-гинеколога для исключения угрозы преждевременных родов в сроке 27 недель беременности. При первичном осмотре больная жаловалась на острую боль в правом подреберье, тошноту, горечь во рту, общую слабость. Боли появились через 5 часов после приема жареной пищи. В анамнезе в 2012 г. самопроизвольный аборт. При первичном осмотре отмечены: ожирение I степени, пальпаторно умеренная болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи. При бимануальном исследовании беременной матки болезненность и гипертонус отсутствовали. В анализе крови выявлен лейкоцитоз ($12 \times 10^9/\text{л}$), отмечено незначительное повышение уровня АСТ (49 ед/л), в общем анализе мочи определяются желчные пигменты. На УЗИ органов брюшной полости обнаружено расширение холедоха до 6 мм, утолщение стенки желчного пузыря до 6 мм, наличие около 20 конкрементов в нем размерами 4-6 мм однородной структуры. На основании вышеперечисленных данных пациентке был поставлен диагноз «острый калькулезный холецистит». Назначена стандартная консервативная терапия (антибактериальная, дезинтоксикационная, спазмолитическая). В результате приступ был купирован в течение 6 часов. Пациентка выписана на 7-й день лечения в удовлетворительном состоянии, через 9 недель у неё родился здоровый мальчик весом 3100 г.

Вывод. В данном случае диагноз поставлен на основании тщательного изучения жалоб, анамнеза, проведения клинико-лабораторных и инструментальных методов диагностики. Проведенная в стационаре консервативная терапия оказалась эффективной для лечения данной патологии, не повлияла на дальнейшее протекание беременности и не привела к возникновению тератогенных реакций.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ

Е.Г. Григорьева

Научный руководитель – доц. Н.А. Конышко

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии

Использование гепатопротекторов у беременных женщин связано с увеличением частоты хронических болезней печени и использованием многокомпонентных схем лечения и профилактики данной группы заболеваний, патогенетическая терапия которых возможна при применении лекарственных препаратов, имеющих гепатотропное действие.

Цель. Изучить особенности применения гепатопротекторов у беременных женщин.

Материалы и методы. Национальные рекомендации Института Американской гастроэнтерологической ассоциации по лечению неалкогольной жировой болезни печени (Филадельфия, 2012), национальные рекомендации по лечению неалкогольной жировой болезни печени EASL (Барселона, 2012), рекомендации Института Американской гастроэнтерологической ассоциации по медикаментозному лечению заболеваний желудочно-кишечного тракта у беременных (Сан-Франциско, 2006).

Результаты. Лечение хронических заболеваний печени у беременных женщин в РФ осуществляют поэтапно с помощью снижения веса, нормализации физической нагрузки, применения комплексной фармакотерапии. В качестве гепатопротекторов могут использоваться эссенциальные фосфолипиды в виде 10 внутривенных инъекций по 10-20 мл, затем переходят на пероральную форму (по 2 капсулы 3 раза в день), лечение длится не менее 3 месяцев. Применяются омега-3 жирные кислоты (по 13–15 мг/кг массы тела в сутки), S-аденозилметионин (в/в по 800 мг в день). Фармакотерапию данного контингента пациентов в странах ЕС осуществляют с использованием урсодезоксихолевой кислоты в дозе 10-20 мг/кг массы тела. В качестве гепатопротекторов для лечения диффузных заболеваний печени в США используется S-аденозилметионин (внутри по 800-1600 мг в течение 2-4 недель и более), эссенциальные фосфолипиды (внутри по 175-300 мг или в/в по 250-750 мг 1 раз в сутки в течение трех недель).

Выводы. Таким образом, препараты группы гепатопротекторов патогенетически оправданы, эффективны и безопасны для применения при лечении заболеваний печени у беременных женщин.

ВОЗМОЖНОСТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И АДЕКВАТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЛЕГКИХ (2004-2014 гг.)

К.В. Гришина

Научный руководитель – проф. В.И. Соловьев, доц. Е.Н. Семкина

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра онкологии

Ежегодно в мире регистрируется 1,04 миллиона новых случаев рака легких, из них 58% приходится на развитые страны.

Цель. Оценить возможности своевременной диагностики и адекватного лечения больных злокачественными новообразованиями (ЗНО) легких.

Задачи. Эпидемиологический анализ заболеваемости ЗНО легких населения г. Смоленска и Смоленской области (2004-2014 гг.).

Материалы и методы. Используются данные официальной учетно-отчетной медицинской документации и территориального канцеррегистра Смоленской области. За исследуемый

период по г. Смоленску и Смоленской области было зарегистрировано 4059 случаев рака легких. Из общего числа заболевших удельный вес мужчин составил 73,5% (2982 случая), женщин – 26,5% (1077). 68% составили сельские жители, а 32% – городские. Больные были стратифицированы по полу, возрасту, локализации и распространенности опухолевого процесса.

Результаты. В процессе исследования установлено, что около 74% случаев заболеваемости ЗНО легких приходится на возраст старше 60 лет, достигая пика в 65 лет. Наиболее часто опухоли локализовались в верхней (53%) и нижней (12%) долях легких. Показатель смертности населения сельских поселений ($32,2 \pm 0,8\%$) статистически значимо выше, чем жителей городских поселений ($29,3 \pm 0,6\%$). Погодовые показатели смертности в динамике изменений не претерпели, но наметилась тенденция роста у сельских жителей. Показатели смертности от рака легких у мужского населения, проживающего как в городах, так и в сельской местности, имели наибольшие значения: $65,4 \pm 1,4$ и $67,6 \pm 1,9\%$, соответственно, у женского населения они составили $8,2 \pm 0,4$ и $7,4 \pm 0,5\%$ соответственно. Результаты лечения удалось проследить у 2042 (50,3%) больных, 2017 (49,7%) пациентов имели противопоказания по степени распространенности процесса, у 978 (47,9%) больных отмечено прогрессирование опухоли, при этом местные проявления – у 501 (51,2%), метастазы в различных органах – у 739 (75,6%).

Выводы. Таким образом, за исследуемый период было зарегистрировано 4059 случаев заболеваемости раком легких. Наибольшее число заболевших составили мужчины старше 60 лет и проживающие в сельской местности. В 53% случаев опухоли локализовались в верхней доле легкого. Показатели смертности и риск умереть от ЗНО легких выше у мужского населения сельских поселений.

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

В.Н. Диденко, Н.В. Шестаков

Научные руководители – доц. Н.А. Конышко¹, доц. А.В. Крикова²

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии¹, кафедра управления и экономики фармации²

Цель. Провести анализ применения гепатопротекторов у беременных женщин г. Смоленска.

Материалы и методы. Государственный реестр лекарственных средств (2014 г.), справочная литература, перечень жизненно важных лекарственных препаратов, установленный распоряжением № 1378-р от 30.07.2012, данные розничного аудита фармацевтического рынка РФ аналитического агентства IMS Health. С указанной целью проведен обзор современных классификаций, стандартов и аналитических обзоров применения гепатопротекторных средств. Проведено сплошное полузакрытое анонимное анкетирование врачей поликлиник г. Смоленска (n=27). Вопросы анкеты были разделены по блокам: социально-профессиональные параметры респондентов; оценка информированности о применении гепатопротекторных средств.

Результаты. Рынок гепатопротекторов достаточно обширен и включает 156 брендов (375 полных наименований), среди которых абсолютное большинство относится к биологически активным добавкам (БАД) – 104 бренда (251 полное наименование). В анкетировании приняли участие 13 участковых терапевтов (100%), 2 врача-интерна терапевтического профиля, 2 врача-гинеколога, 1 хирург, 1 ревматолог, 3 терапевта дневного стационара (75%), 1 гастроэнтеролог, 1 инфекционист, 2 невролога и заместитель главного врача по экспертизе нетрудоспособности. Установлено, что врачи применяют, в основном, 14 наименований гепатопротекторов. Лидерами являются Эссенциале Н (22 из 27 респондентов), Фосфоглив (18 из 27), Гептрал (14 из 27), Резалют (12 из 27), Хофитол (11 из 27), Карсил (9 из 27), Урсосан (6 из 27). Реже назначают Лив 52 (3 из 27 опрошенных), Рете-эсливер и Эсливер форте (2 из 27 респондентов), Гепабене (2 из 27) и по одному

случаю назначения из 27 опрошенных: Метионин, Галстена, Гептор, Урсофальк. Было установлено, что 11 из 27 опрошенных врачей назначают гепатопротекторы часто (40,7%), 12 врачей – со средней частотой (44,4%), и только 4 врача – редко (14,8%). Наиболее часто гепатопротекторы назначают пациентам в возрасте от 41 до 50 лет (81% врачей). Причем «эффективными» их считают 14 из 27 врачей (51,9%), «эффективными не всегда» – 13 врачей (48,1%), и не было опрошенных врачей, считающих гепатопротекторы «неэффективными».

Выводы. Диффузные заболевания печени занимают важное место в структуре заболеваемости и смертности населения. Наиболее часто назначаемые гепатопротекторы: Эссенциале Н, Фосфоглив, Гептрал, Хофитол.

ИЗУЧЕНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНFUЗОРИЙ В ПРИСУТСТВИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОТЕЗНЫХ ОБРАЗЦОВ

Р.Н. Елисеев

Научный руководитель – асс. О.В. Азовскова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра микробиологии

Цель. Изучение *in vitro* токсичности базисных акриловых пластмасс, изготовленных с применением различных методов полимеризации.

Материалы и методы. Для определения токсичности акриловых пластмасс были использованы маточные культуры парameций, выделенных из пресного водоема. Взвешенные образцы протезного материала (PallaExpress и Ftorax) помещали в питательные среды с парameциями. Контролем служила питательная среда с парameциями без акриловых образцов. Для оценки жизнеспособности парameций содержимое проб просматривалось под микроскопом через 6, 24, 96 часов и позднее (в течение 2 месяцев). Подсчет парameций с описанием их поведенческих реакций проводили в 10 полях зрения.

Результаты. Продолжительность жизни парameций в опытных образцах составила 31 сутки – для Ftorax, более 60 суток – для PallaExpress, превысив продолжительность жизни парameций в контроле (24 суток). Гибель парameций в опытных пробах через 96 часов исследования (для PallaExpress – 4% и для Ftorax – 12% особей в поле зрения) свидетельствует о хроническом типе токсичности материалов. Адаптационные реакции в виде изменения типа подвижности и скорости движения парameций в ответ на создавшиеся условия существования начали проявляться в контрольной пробе на 17-е сутки исследования, в опытной пробе с образцами «Ftorax» – уже на 1-е сутки, тогда как с образцами «PallaExpress» – на 8-е сутки. Адаптационные модификации скорости и типов движения парameций в опытной пробе с образцами «Ftorax» продолжались в течение 10 суток (с 14 до 24-х суток), в то время как в пробе с образцами «PallaExpress» они были отмечены только на 31-е сутки и наблюдались в течение двух дней. Положительная адаптивная реакция выживших парameций в виде положительного хемотаксиса (образование островков скопления парameций в области питательных детритов) была отмечена на 14 (для «Ftorax»), 16-е (для «PallaExpress») и 18-е сутки (в контрольной пробе) исследования.

Выводы. Результаты исследования токсичности базисных акриловых пластмасс *in vitro* показали, что образцы полимеризованных пластмасс по традиционной технологии сильнее угнетают жизнеспособность клеточных мишеней (парameций) по сравнению с материалом для инъекционной формовки.

АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЕТЕЙ-СИРОТ, ПОЛУЧИВШИХ ОЗДОРОВЛЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ПРИЧЕРНОМОРЬЯ

М.А. Ермашева, К.А. Меньшикова, В.С. Старюк, М.В. Истратова
Научный руководитель – проф. В.Н. Шестакова
Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра поликлинической педиатрии

Климатические воздействия выступают в качестве самостоятельных лечебных факторов, поэтому оздоровление в условиях Причерноморья способствует улучшению и сохранению здоровья. В связи с приведенными фактами, проводилось изучение адаптационных возможностей детей, получивших оздоровление в летний сезон в условиях Причерноморья.

Цель. Провести оценку адаптационных возможностей у детей-сирот, получивших оздоровление в условиях Причерноморья.

Материалы. Объектом исследования являлись дети-сироты, получившие отдых в условиях Причерноморья (n=30, основная группа), а также их сверстники, которые не прошли оздоровления в таких условиях (n=20, группа сравнения).

Результаты. Установлено, что у детей как основной группы наблюдения до отдыха в условиях Причерноморья, так и группы сравнения чаще выявлялись отклонения личностной (20,0 и 16,7%, соответственно), академической (16,0 и 13,3%) и социальной (34,0 и 33,3%) адаптации. После отдыха в условиях Причерноморья количество детей с низкими показателями личностной, академической и социальной адаптации уменьшилось на 10, 6, и 4% соответственно, в то время как в группе сравнения оставалось без динамики. Количество детей в основной группе наблюдения со сниженными адаптационными возможностями как при психической (38,0%), так и физической (44,0%) нагрузке сохранялось на высоких цифрах, но их количество было меньше, чем в группе сравнения (46,7 и 53,3% соответственно). Обучение детей в школе сопровождается повышенной напряженностью, предъявляя к организму ребенка особые требования, приводя к развитию дезадаптационного синдрома (16,0% в основной группе и 16,7% в группе сравнения), нарушению психоэмоционального статуса (52,0 и 53,3% соответственно), что требует медикаментозной коррекции. После отдыха в условиях Причерноморья количество детей с дезадаптационным синдромом снизилось на 12,0%, в то время как в группе сравнения только на 6,7%, поэтому более экономично использовать отдых в период каникул, учитывая положительный эффект климатотерапии у детей, чем ожидать негативной динамики в состоянии здоровья.

Вывод. Отдых в условиях Причерноморья благоприятно сказывается на адаптационных возможностях ребенка после возвращения в обычные климатогеографические условия.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ОБ ОБЩИХ ПРАВИЛАХ СДАЧИ ОБЩЕГО АНАЛИЗА МОЧИ

И.А. Захаренков, П.В. Антошкина
Научный руководитель – асс. Т.В. Дружинина
Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра детских болезней лечебного и стоматологического факультетов

Существует несколько основных правил, соблюдать которые необходимо перед сдачей общего анализа мочи (ОАМ): перед сбором мочи необходимы гигиенические мероприятия утром, вечером перед исследованием не следует употреблять фрукты, овощи, соки, мясные продукты, витамины. Биологический материал следует закрывать от прямых солнечных лучей, хранить в холодильнике. Несоблюдение данных рекомендаций может привести к значительному искажению результатов ОАМ.

Цель. Оценить уровень знаний пациентов об общих правилах сдачи ОАМ.

Материалы и методы. Было выполнено добровольное, анонимное, индивидуальное анкетирование 80 человек: 40 пациентов детского отделения ОГБУЗ ДКБ г. Смоленска и 40 родителей.

Результаты. Средний возраст взрослых респондентов составил 34,5 года, детей – 12,8 года. Среди опрошенных было 36 женщин и 24 девочки; 4 мужчины и 16 мальчиков. В ходе опроса выяснилось, что 20% среди как взрослого, так и детского населения считают, что гигиенические мероприятия перед сбором ОАМ не нужны; что вечером перед исследованием можно употреблять: фрукты и овощи – 60 и 50%, соки – 60 и 45%, мясные продукты – 75 и 60%, витамины – 45 и 70% взрослых и детей соответственно. 45% детей и 55% родителей полагают, что нет необходимости закрывать биологический материал от прямых солнечных лучей. Большинство респондентов (60 и 65% соответственно) знают о необходимости хранить собранный материал в холодильнике.

Выводы. Выявлен низкий уровень осведомленности пациентов и их родителей о мероприятиях, выполнение которых необходимо при сдаче ОАМ. Несоблюдение данных требований может привести к ложным результатам, что влечет за собой необходимость проведения повторного исследования и, как следствие, увеличиваются продолжительность госпитализации и затраты на лечение. При назначении ОАМ медицинскому персоналу необходимо ознакомить пациентов или их родителей с правилами сбора ОАМ.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА

А.О. Зубарева

Научный руководитель – доц. А.Б. Мельникова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики

Врожденный ихтиоз – термин, объединяющий несколько сходных заболеваний, проявляющихся диффузным генерализованным поражением кожи по типу гиперкератоза, передающихся по аутосомно-рецессивному типу. Частота встречаемости: 1:300000 – 1:500000 новорожденных.

Цель. Анализ случая врожденного ихтиоза.

Материалы и методы. Медицинская документация: история болезни и генетическая карта ребенка, родившегося с врожденным ихтиозом.

Результаты. В отделение реанимации новорожденных ОГБУЗ «Перинатальный центр» г. Смоленска поступила недоношенная девочка с клиническими проявлениями врожденного ихтиоза. Из анамнеза: ребенок от второй беременности, первых преждевременных родов в 32 недели гестации. Масса при рождении 2400 г. Состояние с момента рождения было оценено как крайне тяжелое, обусловленное врожденным ихтиозом, хронической гипоксией плода, респираторным дистресс-синдромом. При осмотре ребенка обращала на себя внимание выраженная гиперемия кожного покрова, его отечность, через кожу просвечивали инъецированные сосуды. Весь кожный покров был похож на «папиросную бумагу». Также отмечались блефароспазм, эктропион, деформация ушных раковин, рта («рыбий рот»). При оценке неврологического статуса отмечено, что двигательная активность у ребенка повышена, крик громкий, болезненный, рефлексы снижены. В условиях перинатального центра были проведены комплексное клинико-лабораторное исследование, консультации узких специалистов (невролог, генетик). Проведено кариотипирование, установлен нормальный женский кариотип 46XX. На основании клинических, лабораторных и инструментальных данных девочке был поставлен диагноз: врожденный ихтиоз; церебральная ишемия II степени; пневмония. Проведена дезинтоксикационная, антибактериальная, иммуномодулирующая терапия, на фоне которой отмечалось незначительное улучшение. Дальнейшее лечение проводилось в условиях отделения выхаживания и лечения недоношенных детей.

Данное заболевание встречается крайне редко, пренатальная диагностика затруднена. Прогноз для жизни ребенка при тяжелой форме врожденного ихтиоза неблагоприятный, большинство детей погибают на первом году жизни.

ОСОБЕННОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ *HELICOBACTER PYLORI*

А.О. Зубарева, И.А. Захаренков

Научный руководитель – асс. Н.Н. Дехнич

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии

Цель. Изучить особенности гистологических изменений слизистой оболочки желудка (СОЖ) у пациентов, инфицированных *Helicobacter pylori* (HP), и провести корреляционный анализ между степенью обсемененности HP и выраженностью лимфогранулоцитарной инфильтрации и атрофии СОЖ.

Материалы и методы. Выполнен анализ 26 гистологических заключений биоптатов СОЖ у пациентов с HP-ассоциированными заболеваниями. Для гистологического исследования брали фрагменты СОЖ по два из антрального отдела и тела желудка, для определения HP биоптаты окрашивались по Романовскому-Гимзе.

Результаты. У 76,9% (n=20) пациентов при гистологическом исследовании СОЖ выявлена слабая обсемененность HP (до 20 микробных тел в поле зрения), у 15,4% (n=4) – средняя (20-50 микробных тел в поле зрения), у 3,8% (n=1) – высокая (более 50 микробных тел в поле зрения), при этом у 100% пациентов морфологически диагностировали «хронический гастрит». Активность гастрита (выраженность лимфогранулоцитарной инфильтрации) у 38,5% (n=10) была низкой, у 50% (n=13) больных активность была умеренной, у 3,8% (n=1) наблюдались крипт-абсцессы (высокая активность). Степень выраженности воспаления (полуколичественная оценка лимфоплазмоцитарной инфильтрации СОЖ) чаще была умеренной в 57,7% случаев, слабой – в 30,8% и менее выраженной – в 11,5% случаев. Атрофия слизистой оболочки желудка наблюдалась у 34,6% (n=9) пациентов (в 2 случаях с явлениями кишечной метаплазии).

Корреляционный анализ не выявил статистически значимых корреляционных связей ($p > 0,05$) между степенью обсемененности HP и изучаемыми морфологическими параметрами.

Выводы. Гистологическое исследование СОЖ с использованием дополнительной окраски с высокой частотой подтверждает наличие инфекции HP. Степень обсемененности СОЖ HP не влияет на активность, выраженность воспаления и формирование атрофических изменений в СОЖ. Треть пациентов с доказанной HP-инфекцией имели атрофические изменения СОЖ, что показывает необходимость более раннего обследования и лечения данной инфекции с целью более успешной канцеропревенции.

ПОКАЗАТЕЛИ ОТДЕЛЬНОГО АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА КАК МАРКЕР ИЗМЕНЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РЕГИОНЕ

Р.Б. Ибрагимова, К.М. Кулагина

Научный руководитель – доц. В.Н. Покусаева

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики

Цель. Определить динамику демографических показателей за последнее десятилетие в типичном акушерском стационаре второго уровня.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ медицинской документации (журналы родов) ОГБУЗ КБСМП г. Смоленска за 2003 и 2013 гг. В анализ включены возраст женщины, паритет беременности и родов.

Результаты. Количество родов за период с 2003 по 2013 г. увеличилось в 1,3 раза (с 949 до 1250 родов, $p=0,000$), что соответствует общей динамике рождаемости в Смоленской области (8,7 и 10,6 на 1000 населения в 2003 и 2013 годах соответственно), что обусловлено увеличением числа вторых и более родов. В то же время отмечается уменьшение числа первородящих женщин с 73,9% (701) до 53,7% (671) ($p=0,000$). На этом фоне позитивной тенденцией можно считать, что среди первородящих выросла доля первобеременных – с 64,3% (451) до 71,3% (487) ($p=0,002$), что косвенно свидетельствует о снижении числа абортов у нерожавших пациенток. Существенно (в 3 раза) возросла доля женщин, с высоким паритетом родов (3 и более) – с 3,8% (36) до 12,2% (153) ($p=0,000$). Из негативных тенденций можно отметить «старение» женщин, решивших родить ребенка (с $26,0\pm 5,0$ до $28,2\pm 5,4$ года, $p=0,000$). В значительной степени это происходит за счет более старшего возраста первородящих. Их средний возраст за последние 10 лет увеличился практически на 1,5 года (с $24,4\pm 4,2$ до $25,9\pm 4,7$ года, $p=0,000$). Тенденция к рождению первого ребенка после 25 лет становится все более очевидной и демонстрируется, в частности, увеличением возраста женщин, которые имели первую беременность (с $23,8\pm 4,2$ до $25,2\pm 4,5$ года, $p=0,000$).

Выводы. Увеличение рождаемости в регионе поддерживается за счет повторных родов. Этому, вероятно, в немалой степени способствуют меры социально-экономической поддержки семей с двумя и более детьми, осуществляемые Правительством России на протяжении последних лет. Устойчивая тенденция к увеличению возраста, в котором женщина решается на материнство, отражает общемировую тенденцию к «старению» первородящих и не связано с ростом числа абортов. В целом, за прошедшее десятилетие жительницы Смоленщины стали более ответственно относиться к планированию семьи и сохранению первой беременности.

ОСЛОЖНЕНИЯ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ ПРИ ГЕМОДИАЛИЗЕ

А.Л. Иванова, Т.И. Теренина

Научный руководитель – проф. А.Д. Лелянов

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской хирургии*

Цель. Выявить частоту, характер и способы устранения осложнений артерио-венозной фистулы (АВФ) при программном гемодиализе у больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН)

Задачи. Провести анализ историй болезни больных с ХПН, находившихся на программном гемодиализе в 2013-2014 гг. в КБ № 1 г. Смоленска. Установить характер осложнений АВФ и определить хирургическую тактику по их устранению.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 31 истории болезни с оценкой клинической картины осложнений и данных инструментальных методов исследования: селективной ангиографии АВФ и доплерографии, тактики лечения.

Результаты. В 2013-2014 гг. по поводу осложнения АВФ прооперирован 31 пациент. Из них 22 (63%) мужчины и 9 (37%) женщин, в возрасте 40-44 года – 5 (16%), 45-50 лет – 4 (13%), 51-65 лет – 18 (58%), старше 65 – 4 (13%). Выявлены следующие осложнения АВФ: тромбоз – 25 случаев (81%), аневризма – 4 случая (13%), синдром обкрадывания и неудовлетворительное функционирование АВФ – по 1 случаю (3%). При тромбозе выполнялась операция тромбэктомии и реконструкция АВФ или формировался новый прямой сосудистый доступ. У пациентов с аневризмой в области межсосудистого соустья осуществлялось иссечение и лигирование сосудов. Синдром обкрадывания устранялся с помощью закрытия коллатералей и реконструктивной операции, неудовлетворительное

функционирование являлось показанием для закрытия АВФ и создания нового прямого сосудистого доступа.

Выводы. Риск использования АВФ при проведении сеансов гемодиализа достаточно велик. Наиболее частыми осложнениями АВФ являлся тромбоз (81%) и аневризма шунта (13%), которые требовали оперативного вмешательства. При тромбозе показана тромбэктомия и реконструкция АВФ или формирование нового сосудистого доступа.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ

Я.М. Ильин, Д.Б. Шерковцов

Научный руководитель – доц. Д.С. Лабузов

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии

Цель. Провести сравнительную характеристику методов лечения гемангиом у детей в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения гемангиом у 38 детей (34 девочки и 4 мальчика). Возраст пациентов составил от 14 дней до 1,5 года. У 33 детей имелись простые поверхностные гемангиомы, у 5 детей – комбинированные. Терапия проводилась амбулаторно, в 1-й группе у 8 детей путем криодеструкции снегом угольной кислоты, во 2-й группе у 3 пациентов – углекислотным (CO₂) лазером и в 3-й группе – у 27 детей путем аппликации на пораженный участок тимолола в виде геля. Контрольные осмотры проводились через 2 недели, 1 месяц и по показаниям. Учитывались результаты: прекращение роста, исчезновение гемангиом, косметический результат.

Результаты. У детей всех групп наблюдения отмечено прекращение роста гемангиом. В 1-й группе у 5 из 8 детей наступило выздоровление, у 3 пациентов, учитывая остаточные явления, понадобились еще несколько сеансов (от 2 до 4) для полного удаления опухоли. Во 2-й группе у 3 пациентов (у 1 после 2 сеансов) наступило выздоровление. При проведении аппликационного лечения офтан-тимогелем появление первых признаков регрессии гемангиом отмечены у 14 больных уже к концу первой или второй недели лечения. Полное излечение после 1,5-месячного курса достигнуто у 11 пациентов, у 10 пациентов – после двухмесячного курса и у 3 пациентов – после трехмесячного курса. У 2 пациентов (комбинированные гемангиомы) наблюдались признаки незначительного регресса, стабилизация признаков роста гемангиомы на фоне лечения через 3,5-4 месяца. Только у 1 пациента была отмечена реакция в виде контактного дерматита, после чего аппликации были прекращены. При оценке косметического эффекта по результатам лечения: у всех детей в 1-й и 2-й группе отмечено появление депигментированного участка кожи в виде атрофического рубца, иногда с периферическими сосудистыми точками, что вызывало озабоченность родителей девочек. В 3-й группе у 18 детей отмечено практически полное исчезновение гемангиомы с хорошим и отличным косметическим эффектом, у 9 пациентов сохранялись остаточные явления в виде бледно-розового пятна и сосудистой инъекции различной степени выраженности.

Выводы. Представленные методы эффективны в лечении гемангиом. Криодеструкция и лазеротерапия имеют косметические последствия. Аппликации тимолола более длительны, но имеют лучший косметический эффект.

РОЛЬ ЧАСТИЧНОГО ИНТЕГРИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

М.В. Истратова, Р.В. Власов, Е.Ю. Муц, К.А. Меньшикова
Научный руководитель – проф. В.Н. Шестакова
Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра поликлинической педиатрии

Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – это категория детей, имеющих достаточно четкие специфические характеристики, связанные с состоянием здоровья, которое препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания. Инклюзивное образование – когда ребенку предоставляется право посещать обычную школу, но для этого создается необходимая адаптированная образовательная среда и оказываются поддерживающие услуги. Главное отличие инклюзивного подхода от интегративного обучения состоит в том, что при инклюзии в обычных школах меняется отношение к детям с ограниченными возможностями и к их родителям. Интеграция – это совместное обучение (воспитание) детей с разными видами ОВЗ, а также детей с ОВЗ и детей здоровых. Полная интеграция, когда дети с особенностями психофизического развития посещают обычные школы. Частичная интеграция, когда дети посещают массовую школу, но занимаются в специальных классах, не включаясь в процесс совместного обучения с остальными детьми. Постоянно полная интеграция может быть организована в разных учреждениях. Постоянная неполная интеграция, когда учащиеся класса находятся вместе с нормально развивающимися сверстниками на тех уроках и внеклассных мероприятиях, которые доступны им, в оставшееся время они объединяются с другими детьми с ОВЗ для работы по специальным коррекционным программам. Частичная интеграция может быть обеспечена в массовых школах, где открыты специальные классы для детей с определенным отклонением в развитии. При частичной интеграции дети с ОВЗ являются учениками специального класса.

Цель. Изучить роль инклюзивного образования в сохранении здоровья детей с ограниченными возможностями здоровья.

Материалы. Проводилось изучение групп здоровья у детей с ОВЗ (n=117), 67 из которых обучались в коррекционных классах общеобразовательного учреждения (основная группа), 50 учащихся обучались в общеобразовательных классах этой же организации (группа сравнения).

Результаты. Установлено, что дети группы сравнения по мере обучения реже имели III группу здоровья (49,3%), чаще наблюдались по IV группе здоровья (50,7%), чем дети группы сравнения (68,0 и 32,0%, соответственно), что свидетельствовало о негативной динамике в состоянии здоровья и требовало постоянного медицинского психолого-педагогического сопровождения.

Вывод. Использование частичного интегрального образования не ухудшает состояние здоровья детей с ОВЗ, а способствует его сохранению.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОКРОВОТОКА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАГРУЗКИ У СТУДЕНТОВ СГМУ

М.А. Казанцев, А.О. Уртминцев

Научные руководители – асс. Т.А.Виноградова¹, доц. П.Н. Гелетин²

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра патологической физиологии¹, кафедра пропедевтической стоматологии²

Цель. Изучение состояния микроциркуляции *musculus masseter*, подвергнутой стандартной функциональной нагрузке, в зависимости от временных интервалов употребления жевательной резинки у девушек и юношей.

Материалы и методы. Группу исследуемых составили 20 студентов 2-го курса стоматологического факультета СГМУ. Для ее определения использованы аналитический метод и социологический опрос. Обследуемые разделены на 2 подгруппы – девушки (n=10) и юноши (n=10). Измерение скорости перфузии проводилось, основываясь на принципах лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ-метрии), с помощью аппарата ЛАКК-02. Все исследования проводились в стандартизированных условиях: в изолированном помещении, после 10 мин адаптации, при комнатной температуре (25-26°C), после предварительной обработки исследуемой зоны (обезжиривание и удаление волосяного покрова). Функциональную нагрузку составляли акты жевания Orbit «Classic» в течение 5 и 20 минут. Критерий достоверности рассчитан по t-критерию (Стьюдента).

Результаты. В ходе исследования рассчитан показатель микроциркуляции (ПМ), отражающий средний уровень микрокровотока в данный момент и выражаемый в перфузионных единицах. Анализ выявил, что ПМ до применения функциональной нагрузки у девушек и парней равен 11,4±1,1 и 13,6±1,6 соответственно, и результаты достоверно не различаются между группами. После 5-минутной нагрузки он составил 12,8±0,9 и 14,1±1,6 соответственно, после 20-минутной нагрузки – 13,3±1,5 и 15,0±1,9 соответственно. Достоверных различий между ПМ юношей и девушек после обеих нагрузок выявлено не было. Стоит отметить достоверное увеличение ПМ внутри каждой группы между изначальным ПМ и ПМ после 20-минутной нагрузки (p≤0,05).

Выводы. Значительных различий в микрокровотоке *musculus masseter* между юношами и девушками не выявлено. Увеличение показателя микроциркуляции внутри каждой группы после длительной жевательной нагрузки (20 мин), вероятно, связано с развитием функциональной артериальной гиперемии и является физиологическим процессом.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Я.И. Корева, Н.Д. Куликова, О.Г. Никуличева

Научный руководитель – доц. Ю.А. Хохлова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии

Цель. Получить представление об особенностях течения и диагностики инфекционного эндокардита (ИЭ) в современных условиях.

Материалы и методы. Проанализировано 18 историй болезней пациентов с ИЭ в возрасте от 26 до 88 лет (средний возраст составил 49,2±5 года), которые были госпитализированы в кардиологическое отделение ГКБ № 1 г. Смоленска.

Результаты. ИЭ был диагностирован преимущественно у мужчин (n=12, 67%; p<0,05). В половине случаев наблюдалось поражение трикуспидального клапана (ТК) (n=9, 50%; p>0,05), у 33% больных (n=6) – аортального клапана (АК), в остальных случаях наблюдалось поражение митрального клапана. В большинстве случаев заболевание начиналось как «лихорадка неясного генеза» (n=14, 78%; p<0,05). Основными клиническими проявлениями (наряду с лихорадкой) были кардиалгия, одышка и тахикардия (n=13, 72%; p<0,05). Более

половины пациентов были внутривенными наркоманами ($n=10$, 56%; $p>0,05$), 1 больной (6%) – инфицирован ВИЧ. У большинства больных ($n=14$, 78%; $p<0,05$) наряду с ИЭ выявлена тяжелая пневмония (как правило, с деструкцией легочной паренхимы). Эмболический синдром развился у 7 больных (39%), застойная сердечная недостаточность – у подавляющего большинства пациентов ($n=17$, 94,4%; $p<0,05$), из них III-IV ФК – у 7 больных (39%). Посев крови на стерильность был проведен у всех больных, но только у 3 пациентов были выявлены золотистый стафилококк, *bacillus thuringiensis*, энтерококк, у 15 больных роста патогенной флоры не было. Эхокардиография выявила у всех больных эхо-позитивные образования на клапанах сердца (вегетации), недостаточность ТК III-IV степени наблюдалась у 5 больных (27%), недостаточность АК III-IV степени – у 4 больных (22%), недостаточность митрального клапана – у 3 больных (17%). Препаратами первой линии терапии были цефтриаксон с гентамицином ($n=7$, 39%) или ванкомицин ($n=3$, 17%), 2 пациентам (11%) ванкомицин назначался как препарат второй линии. Другие схемы терапии (рифампицин и другие) были назначены 6 больным (33%). У подавляющего большинства антибактериальная терапия дала положительный эффект (17 пациентов, 94,4%; $p<0,05$). 1 пациент умер вследствие эмболического инфаркта головного мозга.

Выводы. ИЭ чаще всего встречался у мужчин трудоспособного возраста, каждый второй из них употреблял наркотические препараты. Как следствие, у половины пациентов наблюдалось поражение ТК с развитием в четверти случаев его критической недостаточности. Дебютирует ИЭ чаще всего под маской «лихорадки неясного генеза». Основным клиническим проявлением являлась застойная сердечная недостаточность, достигавшая III-IV ФК у более трети пациентов; второе место по частоте встречаемости занимал эмболический синдром. У большинства больных выявлена тяжелая пневмония. Наблюдались, как правило, отрицательные результаты посева крови на стерильность, что, вероятно, требует более тщательного проведения данного исследования (согласно имеющимся рекомендациям). Наряду с терапией выбора ИЭ (цефтриаксон и гентамицин), каждому четвертому пациенту потребовалось назначение ванкомицина, а каждому третьему – других препаратов альтернативного ряда.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА У ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

В.Ю. Королев, П.И. Федорин

Научный руководитель – асс. М.В. Листопадова

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра фтизиопульмонологии*

Цель. Оценить значение уровня кортизола в дифференциальной диагностике саркоидоза органов дыхания и туберкулеза.

Методы. Был проанализирован уровень кортизола крови у 56 пациентов с впервые выявленным и морфологически подтвержденным саркоидозом органов дыхания II стадии и 47 больных с впервые выявленным диссеминированным туберкулезом органов дыхания. У всех пациентов при первичном обследовании натощак в 9 утра бралась кровь из вены, центрифугировалась, и в сыворотке определялся уровень кортизола методом иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью наборов реагентов «Стероид ИФА-кортизол»-01 (Россия) согласно инструкции завода изготовителя.

Данные анализировались на момент первичного обследования пациентов. В дальнейшем окончательный диагноз ставился по результатам гистологического исследования биоптата после видеоторакоскопии, торакотомии или после положительных результатов посева мокроты на наличие микобактерий туберкулеза.

Результаты. У пациентов с впервые выявленным и морфологически подтвержденным саркоидозом органов дыхания II стадии медиана, 25 и 75 процентиля уровня кортизола

составили 411, 259,5 и 615,25 нмоль/л, а у больных с впервые выявленным диссеминированным туберкулезом органов дыхания 1039, 745 и 1370 нмоль/л соответственно. Было выявлено, что у пациентов с саркоидозом органов дыхания изначально определяется статистически более низкий уровень кортизола, чем при диссеминированном туберкулезе ($p < 0,05$).

Выводы. Данный факт можно использовать с целью дифференциальной диагностики между этими процессами, что позволит более объективизировать принятие решения и своевременно назначить необходимое лечение и рациональное проведение комплекса терапевтических мероприятий.

ФЕТАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ В XXI ВЕКЕ

О.А. Коротенко

Научный руководитель – доц. Т. И. Смирнова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического и стоматологического факультетов

Цель. Выяснить осведомленность женщин о фетальных продуктах и проанализировать их применение в настоящее время.

Материал и методы. Проведено анкетирование 30 женщин репродуктивного возраста от 23 до 45 лет (средний возраст составил 34 года), включающее вопросы об использовании и содержании фетальных продуктов.

Результаты. Только 52% респонденток знали, что такое фетальные продукты. 100% участниц употребляли в пищу продукцию фирм Nestle, Kraft foods, Coca-cola, Cadbury Adams ООО, в состав которых входит усилитель вкуса, изготовленный на основе фетальных продуктов. На сегодняшний день биотехнологическая компания Senomux производит усилители вкуса на основе клеточной линии НЕК 293 (клетки abortивного материала, патент США 5681932) и поставляет их крупнейшим производителям продуктов питания.

После объяснения большинство женщин (80%) отказались употреблять в пищу продукцию вышеперечисленных фирм.

70% женщин не знали, что abortивный материал применяется в косметологии. Более половины участниц (60%) отнеслись положительно к применению фетальных продуктов в косметологии для создания кремов, в генной инженерии для производства вакцин, к использованию abortивного материала для улучшения качества жизни больных людей.

Выводы. Проанализировав полученные результаты, выяснено, что лишь половина опрошенных осведомлены о фетальных продуктах. Следует отметить, что респондентки не обращали внимания на состав продукции, которую употребляли в пищу. После предоставления информации о фетальных продуктах большинство из них исключили из своего рациона питания продукцию фирм Nestle, Kraft foods, Coca-cola, Cadbury Adams ООО. Большинство женщин положительно отнеслись к применению abortивного материала в косметологии, генной инженерии и медицине с целью улучшения качества жизни населения.

ПРЕДПОЧТЕНИЯ В ВЫБОРЕ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ ХОНДРОПРОТЕКТОРОВ КОНЕЧНЫМИ ПОТРЕБИТЕЛЯМИ И СПЕЦИАЛИСТАМИ г. СМОЛЕНСКА И СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

В.А. Короткова

Научные руководители – доц. А.В. Крикова¹, доц. Н.А. Коньшко²

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра управления и экономики фармации¹, кафедра факультетской терапии²

Цель. Проанализировать предпочтения в выборе препаратов группы хондропротекторов конечными потребителями и специалистами в г. Смоленске.

Задачи. Провести анализ заболеваемости костно-мышечной системы и соединительной ткани по г. Смоленску, выявить предпочтения потребителей препаратов данной группы, изучить основные предпочтения рекомендаций фармацевтических работников о препаратах данной группы, провести анкетирование врачей травматологов-ортопедов.

Материалы и методы. Данные статистической отчетности Департамента Смоленской области по здравоохранению за 2009-2011 гг., анкета для потребителей аптечных учреждений (опрошено 100 человек), анкета экспертной оценки для специалистов (травматологов-ортопедов) (опрошено 6 врачей), анкета для специалистов (фармацевтов, провизоров) (опрошено 17 человек).

Результаты. Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани составляют 11,97% от всех групп заболеваний по Смоленской области. При опросе фармацевтических работников было установлено, что конечным потребителям в выборе препаратов в 50% случаев помогает определиться врач. Опрос экспертов – врачей травматологов-ортопедов показал, что все специалисты компетентны в своей области. Наиболее назначаемыми препаратами являются алфлутоп, дона, структум, терафлекс. В процессе опроса конечных потребителей было отмечено, что в 58,5% случаев лекарственный препарат (ЛП) назначает врач, но в большинстве случаев информация о ЛП доводится до потребителя аптечным работником (33,8%), только в 26% – самим врачом. Согласно опросу люди тратят на ЛП относительно небольшие денежные суммы. Сумму от 200 до 500 рублей на ЛП тратят 42% опрошенных, от 500 до 1000 рублей – 21%, свыше 2000 рублей – лишь 4% опрошенных.

Выводы. Установлено, что заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани достаточно распространены в Смоленской области. Анализ экспертной оценки группы хондропротекторов и мнений фармацевтических работников позволил установить необходимость научно обоснованного комплексного подхода к оптимизации лекарственного обеспечения пациентов с данной нозологией в рыночных условиях. Установлено, что потребители недостаточно информированы о препаратах данной группы.

ТЕХНОЛОГИЯ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ЛАБОРАТОРНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ

Д.А. Кравченко

Научные руководители – асс. К.И. Максименкова, доц. С.О. Лосенкова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра фармацевтической технологии

Цель. Изготовить в условиях лаборатории и провести стандартизацию косметических средств (бальзам для губ, солевая ароматическая бомбочка для ванн).

Материалы и методы. Воск пчелиный, масло персиковое, масло виноградной косточки, масло миндальное, эфирное масло лаванды, эфирное мало апельсина, натрия хлорид, натрия гидрокарбонат, лимонная кислота, краситель синтетический оранжевый. В лабораторных условиях были приготовлены бальзам для губ и ароматическая бомбочка для ванн. Для получения бальзама для губ на водяной бане расплавляли 7,0 г пчелиного воска, добавляли

5,0 г персикового масла, 5,0 г масла виноградной косточки, 5,0 г масла миндального и 2 капли эфирного масла апельсина, тщательно перемешивая до однородной консистенции. Готовую горячую смесь заливали в форму и охлаждали до застывания. Для получения солевой ароматической бомбочки для ванн смешивали 26,0 г натрия хлорида, 13,0 г натрия гидрокарбоната, 6,5 г кислоты лимонной, 5,0 г персикового масла, 0,3 г красителя синтетического оранжевого и добавляли 5 капель эфирного масла лаванды. Полученную массу тщательно перемешивали до однородной консистенции, выкладывали в форму и оставляли на воздухе до полного затвердевания. Стандартизацию полученных косметических средств проводили по следующим показателям: для гигиенической помады – органолептический контроль, однородность, pH; для ароматической бомбочки – органолептический контроль (внешний вид, форма, консистенция, цвет, запах), однородность, pH, время растворения.

Результаты. При оценке качества бальзама для губ было установлено, что он представлял собой твердую при комнатной температуре однородную массу, легко расплавляющуюся при температуре тела, желто-кремового цвета со слабым специфическим запахом апельсина, pH $5,797 \pm 0,018$. Солевая ароматическая бомбочка для ванн представляла собой однородную, твердую при комнатной температуре массу, легко растворяющуюся в воде с выделением пузырьков газа, желто-оранжевого цвета со слабым специфическим запахом апельсина; pH $6,678 \pm 0,024$, время растворения $4,95 \pm 0,16$ минуты.

Выводы. Таким образом, полученные образцы косметических средств соответствовали по всем исследуемым показателям качества требованиям нормативно-технической документации.

ПРИЧИНЫ ОСТРЫХ ОККЛЮЗИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Д.И. Кривонос

Научный руководитель – доц. С.В. Игнатъев

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской хирургии*

Цель. Установить причину острых окклюзий сосудов нижних конечностей у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. На базе отделения сосудистой хирургии КБ № 1 г. Смоленска были проанализированы операционные журналы за период с 2012 по 2014 год. Выбраны больные с острыми окклюзиями сосудов нижних конечностей.

Результаты. При анализе операционных журналов были выявлены 595 человек с данной патологией, из них 417 (70,1%) – мужчин и 178 (29,9%) – женщин с диагнозами: тромбоэмболия (39,2%), тромбоз (20,7%), смешанная этиология окклюзии (7,7%), облитерирующий атеросклероз (32,4%) сосудов нижних конечностей. Уровень окклюзии в 26 (4,4%) случаях – бифуркация брюшного отдела аорты на общие подвздошные артерии (синдром Лериша), наружные подвздошные артерии в 38 (6,4%), бедренные артерии в 297 (49,9%), берцовые артерии в 27 (4,5%), смешанная локализация окклюзии – в 207 (34,8%). Послеоперационные осложнения в виде реокклюзий сосудов нижних конечностей возникли в 90 (15,1%) случаях. При повторных операциях локализация окклюзии была в 3 (3,3%) случаях на уровне бифуркации брюшного отдела аорты, в 2 (2,2%) – на уровне подвздошных артерий, в 74 (82,2%) – на уровне бедренных артерий, в 2 (2,2%) – на уровне берцовых артерий, в 9 (10,0%) – смешанная локализация реокклюзии. Возраст при первичных окклюзиях был 60-64 года. Реокклюзия чаще возникала в возрасте 55-59 лет. У 120 больных (20,2%) была выполнена ампутация нижней конечности, в 49 случаях (40,8%) ампутация проводилась по причине реокклюзии, из них 38 (77,5%) мужчин и 11 (22,5%) женщин.

Причиной острых окклюзий сосудов нижних конечностей у лиц пожилого и старческого возраста явилось повреждение на уровне подвздошных артерий в виде тромбоэмболии

(62,5%), тромбоза (18,7%) и смешанной этиологии (18,7%); на уровне бедренных артерий тромбоэмболия (52,2%), тромбоз (36,4%) и смешанной этиологии (14,4%); на уровне берцовых артерий тромбоэмболия (88,9%), и тромбоз (11,1%). При смешанной локализации повреждения причиной были тромбоэмболия (6,8%) и облитерирующий атеросклероз (93,2%).

Выводы. Причинами острых окклюзий сосудов нижних конечностей у лиц пожилого и старческого возраста явились тромбоэмболии и тромбозы на фоне облитерирующего атеросклероза. Данная патология – ведущая причина смерти и потери конечностей в пожилом возрасте.

ГЕСТАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В БУДУЩЕМ

В.С. Кузьменкова

Научные руководители – проф. А. А. Пунин¹, доц. В.Н. Покусаева²

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии¹,

кафедра акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики²

Цель. Оценка возможного вклада гестационной артериальной гипертензии (ГАГ) в повышение риска развития артериальной гипертензии (АГ) у пациенток старшего возраста.

Материалы и методы. Были проанкетированы 87 женщин, проходивших лечение в октябре-декабре 2014 года в отделениях терапевтического профиля СОКБ и ГКБ № 1 г. Смоленска. При анализе учитывали наличие АГ, возраст, акушерско-гинекологический анамнез, наследственность. Основную группу (ОГ) составили 53 женщины, страдавшие АГ, контрольная группа (КГ) – 34 женщины без АГ. Средний возраст пациенток ОГ составил 52,4 года, КГ – 47,2 года.

Результаты. В ОГ 62,3% (33 женщины) находились в перименопаузальном периоде, в то время как в КГ данный показатель составил 50% (17 женщин). При сравнении показателей ОГ и КГ выявлены значимые различия в продолжительности периода постменопаузы, поэтому сравнение может быть не совсем корректным. Не исключено, что у женщин КГ через несколько лет также разовьется АГ. В ОГ, в отличие от КГ, повышение АД было отмечено у 2 (3,8 %) женщин до беременности. Во время беременности у женщин ОГ АД было повышено (во 2-й половине беременности, либо во время родов): АД выше 140 мм рт. ст. отмечалось у 22 (42,3%) женщин, из них у 9 (17,3%) оно превышало 160 мм рт. ст. В КГ АД превышало норму лишь у 5 (14,7%) пациенток, при этом АД не поднималось выше 160 мм рт. ст.

Протеинурия значительно чаще выявлялась в ОГ (у 17 (32,6%)), чем в КГ (у 4 (11,8 %)). Гестационный пиелонефрит и сахарный диабет наблюдались относительно редко – в ОГ у 3 (5,8 %) и 1 (1,9%) женщины соответственно, в контрольной группе – у 1 (2,9%) и 4 (1,8%) соответственно. Среди женщин, страдавших АГ, гестационные осложнения встречались значительно чаще, чем у женщин, не страдавших АГ.

Выводы. У женщин репродуктивного возраста ГАГ – специфический фактор риска развития в последующем АГ. Среди женщин репродуктивного возраста ГАГ в 2,9 раза чаще встречалась у пациенток с АГ по сравнению с женщинами, имевшими нормальный уровень АД. Женщины с гестационными осложнениями в анамнезе требуют пристального внимания и постоянного наблюдения терапевта для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЭЛАСТОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Н.А. Курашина

Научный руководитель – Т. Г. Морозова

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской терапии*

Цель. Определить диагностическое значение эластографического исследования в алгоритме диагностики гепатита и цирроза печени.

Материалы и методы. Обследованы 45 пациентов, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении. Из них 28 (62%) мужчин: 18 (64,3%) с гепатитом (Г) и 10 (35,7%) с циррозом печени (ЦП), 17 (38%) женщин: 11 (64,7%) с гепатитом и 6 (35,3%) с ЦП. Всем пациентам проводились клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования: сбор анамнеза, физикальное обследование, общий осмотр, общий анализ крови, УЗИ органов брюшной полости, компрессионная эластография (ЭГ).

Результаты. При сборе жалоб 9 (20%) пациентов отмечали тяжесть и болезненность в левой части живота, 2 (5%) – чувство переполнения желудка и быструю насыщаемость. Все больные жаловались на такие неспецифические проявления, как слабость, быструю утомляемость, снижение массы тела, снижение аппетита, 7 (15%) пациентов отметили, что часто страдают инфекционными заболеваниями. При перкуссии выявлено увеличение селезенки у 5 (11%) человек. В общем анализе крови у 5 (11%) больных – анемия. При УЗИ органов брюшной полости выявлено: у 31 (69%) пациента – гепатомегалия, у 5 (11%) – спленомегалия. Данные компрессионной ЭГ: индекс фиброза (LF) не отличался в группах с гепатитом и циррозом печени и составил $LF=3,5\pm 1,4$, что затрудняло постановку диагноза. Верифицировать патологический процесс в печени морфологически было невозможно (данная группа пациентов отказывалась от проведения биопсии печени). С целью уточнения диагноза проводилась компрессионная ЭГ селезенки. Установлено, что при гепатите показатель ЭГ составил $2,2\pm 0,5$ кПа, при циррозе $4,1\pm 1,3$ кПа. У 5 (11%) больных результаты компрессионной ЭГ получены не были в связи со спленомегалией, так как проведение эластографического импульса "затухало" в паренхиме органа и не передавалось на поверхность датчика. В этом случае проводилась транзитная ЭГ, результаты: $24,3\pm 5,6$ кПа, что по модифицированной шкале Metavir соответствует L4 стадии, указывающей на цирроз печени.

Выводы. Использование нескольких видов ЭГ позволяет дифференцировать гепатит и цирроз печени без проведения биопсии.

ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

А.А. Курленя

Научный руководитель – доц. А.Ф. Яснецова

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней у детей*

Цель. Выявить зависимость между избыточной прибавкой массы тела женщин во время беременности и частотой инфекционных заболеваний у детей первого года жизни.

Задачи. Сравнить частоту инфекционных заболеваний у детей первого года жизни, родившихся от матерей с физиологической прибавкой массы тела во время беременности, и женщин с избытком массы тела во время беременности.

Материалы и методы. Материалом для исследования явились 50 индивидуальных карт беременных женщин (ф. 111/у) и 50 историй развития ребенка (ф. 112/у), родившихся от наблюдаемых беременных женщин.

Результаты. В данной работе проведен анализ результатов динамического наблюдения 50 детей первого года жизни. Выделено 2 группы сравнения. Первая группа – 25 детей, родившихся от матерей с избыточным показателем массы тела во время беременности, вторая группа – 25 детей, родившихся от матерей с нормальной прибавкой массы тела во время беременности (контрольная группа). Полученные данные свидетельствуют, что среди детей, родившихся от матерей с патологической прибавкой массы тела во время беременности, дети чаще болели острыми инфекционными заболеваниями по сравнению с контрольной группой (соответственно 14 и 10 детей). Из острых инфекционных заболеваний чаще отмечались острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ): в первой группе – 10 детей, во второй – 9 детей, то есть без существенной разницы. Но в первой группе дети болели ОРВИ тяжелее и более 4 раз в год, а во второй – 1-2 раза в год. Острой кишечной инфекцией в первой группе заболели 3 детей, а во второй – 1 ребенок. Один ребенок из первой группы перенес герпетическую инфекцию, вызванную ВПГ₁, заболевание протекало довольно тяжело с поражением кожи, слизистой губ и полости рта. В контрольной группе подобных инфекционных заболеваний не было.

Выводы. Данное исследование показало, что патологическая прибавка массы тела женщины во время беременности способствует большей восприимчивости детей первого года жизни к инфекционным заболеваниям, поэтому необходимо избегать избыточной прибавки массы тела женщин в период беременности, соблюдая сбалансированную диету, адекватные физические нагрузки и регулярное наблюдение акушером-гинекологом.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЕРВОГО КРИТЕРИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ЗАЧАТЫХ СПОНТАННЫМ ПУТЕМ И С ПОМОЩЬЮ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

А.П. Ларионова

Научные руководители – проф. В.Н. Шестакова

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра поликлинической педиатрии*

Цель. Провести оценку первого критерия здоровья детей, зачатых спонтанным путем и с помощью экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), для решения вопроса о тактике наблюдения данного контингента в условиях амбулаторно-поликлинического звена.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 22 ребенка, которые родились в результате ЭКО у 15 пар (основная группа наблюдения). Группу сравнения составили 22 ребенка, зачатие которых произошло спонтанным путем. Все дети родились после 38 недели беременности, от первых родов. Для количественной оценки отягощенности генеалогического анамнеза использовался генеалогический индекс (Макарова З.С.; 1992), при оценке которого от 0 до 0,2 отягощенность расценивалась как низкая; от 0,3 до 0,5 – умеренная; от 0,6 до 0,8 – выраженная; от 0,9 и выше – высокая. Биологический и социальный анамнезы оценивались в зависимости от наличия факторов риска в различные периоды развития ребенка.

Результаты. Установлено, что 45,5% детей основной группы имели высокую отягощенность генеалогического анамнеза, 13,6% – выраженную, 18,2% – умеренную и 22,7% – низкую. В группе сравнения высокая отягощенность генеалогического анамнеза отмечалась у 13,6% детей, что в 3,3 раза меньше, чем в основной группе ($p < 0,05$). Выраженная отягощенность отмечалась у 4,1% детей, умеренная – у 36,4%, низкая – у 45,5%, что в 2 раза больше, чем в основной группе ($p < 0,05$). При оценке биологического анамнеза выявлено, что 54,5% детей основной группы имели выраженную отягощенность биологического анамнеза, 13,6% – высокую, 27,3% – умеренную, 4,5% – низкую. У детей группы сравнения низкая и умеренная отягощенность биологического анамнеза встречались в 5,0 раз и 1,9 раза чаще соответственно, чем в основной группе, составляя 22,7% и 45,5% соответственно ($p < 0,05$).

В результате исследования факторов риска социального анамнеза оказалось, что у 59,1% детей основной группы социальный анамнез не отягощен, что на 9,9% ниже этого показателя у детей группы сравнения – у 50,0% не выявлено достоверных отличий по частоте встречаемости высокой и умеренной отягощенности социального анамнеза между сравниваемыми группами.

Выводы. Дети, рожденные с использованием вспомогательных технологий, требуют более пристального внимания, так как у них более выраженное неблагополучие генеалогического и биологического анамнезов.

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ ПРИ ТРАВМАХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Ю.В. Левина

Научные руководители – доц. И.А. Литвинова, асс. А.А. Ромашова

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной терапии*

Цель. Изучить влияние повреждений грудной клетки на функциональное состояние сердца: среднюю частоту сердечных сокращений (ЧСС), появление блокад, частоту желудочковых и наджелудочковых экстрасистол (ЭС), эпизоды синусовой аритмии и ишемии, вариабельность сердечного ритма (SDNN) в течение суток.

Материалы и методы. Обследованы 60 человек, из них 25 женщин (42%) и 35 мужчин (58%), средний возраст составил $34,5 \pm 17,5$ года: с ушибами грудной клетки – 33 человека (65%), с переломами ребер – 17 человек (28%), сочетание перелома ребер и сотрясения головного мозга – 4 человека (7%). Всем пациентам для уточнения диагноза проводилось рентгенологическое исследование органов грудной клетки или компьютерная томография, холтеровское мониторирование ЭКГ. Критерии исключения: пациенты с тяжелыми множественными и сочетанными травмами, ИБС и нарушениями ритма сердца в анамнезе, пациенты, получающие антиаритмическую терапию.

Результаты. У обследованных пациентов не было выявлено пауз ритма и эпизодов ишемии. Тахисистолия определялась у пациентов с ушибом грудной клетки в 23% случаев, с переломами ребер – в 59%, с сочетанием перелома ребер и сотрясения головного мозга – в 50%. Блокады впервые выявлены у 18% пациентов в группах с ушибом грудной клетки и с переломом ребер. Из них АВ-блокада I степени выявлена в 10 и 6% соответственно, СА-блокада – в 8 и 12% соответственно. Наджелудочковые ЭС превысили норму у пациентов с ушибом грудной клетки в 5% случаев, с переломами ребер – в 24%, с сочетанием перелома ребер и сотрясения головного мозга – в 50%. Желудочковые ЭС в количестве более 300 в сутки встречались у 15% пациентов с ушибом грудной клетки, у 35% – с переломом ребер и у 75% – с сочетанием перелома ребер и сотрясения головного мозга. У 15% пациентов с ушибом грудной клетки, у 12% с переломом ребер и у 25% с сочетанием перелома ребер и сотрясения головного мозга выявлены эпизоды синусовой аритмии. Вариабельность ритма была нормальной у 77% пациентов с ушибом грудной клетки, у 53% – с переломом ребер и у 75% – с сочетанием перелома ребер и сотрясения головного мозга; была снижена – у 23, 41 и 25% соответственно; очень низкая вариабельность ритма выявлена лишь у 6% пациентов с переломом ребер.

Выводы. У пациентов с травмами грудной клетки имелись диагностически значимые нарушения сердечного ритма и проводимости, наиболее выраженные при переломах ребер, а также в сочетании перелома ребер с сотрясением головного мозга, поэтому для пациентов этих групп необходимо динамическое наблюдение врача-кардиолога.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ВНУТРИ- И ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Е.С. Литвинова

Научный руководитель – асс. Т.Д. Гельт

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии

Цель. Измерить и проследить отклонения от нормы в диаметре основных сосудов печени при различных заболеваниях.

Материалы и методы. На базе ОГБУЗ КБ №1 были обследованы 35 пациентов с диффузными заболеваниями печени: с циррозом печени (ЦП) токсического генеза (n=10), с гепатитами различной этиологии (n=15), с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), с развитием «застойной» печени (n=10). Всем было выполнено УЗИ органов брюшной полости с оценкой внутри- и внепеченочного кровотока: исследовались воротная (ВВ), селезеночные (СВ) и нижняя полая вены (НПВ). Для данных сосудов измеряли диаметр, скоростные показатели, данные по объемному кровотоку. Также выполнялось стандартное обследование согласно плану терапевтического отделения.

Результаты. По данным, полученным при проведении УЗИ органов брюшной полости, отмечается увеличение диаметра (d) исследованных сосудов, характерное для определенного патологического процесса. Расширение ВВ наблюдалось у 6 пациентов с ЦП класса В и С по Чайлд-Пью (d=13,85±2 мм при норме составляет 9-12 мм), у 4 пациентов с гепатитом, преимущественно алкогольного генеза, для ВВ d=13,1±2 мм, у 2 пациентов с ХСН d=10,7±2 мм. НПВ у пациентов с ЦП в большинстве случаев не визуализировалась в связи с наличием асцита (более 500 мл). У пациентов с хроническим гепатитом диаметр НПВ находился в пределах физиологической нормы (N=14-20 мм), у 8 пациентов с ХСН диаметр НПВ= 29,6±2 мм. Изменения в СВ были выявлены у 9 из 10 пациентов с ЦП d=9,3±2,2 мм (N=4,2-6,2 мм). У всех пациентов с гепатитом и ХСН изменений СВ не обнаружено.

Выводы. При развитии патологий печени изменения претерпевает не только ее структура, но и сосудистое русло. При этом выраженность изменений зависит от формы диффузных заболеваний печени. Наиболее значительные изменения в гемодинамике были выявлены при циррозе печени, что связано с развитием портальной гипертензии.

ТЕХНОЛОГИЯ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ СИРОПА ПАРАЦЕТАМОЛА ЗАВОДСКОГО ПРОИЗВОДСТВА И ЛАБОРАТОРНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ

Ю.В. Максимихина

Научные руководители – асс. К.И. Максименкова, доц. С.О. Лосенкова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра фармацевтической технологии

Цель. Изготовить в условиях лаборатории и провести стандартизацию сиропа парацетамола в сравнительном аспекте.

Материалы и методы. Субстанция парацетамола, сахароза, пропиленгликоль-1,2, натрия бензоат, лимонная кислота, эфирное масло апельсина, вода очищенная. Сироп парацетамола получали на основе предварительно приготовленного в условиях лаборатории кафедры фармацевтической технологии сахарного сиропа (50,0 г) согласно технологической схеме изготовления сиропов. В сахарный сироп вводили парацетамол, добавляли пропиленгликоль-1,2, натрия бензоат, лимонную кислоту и эфирное масло апельсина. Готовый сироп процеживали через двойной слой марли во флакон из темного стекла. Оценивали качество полученного сиропа парацетамола и аналогичной лекарственной формы (ЛФ) заводского производства (ОАО «Синтез») по следующим показателям:

органолептические свойства (прозрачность, цвет, запах, вкус), отсутствие механических включений, плотность, рН, показатель преломления, отсутствие крахмальной патоки, отсутствие инвертного сахара, качественный состав, наличие примесей (хлориды, сульфаты, тяжелые металлы).

Результаты. При оценке качества сиропа парацетамола было установлено, что оба образца представляли собой прозрачную бесцветную вязкую жидкость со специфическим запахом и сладким вкусом. Значение рН ЛФ заводского производства составило $5,980 \pm 0,058$, лабораторного изготовления – $6,200 \pm 0,177$. Плотность заводского образца составила $1,320 \pm 0,022$ г/мл, лабораторного образца – $1,316 \pm 0,018$ г/мл. Показатель преломления сиропа заводского производства – $1,442 \pm 0,012$, сиропа лабораторного изготовления – $1,425 \pm 0,007$. Механические включения, крахмальная патока, инвертный сахар и примеси в обоих сиропах отсутствовали. По качественному составу оба образца соответствовали требованиям нормативно-технической документации.

Выводы. Таким образом, сироп парацетамола заводского производства и ЛФ лабораторного изготовления достоверно не отличались между собой по исследуемым показателям качества и соответствовали требованиям нормативной документации.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ ЛЕТ ЖИЗНИ С РАЗНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

М.М. Мельникова

Научный руководитель – д.м.н., доц. Н.Ю. Крутикова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра поликлинической педиатрии

Цель. Изучить состояние здоровья детей первых трех лет жизни с разной массой тела при рождении.

Задачи. Оценить состояние здоровья детей на третьем году жизни, рожденных с разной массой тела, определить состояние здоровья детей на первом году жизни, изучить влияние массы тела при рождении на дальнейшее развитие ребенка, выявить наиболее часто встречаемую патологию у детей третьего года жизни.

Материалы и методы. В исследование включены 45 историй развития детей 2010 и 2011 годов рождения, разделенных на 3 группы: 1-я группа – масса при рождении 3000-4000 г (n=28), 2-я группа – более 4000 г (n=6) и 3 группа – менее 3000 г. (n=11).

Результаты. Беременность у 50% матерей сопровождалась обострением хронических заболеваний, таких как кольпит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь. ОРВИ во время беременности перенесли 30% матерей. Отягощенный гинекологический анамнез был выявлен у 70% женщин. Самая низкая резистентность на первом году жизни наблюдалась у 33% детей 2-й группы и у 17% детей 3-й группы. Установлено, что 36% детей 3-й группы имели недоношенность I степени. На первом году жизни нарушения физического развития (паратрофии) чаще выявлялись у детей из 2-й группы (100%). В структуре заболеваемости выявлено, что патология костно-мышечной системы встречалась наиболее часто у детей 1-й (28%) и 2-й групп (30%). Также у детей данных групп часто встречались малые анатомические аномалии сердца (28 и 14% соответственно). У детей 3-й группы в структуре заболеваемости преобладали гемангиомы кожи (27%) и атопический дерматит (18%).

Выводы. Установлено, что к 3 годам жизни большинство обследованных детей формируют группу с патологией костно-мышечной системы. Дети 3-й группы чаще других имели пороки развития в виде гемангиом. Установлено также, что дети 2-й и 3-й групп имели сниженную резистентность. Данный факт следует связать с состоянием здоровья матерей, так как подавляющее большинство женщин имели отягощенный гинекологический анамнез (70%) и тяжелое течение беременности (80%).

КАРТА ИНТЕРЕСОВ ЮНОШЕЙ, ИМЕВШИХ ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ, И ИХ СПОСОБНОСТЬ КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЕ ПОВЕДЕНИЕ

К.А. Меньшикова¹, Е.Ю. Муц¹, М.А. Ермашева¹
Научные руководители – проф. В.Н. Шестакова¹, проф. Н.П. Грибова²

*Смоленский государственный медицинский университет,
Кафедра поликлинической педиатрии¹,
кафедра неврологии, физиотерапии, рефлексотерапии ФПК и ППС²*

Состояние здоровья подрастающего поколения в России в последние годы представляет собой серьезную государственную проблему, от решения которой во многом зависит дальнейшее экономическое и социальное благополучие общества. По данным Научного Центра Здоровья Детей, сегодня можно считать здоровыми лишь 10-12,0% школьников младших классов, 8,0% – средних классов и 5,0% – старшекласников. Подростковый и юношеский возраст – один из критических этапов в жизни человека, характеризующийся завершением процесса развития организма и становлением в психологическом и социальном плане. Своеобразие этого периода определяется, прежде всего, нейроэндокринной перестройкой, развитием значительных анатомических и физиологических сдвигов, приводящих к повышению (не всегда адекватному) реактивности организма, существенным изменениям его защитных и адаптационных возможностей, чем и обусловлена необходимость изучения способностей контролировать свое поведение юношей, имеющих различные вредные привычки.

Цель. Провести оценку способностей контролировать свое поведение у школьников, имеющих вредные привычки, и проанализировать их карту интересов.

Материалы и методы. В работе постоянно участвовали 100 подростков в возрасте 16-17 лет, которые обучались в колледжах после выпуска из неполной средней школы. Основную группу составили 50 подростков, которые имели стаж курения с 12-летнего возраста и периодически употребляли алкогольные напитки. В группу сравнения вошли 50 учащихся, которые не имели таких наклонностей.

Результаты. Оказалось, что в группе сравнения не выявлено ограничений в способностях контроля своего поведения. В то время как в основной группе 40% подростков имели незначительные, а 10% умеренные ограничения в способностях контролировать свое поведение. Установлено, что среди учащихся, обучавшихся по однотипной программе и одинаковой профессиональной направленности, интересы различны. Интерес к таким сферам деятельности, которые выявляли выбранную профессиональную направленность, составил в основной группе 46%, в группе сравнения на 14% больше (60,0%).

Вывод. Важным аспектом является определение профессиональных интересов как при поступлении в образовательные организации, так и на протяжении обучения в них, что снизит количество детей с дезадаптационным синдромом. Большинство подростков, имеющие вредные привычки, не могут контролировать свое поведение, что должно настораживать не только педиатров амбулаторно-поликлинического звена, но и психологов, педагогов и родителей.

Т.П. КРАСНОБАЕВ – НАШ ЗЕМЛЯК И ОСНОВОПОЛОЖНИК СОВЕТСКОГО ПЕРИОДА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ В РОССИИ

Н.Д. Мизонов
Научный руководитель – доц. Н.С. Васильев
*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра детской хирургии*

Цель. Наглядно, на примере жизненного и творческого пути нашего земляка Тимофея Петровича Краснобаева – смоленского мальчишки, ученика Смоленской губернской гимназии, студента медицинского факультета Московского государственного университета,

врача – детского хирурга, профессора, действительного члена Академии медицинских наук СССР – воспитать у современных студентов чувство профессиональной гордости за отечественную медицину, верность выбранной врачебной специальности, человечность и сострадания к больным.

Материал и методы. Изучение литературы, документов в библиотеках г. Смоленска: медицинского университета, медицинской библиотеке СОКБ, библиотеке им. А.Т. Твардовского и в архивах исторического музея и смоленской муниципальной гимназии № 1 им. Н.М. Пржевальского, интернет-ресурсах.

Результаты. 6 марта 2015 года медицинская общественность отметила 150 лет со дня рождения одного из основоположников детской хирургии и ортопедии России, смолянина Тимофея Петровича Краснобаева (1865-1952 гг.), известного ученого, академика, заслуженного деятеля науки, лауреата Государственной (Сталинской) премии I степени, орденосца. Его исследования были разносторонние. Это вопросы организации детской хирургической службы в СССР, лечение острого аппендицита и остеомиелита, мочекаменной болезни, пороков развития опорно-двигательного аппарата ребенка, хирургической инфекции. Предложенные им принципы лечения хирургической инфекции являются актуальными и сейчас. За свой фундаментальный труд, трёхтомную монографию «Костно-суставной туберкулез у детей», он был удостоен Государственной (Сталинской) премии I степени и премии имени Н.Ф. Филатова АМН СССР. Его научные исследования и программа по ликвидации этой патологии, предложенная им еще в 1922 году, сделала возможным к 60-м годам прошлого столетия справиться с этим весьма распространенным в то время, калечащим детей заболеванием. Под его руководством подготовлено 20 диссертаций, их них 11 докторских. Имя Т.П. Краснобаева присвоено костной клинике института туберкулеза АМН РФ, нескольким детским хирургическим отделениям. На территории Детской клинической больницы № 1 г. Москвы ему воздвигнут памятник. Имя ТИМОФЕЯ ПЕТРОВИЧА КРАСНОБАЕВА навечно вписано в анналы отечественной медицины и детской хирургии в частности.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ МОЛОДЕЖИ ПО ВОПРОСАМ ТУБЕРКУЛЕЗА

А.В. Мищенко

Научный руководитель – доц. Е.Е. Рашкевич

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра фтизиопульмонологии*

Цель. Оценка эффективности работы по санитарному просвещению молодежи по вопросам туберкулеза в организованных коллективах.

Задачи. Оценить знания учащихся школ и колледжей по этиологии, эпидемиологии и профилактике туберкулеза, сравнить усваиваемость лекционного материала школьниками и учащимися колледжа, изучить заинтересованность молодежи в вопросах туберкулеза.

Материал и методы. Объект исследования: молодые люди 14-20 лет в организованных группах – учащиеся школ и колледжей г. Смоленска, I группа – возраст от 14 до 17 лет (40 человек), II группа – от 18 до 20 лет (87 человек). Тематику лекционного курса составили вопросы о возбудителе туберкулеза, путях передачи, проявлениях и мерах профилактики. Методы оценки: групповое анкетирование, ф-критерий Фишера, критерий Мак-Немора.

Результаты. Молодые люди, социально активные и проживающие в регионе с высокой заболеваемостью, показали низкий уровень знаний о туберкулезе. Правильно указали этиологию 40% школьников I группы и 55,2% учащихся колледжей (II группа, $p < 0,05$), пути передачи – 55% I группы и 52,9% II группы, $p > 0,05$. Только 65% респондентов I группы и 72,4% II группы ($p > 0,05$) называли клинические проявления туберкулеза, и чаще всего упоминался только кашель. Методы профилактики туберкулеза верно назвали 55% в I группе

и 79,3% во II группе ($p < 0,05$). После наглядных и доступных лекций правильно назвали возбудителя туберкулеза 80% респондентов в I группе и 75,9% – во II группе (по критерию Мак-Немора $p < 0,05$ для обеих групп), пути передачи – 92,5% в I группе ($p < 0,001$) и 62,1% ($p > 0,05$) во II группе, меры профилактики – 90% в I группе ($p < 0,001$) и 65,5% II группе, и только 7,5% в I группе ($p < 0,005$) и 26,5% во II группе не смогли назвать проявления туберкулёза. 49% в I группе и 11,7% во II группе ($p < 0,001$) были заинтересованы в получении дополнительной информации и планировали ознакомиться с ней друзей и родственников. Однако 15 (17,2%) человек во II группе отказались проходить тестирование после лекции, что мы объяснили усталостью и незаинтересованностью.

Выводы. Уровень знаний молодежи о туберкулезе изначально низок. Работа по санитарному просвещению молодежи позволяет достоверно повысить уровень знаний и стимулировать к регулярному прохождению обследования на туберкулез. Однако взрослые молодые люди менее заинтересованы в этой информации по сравнению с подростками, поэтому для этого контингента слушателей следует изменить форму санитарно-просветительской работы, например, в виде интерактивных игр, с целью повышения заинтересованности.

СПОСОБ УРЕТЕРОСТОМИИ

А.В. Мордовский, В.Ю. Королёв

Научный руководитель – доц. С.В. Шаматкова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Аномалии развития мочевыделительной системы являются одними из наиболее распространенных врожденных пороков развития. Важной проблемой детской урологии остается лечение детей с уретерогидронефрозом. Ее актуальность обусловлена не только высокой частотой встречаемости данной патологии, но и не до конца решенными методами профилактики послеоперационных пиелонефритов.

Цель. Восстановление целостности мочеточника в условиях антирефлюксной защиты.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования проводили на 20 участках проксимальных отделов мочеточника и подвздошной кишки свиньи с использованием микрохирургической техники. Для формирования уретеростомы подготовленный изолированный сегмент дистального отдела подвздошной кишки на питающей ножке выводился забрюшинно к поврежденному участку мочеточника. На кишечной петле по противобрыжеечному краю выкраивали широкий лоскут, основание которого должно быть обращено к проксимальному концу кишечного сегмента. Формирование подслизистого тоннеля в лоскуте осуществляли путем инфильтрации подслизистого слоя кишечной стенки со стороны перфорационного отверстия у его основания теплым раствором 0,25% новокаина с использованием шприца. В последующем, стент проводился через подготовленный тоннель от верхушки к основанию и выводился через перфорационное отверстие в сторону серозной оболочки кишечника, затем стентировался подготовленный проксимальный отдел мочеточника. Мочеточник проводился в подслизистый тоннель через перфорационное отверстие по стенту. Далее лоскут возвращали в исходное положение. Мочеточник фиксировали к кишечнику внепросветными узловыми швами.

Проверка качества шва доказала эффективность предлагаемой уретеростомы.

Вывод. Использование методики имплантации мочеточника в сегмент тонкого кишечника с формированием подслизистого тоннеля обеспечивает надежную антирефлюксную защиту.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СИСТЕМОЙ КОАГУЛЯЦИИ, ТОЛЩИНОЙ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА, НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, ТИПОМ И ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

В.И. Мороз

Научный руководитель – доц. И.А Литвинова
Смоленский государственный медицинский университет,
Кафедра госпитальной терапии

Цель. Выявить изменения системы коагуляции, толщину комплекса интима-медиа брахиоцефальных артерий (ТКИМ), нарушения сердечного ритма у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

Материалы и методы. Обследованы 47 человек (18 мужчин, 29 женщин), средний возраст составил 65 ± 23 года. Проведены исследования: общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ, УЗДГ БЦА, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, МРТ или СКТ.

Результаты. У больных с ишемическими инсультами (ИИ) ТКИМ $< 0,9$ мм была у 7%; $0,9-1,3$ мм – у 90%; $> 1,3$ мм – у 3%. У больных с геморрагическими инсультами (ГИ) ТКИМ у 100% составила $0,9-1,3$ мм. У больных с ИИ гиперкоагуляция выявлена в 47% случаев, с ГИ – в 71%, мерцание предсердий (МП) – у 50% пациентов с ИИ и у 12% – с ГИ. Увеличение ТКИМ у больных с ИИ в левой гемисфере было у 86%, в правой гемисфере – у 91%, в вертебро-базиллярном бассейне (ВББ) – у 100%. МП у больных с ИИ в левой гемисфере выявлено в 53% случаев, в правой гемисфере – в 46%, в ВББ – в 50%. Как известно, гиперхолестеринемия и утолщение ТКИМ – маркеры атеросклероза у больных с инсультами всех локализаций. Согласно полученным нами данным, ТКИМ была увеличена, и у 92% больных имелась гиперхолестеринемия.

Выводы. Для больных с ИИ более характерны наличие нарушений ритма в анамнезе, значительное увеличение ТКИМ, гиперкоагуляция. Для больных с ГИ также характерно увеличение ТКИМ, гиперкоагуляция, но нарушения ритма встречаются значительно реже. Для пациентов с ИИ характерно различное сочетание вышеуказанных факторов, которые представляют собой 2 механизма развития ОНМК (атеротромботический и кардиоэмболический) и участвуют в формировании инсульта разных локализаций в различном соотношении. Для ишемических инсультов в левой гемисфере характерно соотношение атеротромботического варианта к кардиоэмболическому как 1,6:1, в правой гемисфере – 3,25:1, в ВББ – 1:1. Толщина КИМ говорит о наличии атеросклероза брахиоцефальных сосудов у больных с инсультами всех локализаций. Полученные нами данные требуют дальнейшего углубленного изучения для своевременной рациональной первичной и вторичной профилактики кардиоваскулярной и неврологической патологии.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Е.Ю. Муц¹

Научные руководители – проф. В.Н. Шестакова¹, проф. Н.П. Грибова²

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра поликлинической педиатрии¹,

кафедра неврологии, физиотерапии, рефлексотерапии ФПК и ППС²

Определение качества жизни является количественной методикой, что значительно упрощает оценку результатов и делает их сравнимыми, – метод изучения качества жизни является недорогим, простым в использовании и высокоинформативным, что отвечает требованиям, предъявляемым к методикам профилактических осмотров. Согласно данным Научного Центра Здоровья Детей, сегодня можно считать, что здоровыми являются только

5,0% старшеклассников. Поэтому изучение качества жизни является необходимым этапом для сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения. Как известно, качество жизни – это субъективная оценка человеком своего физического, психологического и социального благополучия. Качество жизни само по себе является комплексным показателем, который дает представление не только о физической, эмоциональной и социальной адаптации ребенка, но и избавляет от необходимости проведения дополнительных трудоемких тестов, в частности психологических, что затруднено в практической педиатрии.

Цель. Провести оценку образа и качества жизни студентов средних специальных образовательных организаций.

Материалы. В исследовании участвовали 50 девушек (основная группа) и 50 юношей (группа сравнения), которые обучались в средних специальных образовательных организациях. Качество жизни оценивали с помощью общего опросника Pediatric Quality of Life Questionnaire, имеющего версии для детей и взрослых.

Результаты. Установлено, что свое здоровье оценивали как отличное всего 6,0% респондентов основной группы, что в 5 раз меньше, чем в группе сравнения (30,0%). Обращало на себя внимание, что очень хорошим здоровьем считали только 16,0% учащихся основной группы и 20,0% – группы сравнения, а посредственным – 42,0 и 14,0% соответственно. Следует подчеркнуть, что 8,0% девушек оценивали свое здоровье как плохое, чего не зарегистрировано у сверстников-юношей. По сравнению с уровнем здоровья год назад, по 10,0% респондентов из каждой группы наблюдения отметили значительное улучшение своего здоровья. В то время как незначительное улучшение выявлялось у 24,0% юношей, изменений в состоянии здоровья не отметили 44,0% респонденток, а ухудшение произошло у 22,2% учащихся. Между основной и группой сравнения в каждом варианте ответа на данный вопрос респонденты распределились поровну.

Вывод. Анализ качества жизни учащихся средних специальных образовательных организаций с учетом пола необходим для понимания внутренней картины здоровья.

ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЙ ИНСУЛЬТ

К.А. Нехаева

Научный руководитель – проф. Н.Н. Маслова

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии*

Цель. Изучить частоту, факторы риска и этиологию возникновения внутрибольничного инсульта (ВБИ).

Материалы и методы. Работа проводилась на базе Смоленской областной клинической больницы (СОКБ). Нами были просмотрены 2572 истории болезни пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), за 2012-2014 годы, выбраны 40 – с внутрибольничным инсультом, из них 12 пациентов умерли за время госпитализации, 28 – закончили стационарное лечение и выписались под наблюдение невролога по месту жительства.

Результаты. За 2012-2014 гг. зарегистрирован 2081 больной с инсультом, транзиторные ишемические атаки (ТИА) в статистике не учитывались. За указанный период у 40 пациентов СОКБ развился ВБИ, что составило 1,9% среди всех больных с инсультом. Среди пациентов, включенных в исследование, женщин было – 21 (52,5%), мужчин – 19 (47,5%). Возраст составил от 26 до 95 лет, средний – 65,8 года. В возрасте 26-29 лет было 5% пациентов, 40-44 года – 5%, 45-49 лет – 5%, 50-54 года – 5%, 55-59 лет – 12,5%, 60-64 года – 7,5%, 65-69 лет – 5% и старше 70 лет – 55%. Наиболее значимым фактором риска явилась артериальная гипертензия – 36 человек (90%). Заболевания сердца диагностированы у 34 (85%) человек, мерцательная аритмия – у 16 (40%), дислипидемия – у 16 (40%),

сахарный диабет – у 16 (40%), отмечены стресс – у 7 (17,5%) и курение – у 6 (15%). До госпитализации в СОКБ 11 (27,5%) пациентов получали постоянную терапию для коррекции сопутствующих хронических заболеваний, 29 человек (72,5%) не принимали лекарства. Наибольший процент случаев внутрибольничных инсультов в условиях стационара приходился на отделения: неотложной кардиологии – 9 человек (22,5%), эндокринологии – 8 (20%), взрослое неврологическое – 5 (12,5%). Пациенты, у которых инсульт был впервые, – 24 (60%), вторичный инсульт – 16 (40%). Общая летальность всех инсультов составила 25%, летальность ВБИ – 30%.

Выводы. Внутрибольничный инсульт представляет собой распространенную патологию. Пациенты с ВБИ, как правило, женщины, с артериальной гипертензией, в возрасте от 70 лет и старше, с инсультом в анамнезе. С одной стороны, ВБИ у этих больных потенциально может быть диагностирован быстрее, что может способствовать более быстрому началу лечения, но в настоящий момент у больных, перенесших инсульт во время госпитализации, прогноз намного хуже, скорее всего, в связи с имеющимся основным заболеванием, в период его обострения. Поэтому необходимо дальнейшее улучшение профилактики основного заболевания как первичной, так и вторичной, включая компоненты гипотензивной, антитромботической, гиполипидемической терапии.

ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

В.А. Новикова, Э.А. Ковалева

Научный руководитель – проф. Н.Н. Маслова

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии*

Цель. Изучить клинические и психологические особенности больных рассеянным склерозом с жалобами на головокружение, определить степень выраженности головокружения.

Материалы и методы. Нами были обследованы 23 пациента (21 женщина и 2 мужчины) с диагнозом: рассеянный склероз. Клинический метод исследования включал неврологическое обследование с акцентом на проведение координаторных проб. Психологическое обследование проведено с помощью шкалы самооценки и оценки тревоги Ч. Спилбергера и Л. Ханина и опросника депрессии Бека. Выраженность головокружения оценивалась с помощью шкалы для оценки головокружения Dizziness Handicap Inventory.

Результаты. Жалобы на шаткость при ходьбе предъявляли 95,7% обследованных, жалобы на головокружение – 82,6%. По результатам тестирования по шкале Dizziness Handicap Inventory, 34,8% пациентов отметили, что типичный эпизод головокружения является сильным, 8,7% – имели легкие эпизоды головокружения и 30,5% – испытывали головокружение умеренной интенсивности. При выполнении координаторных проб у 22 пациентов выявлены нарушения координации той или иной степени. При оценке результатов тестирования по шкалам Ч. Спилбергера и Л. Ханина высокий уровень реактивной тревожности был обнаружен у 17 больных (74%), у 5 (21,7%) – умеренная тревожность и у 1 (4,3%) – низкая тревожность. Высокая личностная тревожность выявлена у 18 больных (78,3%), у 5 (21,7%) – умеренная тревожность. При использовании опросника Бека у 4 больных (17,4%) обнаружена легкая депрессия, у 3 (13,0%) – умеренная, у 8 (34,8%) – средней тяжести и у 1 (4,3%) – тяжелая.

Выводы. Вестибуло-атактические расстройства выявлены у большинства больных рассеянным склерозом (95,7%). Почти 44% пациентов отмечали, что типичный приступ головокружения в период обострения является настолько выраженным, что значительно ограничивает повседневную активность больных и снижает качество жизни. Использование шкал Ч. Спилбергера и Л. Ханина позволило быстро провести количественную оценку выраженности тревожных расстройств: высокий и умеренный уровень реактивной тревожности выявлен у 95,7% больных, у 100% обнаружена высокая и умеренная личная

тревожность. По шкале Бека 16 пациентов (69,5%) имели депрессию той или иной степени, 9 (39,1%) – депрессию тяжелой или среднетяжелой степени.

ДОНОРСКАЯ АКТИВНОСТЬ СТУДЕНТОВ СГМУ

Е.С. Новикова, А.С. Волкова

Научный руководитель – ст. преп. Н.В. Перегонцева
Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Цель и задачи. Выявить факторы, влияющие на донорскую активность (ДА) студентов медицинских вузов с определением практической значимости данного исследования.

Материалы и методы. Основную группу (выборочную совокупность) составили 150 студентов лечебного факультета 2, 4 и 6-го курсов. В ходе исследования использовалась анкета донорской активности студентов СГМУ, в которой акцентировалось внимание на возраст студента, место проживания, цели посещения донорского центра, влияние сдачи крови и ее компонентов на здоровье будущих врачей. Использовались методы социологического опроса, аналитический, и выкопировки данных.

Результаты. ДА студентов СГМУ варьирует на разных курсах (коэффициент корреляции $r=-0,9$, достоверность $t=5,3$). Среди студентов 2-го курса ДА составила 61,7%, 4-го курса – 58,5%, 6-го курса – 47,3%. Из общей структуры студентов-доноров: на 6-м курсе смоляне составили 77,7%, иногородние студенты – 22,3%, на 4-м курсе – 29,1 и 70,9%, на 2-м курсе – 2 и 38% соответственно. На 6-м курсе целью спасти чью-то жизнь руководствовались 16,7% респондентов, на 4-м курсе – 0%, на 2-м курсе – 9,5%. Ради дополнительных выходных дней кровь сдавали: на 6-м курсе – 55,5% доноров, на 4-м – 62,5%, на 2-м – 33,4%; преследовали финансовый интерес 5,5, 4,1 и 9,5% соответственно. Плохое самочувствие в виде слабости, головокружения, снижения защитных сил организма отметили 55,5% студентов шестого курса, 50% – четвертого и 33,4% – второкурсников. Выявлена сильная отрицательная корреляционная связь между успеваемостью студентов и их донорской активностью (коэффициент корреляции $r=0,9$, достоверность коэффициента корреляции $t=4,1$). Среди студентов всех курсов из тех, кто является донорами, удовлетворительно учатся 63,5% студентов, на «хорошо» и «отлично» – 33%, а на «отлично» – всего 3,5%.

Выводы. ДА преобладает среди студентов младших курсов, наиболее активные доноры – девушки, основная причина посещения ДЦ – дополнительные выходные дни. Многие студенты отметили ухудшение самочувствия после сдачи крови. У большинства студентов, сдающих кровь и ее компоненты, низкий уровень успеваемости.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА «АЛМАГ-03» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Т.С. Олейник, Е.Е. Хазанова

Научный руководитель – асс. И.С. Малахов
Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии

Цель. Оценка эффективности применения аппарата «Алмаг-03», произведенного ОАО Елатомским приборным заводом, компанией «Еламед», в комплексном лечении больных с дисциркуляторной энцефалопатией.

Материалы и методы. Основой для комплексного лечения пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией послужил аппарат «Алмаг-03». Лечение применялось 32 пациентам с установленным диагнозом «дисциркуляторная энцефалопатия». Для проводимой терапии больные были выбраны методом простой рандомизации. Излучатель аппарата размещался на голове, таким образом, что кабели ввода располагались по центру затылочной области,

а крайние индукторы на лобной части головы пациента, курс включал 10-14 сеансов продолжительностью 15-20 минут.

Результаты. После проведения курса лечения аппаратом «Алмаг-03» 32 пациентам неврологического взрослого отделения СОКБ г. Смоленск, мы можем отметить следующее: у 34,3% пациентов улучшилось общее состояние (уменьшилась цефалгия, нормализовался ночной сон и повысился фон настроения), остальные пациенты не отметили изменения своего состояния. Улучшение когнитивных функций памяти, речи, концентрации внимания, наблюдалось у 12,5% у пациентов с легкими когнитивными нарушениями и в 9,37% – у пациентов с деменцией легкой степени, у остальных пациентов изменений когнитивных функций не наблюдалось (использовались шкала MMSE (Mini-Mental State Examination, 1992) и тест Хопкинса).

Выводы. Магнитотерапия, осуществляемая с помощью аппарата «Алмаг-03», оказывает положительное влияние на психофизическое состояние пациентов. Об этом свидетельствует улучшение физического состояния, а также отсутствие ухудшения самочувствия у больных. За весь период использования аппарата нами не были выявлены побочные эффекты. Таким образом, применение аппарата «Алмаг-03» можно считать перспективным в комплексном лечении больных дисциркуляторной энцефалопатией. Применение данного метода лечения помогает сдерживать прогрессирование патологических процессов и улучшает качество жизни больных.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТРЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В г. СМОЛЕНСКЕ

М.И. Полозова, А.И. Цыганкова

Научный руководитель – д.м.н. доц. Т.А. Маркова

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра поликлинической педиатрии*

По данным статистики многих стран (Германии, Англии, Франции и других), от 10 до 30% городского и сельского населения, проживающих в регионах с высокоразвитой экономикой, страдают аллергическими заболеваниями. По данным Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи (ННПО СМП) за 2005 год, число вызовов по поводу острых аллергических заболеваний (ОАЗ) в целом по России возросло на 18%, в Москве – на 36%. При этом их частота в различных регионах составляет от 1 до 5% всех случаев выездов бригад СМП. Среди клинических проявлений ОАЗ преобладали крапивница и ангионевротический отек. В г. Смоленске, по данным станции скорой медицинской помощи, распространенность ОАЗ (крапивница и ангионевротический отек) в 2001 году среди взрослых и детей составила 2,3% (Маркова Т.А., 2003). В детском возрасте чаще всего крапивница встречалась у детей до года (3% в 2001 году).

Цель. Изучить распространенность ОАЗ в г. Смоленске по данным станции скорой медицинской помощи (ССМП) за последние 5 лет.

Материалы и методы. Нами были проанализированы 15420 карт вызовов из электронной базы ССМП за период с 2010 по 2014 год.

Результаты. По данным ССМП, частота ОАЗ среди взрослых и детей в г. Смоленске за последние пять лет остается на одном уровне. Так, в 2010 году ОАЗ среди всех вызовов скорой медицинской помощи составили 3,3%, в 2011 г. – 3,2, в 2012 г. – 2,8, в 2013 г. – 3,2 и в 2014 – 1,3%. Анализируя клинические проявления ОАЗ, выявлена тенденция к уменьшению частоты ангионевротического отека как среди взрослого населения, так и среди детей всех возрастов (в 2010 году – 1,6%, в 2011 г. – 1,5, в 2012 г. – 1,4, в 2013 г. – 1,3 и в 2014 г. – 0,4%). Вместе с тем у детей первого года жизни отмечается устойчивая тенденция к росту ОАЗ по типу крапивницы (в 2010 году – 1,2, в 2011г. – 1,4, в 2012 г.– 1,7, в 2013 г. – 2,0 и в 2014 – 2,6%).

Выводы. Общее количество ОАЗ у взрослых и детей в г. Смоленске на протяжении 5 лет (2010-2014 гг.) остается на одном уровне. Уменьшилось количество случаев ангионевротического отека как среди взрослых, так и среди детей. У детей первого года жизни выявлена тенденция к росту ОАЗ по типу крапивницы.

ВОЗМОЖНОСТИ МУЗЫКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Прабханшу Шроти

Научный руководитель – асс. Т.Г. Морозова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии

Цель. Определить возможности музыкотерапии у пациентов с общесоматической патологией.

Задачи. Изучить влияние музыкотерапии на качество жизни пациентов.

Материалы и методы. В работе, которую проводили с 01.05.2014 г. по 15.02.2015 г., был обследован 51 пациент, 31 (62,5 %) – основная группа и 20 (37,5 %) – контрольная группа. Пациенты страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, нарушения ритма), дыхательной (бронхиальная астма, пневмония, хронический бронхит), пищеварительной (язвенная болезнь желудка, цирроз печени), нервной (нарушения мозгового кровообращения и дисциркуляторная энцефалопатия), эндокринной систем (сахарный диабет).

Пациентам основной группы проводилась музыкотерапия. Звуки подавались через наушники, пациенты находились в горизонтальном положении в комнате, оснащенной сплит-системой. Определяли показатели качества жизни по оценке пациентов (краткая форма опросника Medical Outcomes study SF-36). В ходе исследования использовалась Шкала тревоги Спилбергера. Сравнивались выраженность слабости, депрессии и нарушений сна в начале периода лечения соматической патологии и в конце терапии (через 10-14 дней).

Результаты. Индексы физической активности оказались выше в основной группе, то есть пациенты были более активны физически день ото дня во время проведения терапии. Занятиями, которые определяют активность, являлись приход в больницу или прогулки в саду больницы, отмечали увеличение работоспособности по сравнению с контрольной группой через 10 дней после медикаментозного лечения и музыкотерапии ($p \leq 0,05$). Подобные различия в группах были отмечены и при оценке общего состояния здоровья к 7-10-му дню. В основной группе наблюдалось уменьшение слабости, улучшение настроения пациентов ($p \leq 0,05$). Различий в группах по показателям качества сна выявлено не было ($p = 0,05$). Уровень стресса был чрезвычайно высокий (30%), уровень высокого напряжения – около 60%. Низкий уровень напряжения составил 10%.

Выводы. Более 85% пациентов находятся в состоянии стресса перед началом общесоматического лечения. Использование музыкотерапии благотворно влияет на уровень стресса. Музыкотерапия улучшает качество жизни пациентов, повышает уровень комплаенса между врачом и пациентом, то есть благодаря консультированию во время терапии между врачом и пациентом устанавливаются доверительные отношения, и пациенты строго следуют рекомендациям врача.

РЕЦИДИВЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ (2002-2011 гг.)

Н.В. Прокудина

Научный руководитель – доц. В.С. Зуй

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра онкологии*

Местные рецидивы после радикальных мастэктомий при раке молочной железы (РМЖ), по мнению многих авторов, составляют от 3,2 до 10,2% случаев.

Цель. Сравнение отдаленных результатов мастэктомии по Пейти и Мадену.

Задачи. 1. Определить частоту рецидивирования после мастэктомии по Пейти и Мадену в зависимости от стадии заболевания и гистологического вида опухоли. 2. Изучить причины возникновения рецидивов РМЖ после радикального лечения.

Материалы. Изучена медицинская документация 4125 женщин с РМЖ, из них РМЖ I-II стадии – 2400 (58,2%) случаев, III стадии – 1316 (31,9%), IV стадии – 405 (9,8%). Средний возраст пациенток составил 54,6 года. С 2002 по 2004 год выполнялась мастэктомия по Пейти (555 операций), с 2005 по 2011 год – мастэктомия по Мадену (1393 операции).

Результаты. Из 555 оперированных по Пейти рецидив возник у 6 пациенток (1,08%). Из 1393 оперированных по Мадену рецидив отмечен у 17 (1,2%). Таким образом, прогресс заболевания в виде местного рецидива был выявлен в 23 случаях, что составляет 1,2%. По гистологической структуре в 13 случаях опухоль была низкой дифференцировки, в 9 случаях – умеренной дифференцировки и в одном – высокой степени дифференцировки. Распределение пациентов с рецидивами РМЖ по стадиям: I стадия – 4 случая (медиальная локализация опухоли), II стадия – 10, III стадия – 9. В 19 случаях (82,6%) опухоль располагалась в непосредственной близости к большой грудной мышце, однако, по данным гистологического заключения удаленного препарата, факт врастания опухоли не отмечался. У всех больных с I и II стадией неoadьювантное лечение не проводилось. У 16 (69,6%) пациенток местным рецидивом поражались мышцы, у 7 (30,4%) – кожа или подкожная клетчатка. По времени возникновения рецидива: менее года после мастэктомии – 2 случая (1 – в I стадии, 1 – в III стадии), 1-1,5 года – 6, 1,5-3 года – 8, до 4 лет – 3, более 4 лет – 4.

Выводы. Количество случаев рецидива РМЖ по Смоленской области не превышает общероссийские показатели. Чаще рецидивы возникали при II-III стадии заболевания, низкой дифференцировке опухоли и после операции по Мадену. Причиной местных рецидивов при РМЖ явилось отсутствие проведения показанной неoadьювантной химиолучевой терапии при «неблагоприятных» формах РМЖ (медиальная локализация, низкая дифференцировка опухоли, наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах).

ОТДЕЛЬНЫЕ МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА АНТАЦИДНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Т.И. Пушкова

Научные руководители – доц. А.В. Крикова¹, доц. Н.А. Коньшко²

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра управления и экономики фармации¹, кафедра факультетской терапии²*

Цель. Проведение отдельных маркетинговых исследований регионального рынка антацидов.

Задачи. Изучить региональные особенности обращения лекарственных препаратов группы антацидных средств, провести анализ антацидов, входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), провести анализ потребительских предпочтений и осведомленности специалистов при выборе антацидных препаратов.

Материалы и методы. Контент-анализ официальных источников информации, анкетирование (n=50). Эксперимент проведен на базе 15 аптек г. Смоленска.

Результаты. На территории РФ зарегистрировано 15 международных непатентованных наименований антацидов, под торговыми наименованиями – 50 препаратов, изготавливаемых 28 фирмами-производителями в 15 странах мира (российских препаратов – 20%, зарубежных лекарственных средств – 80%). Среди зарегистрированных лекарственных средств большая часть выпускается в форме жевательных таблеток (40%), суспензий для приема внутрь (28%) и таблеток для рассасывания (12%). На российском рынке присутствуют 12 (24%) индивидуальных и 38 (76%) комбинированных препаратов. Доля РФ в производстве однокомпонентных антацидов невелика – всего 25%. Большая часть (75%) данных препаратов производится в других странах. Среди зарубежных стран Германия, Нидерланды, Сербия и Черногория, Словения занимают первое место по объему поставок однокомпонентных антацидов (22,2%). В производстве комбинированных антацидов доля РФ также невелика – всего 21,05%. Большая часть (78,95%) препаратов данной группы производится в других странах. Лекарственные препараты Алмагель, Алмагель А, Алмагель Нео, Маалокс, Фосфалюгель входят в перечень ЖНВЛП. Все исследуемые препараты присутствуют в аптечных учреждениях г. Смоленска, ценовой диапазон на препараты – от 100 до 547 рублей. Анализ потребительских предпочтений выявил, что большинство опрошенных (29,41%) принимают препараты: Ренни, Алмагель (23,53%) и Гастал (13,24%). Фармацевтические работники отметили, что антациды реализуются в их аптечном учреждении часто (76%), 14% отметили, что эти препараты реализуются несколько раз в день. Наиболее покупаемыми препаратами являются Ренни (48%), Гастал (12%) и Алмагель (10%).

Выводы. По данным опроса фармацевтических работников и конечных потребителей, наиболее применяемыми антацидами являются Ренни, Алмагель и Гастал, в частности лекарственный препарат Алмагель входит в перечень ЖНВЛП.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Х.С. Раджабова, И.Н. Гогохия

Научный руководитель – доц. Т.И. Смирнова¹, проф. Д.В. Козлов²

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического и стоматологического факультетов¹,

ОГБУЗ «Смоленский областной институт патологии»²

Цель. Провести клинико-патоморфологический анализ случаев неразвивающейся беременности (НБ).

Материал и методы. Изучены данные 266 гистологических исследований соскобов из полости матки при НБ на базе ОГБУЗ «Смоленский областной институт патологии». Материал для патоморфологического исследования поступал из трех гинекологических отделений КБСМП г. Смоленска: из 1-го – 196 (73,7%) образцов, из 2-го – 37 (13,9%), из 3-го – 33 (12,4%).

Результаты. Пациентки с НБ были в возрасте от 17 до 47 лет (средний возраст 29,7 года). Были взяты промежутки до 30 лет, 31-40 лет, и старше 40 лет. До 30 лет было выявлено 150 наблюдений (56,4%), 31-40 лет – 100 (37,6%), и старше 40 лет – 16 (6%). Диагностика НБ в 118 случаев (52,2%) основывалась на данных УЗИ, тогда как в 148 направлениях (55,6%) ссылки на результаты УЗИ отсутствовали. Срок гестации к моменту диагностики НБ чаще составлял от 1,5 до 2,5 месяцев – 139 (52,4%) наблюдений, до 1,5 месяцев – 29 (10,9%), от 2,5 до 3,5 месяцев – 7 (27,1%), 3,5 месяца и более – 10 (3,8%). В 14 (5,3%) направлениях данные о последней менструации у пациенток отсутствовали. У 7,0% пациенток в анамнезе –

кровотечение из половых путей. Наиболее часто встречался клинический диагноз «НБ малого срока» (125 пациенток).

Объем доставляемого на исследование материала чаще был 2-3 см³ – 127 наблюдений (47,7%). В 216 случаях (81,2%) гистологические исследования были выполнены до 7-х суток и в 50 (18,8%) – позже. По его результатам отмечены изменения: отечно-дистрофические (стромы ворсин и оболочек), дистрофически-склеротические (стромы ворсин, компактного слоя эндометрия), обратного развития (больше спонгиозного слоя эндометрия), иммунно-воспалительные (слоев эндометрия, оболочек).

Выводы. По результатам проведенного исследования – наиболее часто НБ выявлялась в возрасте до 40 лет – 250 наблюдений. Срок гестации к моменту диагностики НБ чаще составлял от 1,5 до 2,5 месяцев – 139 (52,4%) наблюдений. Одним из основных методов диагностики НБ являлось проведение УЗИ плода в динамике. Роль практического патологоанатома в диагностике НБ в рядовом отделении сводится к констатации наличия маточной беременности и признаков нарушения в виде регрессивных изменений ворсин хориона, гравидарно измененного эндометрия, а также возможных воспалительных изменений. Во многих случаях результаты патологоанатомических исследований ограничены лаконичностью предоставленной клиницистами информации.

ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ

Н.С. Родина, А.Е. Гривачева

Научный руководитель – доц. Ю.А. Хохлова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии

В России от инфаркта миокарда (ИМ) из 100 тысяч человек ежегодно умирают 330 мужчин и 154 женщины. За последние 10 лет частота развития ИМ без зубца Q увеличилась, теперь его доля составляет 10-15% от всех острых ИМ.

Цель. Получить представление об особенностях клинического течения и диагностики инфаркта миокарда без зубца Q.

Материалы и методы. Проанализированы материалы историй болезни 15 больных ИМ без зубца Q, находившихся на лечении в отделении неотложной кардиологии КБСМП г. Смоленска. Изучались демографические, анамнестические, клинические данные, данные лабораторной инструментальной диагностики.

Результаты. Средний возраст составил 45±8,2 года. Преобладали мужчины (n=10, 66,6%, p<0,05). У большинства пациентов наблюдалась типичная картина ангинозного статуса (n=14, 93,3%, p<0,05). Только 1 больной (6,6%) поступил в первые 6 часов ИМ, 3 (20%) – поступили в течение первых суток, подавляющее большинство больных – позже 24 часов от начала заболевания (n=12, 80%, p<0,05), из них 60% (n=9) – позднее 3 суток. Для подтверждения диагноза было проведено исследование кардиоспецифических маркеров некроза (тропонин I, КФК, КФК-МВ) только у 4 больных (26,6%), в остальных случаях (n=11, 73,3%) чаще всего исследовались не обладающие достоверной кардиоспецифичностью ЛДГ, ЛДГ-1, АСТ и АЛТ. На ЭКГ, как правило, наблюдалась инверсия зубца Т или депрессия сегмента ST (n=13, 86,6%, p<0,05), у остальных пациентов (n=2, 13,3%) – неспецифические изменения сегмента ST и зубца Т. По данным эхокардиографии, чаще выявлялись зоны гипокинезии, чем акинезии (соответственно, n=11, 73,3% и n=8, 20%; p<0,05), одинаково часто, как в области передней (n=8, 53,3%), так и в области нижней/задней стенки левого желудочка (n=7, 46,7%, p>0,05).

Выводы. Больные ИМ без зубца Q, как правило, поздно обращаются за медицинской помощью. Кардиоспецифичные маркеры некроза исследовались только у каждого четвертого пациента. Почти у 15% пациентов на ЭКГ были выявлены неспецифические изменения

сегмента ST и зубца T, а у подавляющего числа больных при проведении эхокардиографии – зоны гипокинезии. Это может затруднить своевременную диагностику и терапию ИМ, повлечь за собой угрозу для жизни пациентов.

МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Н.С. Родина, А.Е. Гривачева

Научный руководитель – асп. Н.С.Соловьева

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии

В терапевтических и гастроэнтерологических стационарах диагноз «хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения» фигурирует у 3,2% больных, по данным патологоанатомических исследований – у 19-70% умерших. Летальность до сих пор составляет 87%. При аутопсии умерших с атеросклеротическим поражением различных сосудистых бассейнов поражение брюшного отдела аорты и ее ветвей обнаруживается в 75,5% случаев, при целенаправленном ангиографическом исследовании – у 56-75% больных.

Цель. Определить частоту встречаемости хронической абдоминальной ишемии и мезентериального тромбоза в настоящее время.

Материалы и методы. Было проанализировано 38 историй болезни пациентов, поступивших в хирургическое отделение ОГБУЗ КБ № 1 с диагнозом или подозрением на «мезентериальный тромбоз», с 2009-2014 гг. Средний возраст больных составил 68±9 лет. Из них 58% (n=22) – женщины, 42% (n=16) – мужчины.

Результаты. Из 38 проанализированных историй болезни 48% пациентов поступили с диагнозом или подозрением на мезентериальный тромбоз, 5% – с хронической абдоминальной ишемией, 5% – с диагнозом острый живот, 21% – с диагнозом острая кишечная непроходимость, 8% – с подозрением на перитонит, и 13% составили другие диагнозы. Лапароскопия с последующей санацией и дренированием брюшной полости выполнена у 90% пациентов, резекция кишечника по поводу сегментарного некроза – у 10%. После оперативного вмешательства у 18% пациентов состояние было расценено как хроническая абдоминальная ишемия (9% из них умерли), у 82% послеоперационный диагноз – «мезентериальный тромбоз» (69% из них умерли).

Выводы. Грозным осложнением абдоминальной ишемии является развитие мезентериального тромбоза. Несмотря на достижения современной хирургии, лечение пациентов с данной патологией нередко остается неудовлетворительным, что может быть связано с превалированием лиц пожилого и старческого возраста в структуре заболеваемости, наличием тяжелой сопутствующей патологии, поздней обращаемостью за медицинской помощью и другими причинами. Так же затруднительна диагностика абдоминальной ишемии как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах медицинской помощи.

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОЧАГОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.В. Седненкова, В.С. Кузьменкова

Научный руководитель – асс. С.Н. Шаева

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии

Цель. Определить возможные факторы риска развития и преобладающие формы доброкачественных очаговых заболеваний молочной железы (ДОЗМЖ) у женщин разных возрастных групп. Выявить наиболее часто применяемые хирургические методы лечения ДОЗМЖ на базе отделения оперативной онкологии СОКБ.

Материалы и методы. В ходе исследования за период с 01.01.12 по 31.12.14 год был проведён ретроспективный анализ историй болезни 147 женщин. При анализе учитывали возраст, репродуктивную функцию, наследственный анамнез, данные инструментальных методов исследования и выбранный метод лечения.

Результаты. Средний возраст пациенток с фиброзно-кистозной мастопатией (ФКМ) составил 48,6 года, с фибroadеномой – 34,3 года, с кистами молочной железы (МЖ) – 25,7 года. У 47 (32%) женщин репродуктивная функция была не реализована, а у 59 (40,1%) в анамнезе только одни роды. Следует отметить преобладание городского населения – 84 (57,1%) женщин, хотя СОКБ преимущественно обслуживает пациентов из районов области. Отягощённый наследственный анамнез по злокачественным опухолям был выявлен у 11 (7,6%) женщин, с наибольшей частотой встречался рак молочной железы (РМЖ) – 46 (31,3%) случаев. У 66 (44,9%) женщин была выявлена фибroadенома и у 44 (29,9%) – узловая форма ФКМ, в 34 (23,1%) случаях они сочетались, у 3 (2%) – киста МЖ. Большинство, 129 женщин (87,8%), самостоятельно обнаружили у себя образование в МЖ. При этом 84 (65,1%) пациентки обратились за медицинской помощью в течение 3-5 месяцев. Все пациентки предъявляли жалобы на наличие опухолевидного образования в МЖ, на ноющую боль – 12 (8,2%) и чувство дискомфорта – 30 (20,4%). У большинства (128 женщин (87,1%)) наблюдалось поражение верхнего наружного квадранта МЖ, лишь у 3 (2%) ДОЗМЖ локализовалась в верхнем внутреннем квадранте. УЗИ МЖ позволило выявить патологию в 146 (99,3%) случаях, но в 26 (17,7%) потребовались и другие методы исследования: у 18 (12,3%) – маммография, у 19 (13%) – пункция опухолевидного образования МЖ с последующими гистологическим и цитологическим исследованиями. Всем женщинам была выполнена секторальная резекция МЖ, с обязательным интраоперационным гистологическим исследованием, которое в 127 (86,4%) случаях подтвердило доброкачественную природу образования, а в 20 (13,6%) – был выявлен рак молочной железы, что было показанием для расширения оперативного вмешательства – была выполнена радикальная мастэктомия по Маддену. Послеоперационный период в основном протекал без особенностей, лишь у 3 (2%) пациенток отмечалось нагноение послеоперационной раны. Средний срок пребывания в стационаре составил 11 дней.

Выводы. Нереализованная репродуктивная функция, отягощённый наследственный анамнез по злокачественным образованиям, городской образ жизни, возможно, способствовали развитию ДОЗМЖ. Преобладающими формами ДОЗМЖ являлись фибroadенома и узловая форма ФКМ. Операцией выбора при ДОЗМЖ является секторальная резекция со срочным интраоперационным гистологическим исследованием.

СПОСОБЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ЗАБРЮШИННЫХ ПРОСТРАНСТВ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ЛИМФОКИСТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ВЕРТГЕЙМА

М.Н. Секерская

Научные руководители – проф. В.И. Соловьев, асс. И.Е. Захарова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра онкологии

Цель. Установить частоту забрюшинных лимфатических кист после расширенной пангистерэктомии у больных раком шейки матки, а также обосновать наиболее приемлемый способ дренирования забрюшинных пространств таза (ЗПТ).

Задачи. Определить частоту формирования забрюшинных лимфатических кист после расширенной пангистерэктомии по поводу рака шейки матки при использовании двух методов дренирования – через переднюю брюшную стенку и через культю влагалища и провести сравнительный анализ их эффективности.

Материалы и методы. За период с 2012 по 2014 год было изучено 188 историй болезни пациенток после расширенной пангистерэктомии по поводу рака шейки матки. Из них 64 (34%) были женщины фертильного возраста (2012 г. – 19 женщин, 2013 г. – 22, 2014 г. – 21), 124 (66%) женщины в возрасте – 46-71 год (2012 г. – 38 женщин, 2013 г. – 45, 2014 г. – 43). Распространенность патологического процесса при раке шейки матки: I (а) стадия у 67 (36%) с диагнозом «микроинвазивный рак шейки матки», I (б) – II (б) стадия – у 121 (64%) с диагнозом «инвазивный рак шейки матки».

Результаты. Из 188 радикально оперированных больных раком шейки матки послеоперационные забрюшинные лимфатические кисты возникли у 49 пациенток (26%). Дренирование ЗПТ через переднюю брюшную стенку было проведено 116 (66%) женщинам (2012 г. – 28 (14,8%) женщин, 2013 г. – 46 (24,4%), 2014 г. – 42 (22,3%)), через культю влагалища – 72 (34%) женщинам (2012 г. – 17 (9,4%) женщин, 2013 г. – 36 (19,6%), 2014 г. – 18 (15%)). Наибольший процент осложнений приходился на возрастную группу 46-71 год и составил 13,5% (26 женщин) (в 2012 г. – 2 (4,5%), в 2013 г. – 3 (5,5%), в 2014 г. – 2 (2,5%)), тогда как у женщин фертильного возраста осложнения были у 12,5% (23 женщины) (в 2012 г. – 3 (5,5%) женщины, в 2013 г. – 2 (2,7%), в 2014 г. – 3 (5,3%)).

У всех больных в начальном периоде сохранялась нормальная температура тела, отсутствовали боли. Из 49 больных у 35 (71%) температура тела не повышалась вообще, у остальных повышение температуры тела выше 37,5°C наблюдалось позднее 8 дня после операции и держалось от трех до десяти и более дней. Однако все наблюдаемые предъявляли жалобы на тупые ноющие боли в нижней части живота, которые носили нарастающий характер. У 4 (5%) больных имелась отечность верхней трети бедра, которая затем распространялась на среднюю треть и голень, наблюдалась отечность области лобка, паховых складок, больших и, реже, малых половых губ. Из 49 больных консервативный метод лечения применялся у 30 (59,5%) пациенток (из них у 6 лимфатическая киста вскрылась самопроизвольно), пункция лимфатической кисты проводилась 6 больным (11,9%), а оперативное вмешательство потребовалось 13 (28,6%) больным (3 из них предварительно производилось пункция лимфатической кисты). Из них 37 (42,9%) больным был поставлен дренаж через переднюю брюшную стенку, 12 (8,64%) – через культю влагалища.

Выводы. У каждой четвертой больной после расширенной пангистерэктомии по поводу рака шейки матки сформировалась забрюшинная лимфатическая киста. При дренировании через переднюю брюшную стенку забрюшинные лимфатические кисты таза после расширенной пангистерэктомии формировались чаще. Таким образом, оптимальным методом дренирования забрюшинных пространств малого таза после расширенной пангистерэктомии у больных раком шейки матки можно считать дренирование через культю влагалища.

ДООПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИЧИН СИНДРОМА ОСТРОЙ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

А.С. Сергеева, С.В. Кливиткин

Научный руководитель – доц. Д.С. Лабузов

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра детской хирургии*

Цель. Провести оценку методов диагностики острых заболеваний мошонки у детей.

Материалы и методы. В группу исследования вошли 22 мальчика с синдромом острой мошонки, находившиеся на лечении в клинике детской хирургии. Возраст пациентов составил от 4 до 15 лет. При поступлении проведены сбор анамнеза, физикальное исследование и диафаноскопия. Выполнялось УЗИ с доплерографией органов мошонки и семенного канатика. Исследование проводилось на ультразвуковом сканере MyLab 30 (Италия), с применением линейных датчиков, с частотой 7,5-12 МГц, с использованием режимов серошкальной эхографии (В-режим) и цветового доплеровского картирования (ЦДК). Исследование проводилось на стороне поражения и контралатерально. Все дети оперированы, с учетом активной хирургической тактики при острых заболеваниях мошонки. Проведена сравнительная оценка дооперационных данных и интраоперационных находок.

Результаты. После проведения клинического исследования, которое включало осмотр и пальпацию пахово-мошоночной области с обязательной оценкой данных анамнеза и диафаноскопии, только у 5 пациентов (22%) можно было судить о причинах синдрома острой мошонки. У 3 пациентов имелись типичные указания в анамнезе и клинические проявления для заворота яичка – острое начало, распространение болей выше по ходу семенного канатика, подтягивание яичка в верхнюю треть мошонки. У 2 мальчиков были характерные проявления для острого поражения гидатиды придатка яичка в виде симптома «темной точки» и локальной точечной болезненности. При проведении УЗИ мошонки в В-режиме и ЦДК в дооперационном периоде установлены различные причины развития острой мошонки. Эхо-признаки острого поражения гидатид обнаружены у 10 пациентов. Признаки заворота яичка имелись у 5 мальчиков, у 1 пациента с признаками некроза яичка. У 3 мальчиков объективных данных за поражение гидатид и заворот яичка не обнаружено, но имелись признаки увеличения придатка и яичка с изменением их эхо-структуры. У 19 (86,4%) из 22 пациентов отмечено совпадение эхографических данных и интраоперационных находок.

Выводы. Ультразвуковое исследование органов мошонки и семенного канатика несет высокие диагностические возможности (до 90%). Данное исследование с обязательным учетом клиничко-анамнестических данных вносит дифференцированный подход к синдрому острой мошонки у детей.

ПОКАЗАНИЯ К УСТАНОВКЕ И ОСЛОЖНЕНИЯ ИМПЛАНТАЦИИ КАВА-ФИЛЬТРОВ

С.В. Середа, К.А. Бочарова

Научный руководитель – асс. В.В. Виноградов

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской хирургии*

Цель. Изучить показания для установки кава-фильтра. Определить эффективность использования кава-фильтра с целью предупреждения тромбоэмболии легочной артерии в долгосрочной перспективе у пациентов высокого риска тромботических осложнений. Проанализировать осложнения, возникшие после имплантации.

Материалы и методы. Данные историй болезни пациентов отделения рентгенэндоваскулярной хирургии Городской КБ № 1, которым был имплантирован кава-фильтр.

Результаты. За период 2011-2014 гг. кава-фильтры были имплантированы 54 больным в возрасте от 23 до 82 лет, из них женщины составили 78%, мужчины – 22%. Показанием к установке было наличие флотирующего тромбоза. С целью предотвращения миграции тромбоэмболов, имплантация кава-фильтра рассматривается нами как надежная процедура. Мы не наблюдали развития тромбоэмболии у пациентов, которым имплантирован кава-фильтр на госпитальном этапе. Среди осложнений в литературе описаны: тромбоэмболия легочной артерии, окклюзия нижней полой вены, миграция кава-фильтра, тромбоз вены доступа, перфорация нижней полой вены с кровотечением в забрюшинное пространство, перфорация ножками устройства стенки брюшной аорты, неправильное положение кава-фильтра после имплантации, фрагментация кава-фильтра. В нашем исследовании в большинстве случаев имплантация кава-фильтра не имела осложнений. В двух наблюдениях отмечены перфорация стенки нижней полой вены и стенки брюшной аорты ножками кава-фильтра, а также тромбоз кава-фильтра.

Выводы. Предотвращение легочной эмболии – неотъемлемый компонент лечения больных с венозной тромботической болезнью. В ходе исследования имплантация кава-фильтра оказалась эффективным методом профилактики тромбоэмболических осложнений и была успешно проведена у большинства пациентов. У больных с имплантированным кава-фильтром рецидив тромбоэмболии легочной артерии в течение госпитального этапа отсутствовал.

ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ И ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ О БЛОКАТОРАХ H₂-ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ

К.В. Слабкая, М.В. Кобыльских

Научные руководители – доц. А.В. Крикова¹, доц. Н.А. Коньшко²

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра управления и экономики фармации¹, кафедра факультетской терапии²

Цель. Изучить потребительские предпочтения и осведомленность фармацевтических работников о блокаторах H₂-гистаминовых рецепторов, которые используются для лечения язвенной болезни желудка в г. Смоленске.

Задачи. Провести анкетирование конечных потребителей и фармацевтических работников.

Материалы и методы. Анкетирование специалистов (n=30), анкетирование потребителей (n=16). Эксперимент проведен на базе 4 аптек г. Смоленска различной формы собственности.

Результаты. Анализ потребительских предпочтений выявил, что 37,5% респондентов страдают язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки, еще 37,5% опрошенных не знают, есть ли у них такие заболевания, а 25% – точно знают об отсутствии у них этих заболеваний. При выборе лекарственных препаратов 93,8% респондентов выбирают лекарственный препарат на основании рекомендаций врача, а 6,3% препарат порекомендовали знакомые. Большинство респондентов считают, что наиболее полную информацию о лекарственном препарате можно получить от врача (55%) и из аннотации (20%). Среди конечных потребителей практически все знакомы с препаратами данной группы, причем преимущественно с ранитидином (32,4%). Фармацевты и провизоры в 51,7% случаев рекомендуют конечным потребителям блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, в 41,4% – делают это лишь иногда, а в 6,9% – специалистам не приходилось рекомендовать данные препараты. Анкетирование показало, что средняя оценка знакомства аптечных работников с данной группой препаратов – 6,5 баллов (из 10 баллов). Респонденты считают, что наиболее важным качеством препарата является эффективность (80%), затем

безопасность и качество (45%), стоимость (30%), а меньше всего, по мнению специалистов, важны быстрота эффекта (20%), простота применения (15%) и длительность курса лечения (10%).

Выводы. В ходе эксперимента установлено, что конечным потребителям знакомы блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов. Анкетирование показало, что средняя оценка знакомства аптечных работников с данной группой препаратов – 6,5 балла. При выборе лекарственных препаратов изучаемой группы для фармацевтических работников наиболее важны эффективность, безопасность, качество, стоимость и меньше всего, быстрота эффекта, простота применения и длительность курса лечения.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Н.С. Сляднева

Научный руководитель – доц. Д.С. Лабузов

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии

Цель. Определить преимущества лапароскопической герниорафии перед другими методами оперативного лечения паховых грыж у детей путем ретроспективного статистического анализа двух методов: открытой и лапароскопической герниорафии по нескольким параметрам.

Материал и методы. Основная группа (I) – 11 детей (7 мальчиков и 4 девочки) с врожденными паховыми грыжами, которым была выполнена лапароскопическая герниорафия. Группа сравнения (II) – 20 детей (14 мальчиков и 6 девочек), которым выполнено классическое грыжесечение по методике Дюамеля: у мальчиков лигированием шейки грыжевого мешка, у девочек лигированием шейки грыжевого мешка без пересечения круглой связки матки. Возраст пациентов – от 1 года до 15 лет. Дети находились на стационарном лечении в клинике детской хирургии СГМУ в 2014-2015 гг.

Результаты. В I группе встречались следующие варианты грыж: односторонняя правосторонняя грыжа у 5 пациентов, односторонняя левосторонняя – у 2 и двусторонняя – у 2 пациентов, при этом клинически наличие грыжи с одной стороны не определялось; во II группе односторонняя правосторонняя грыжа – у 12 пациентов, односторонняя левосторонняя – у 3 и двусторонняя – у 5. Время оперативного вмешательства в I группе составило: до 30 мин – 2 случая, 30-50 мин – 7 случаев, 50-60 мин – 2 случая, во II группе до 30 мин – 15 случаев, 30-50 мин – 5. Увеличение времени операции обусловлено двусторонним вмешательством и техническими сложностями. Послеоперационный период протекал без осложнений в обеих группах. Стоит отметить минимальный болевой синдром у детей I группы, при этом только у 2 пациентов потребовалось назначение анальгетиков, напротив, во II группе у 12 пациентов был болевой синдром (из них у 4 – с двусторонней грыжей). Случаев ранних послеоперационных осложнений не выявлено в обеих группах.

Выводы. Главным преимуществом лапароскопического доступа является возможность выявить незаращение вагинального отростка с контралатеральной стороны и одновременно выполнить двустороннюю лапароскопическую герниорафию. Лапароскопическая герниорафия у мальчиков является малотравматичным и эффективным методом лечения паховых грыж, так как исключает операционную травму элементов семенного канатика. Недостаток метода лапароскопической герниорафии на этапе освоения методики – удлинение времени операции.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Н.В. Соколов

Научный руководитель – доц. Т.В. Уласень, доц. Е.А. Северова
Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Цель и задачи. Оценить психомоторное развитие детей с ранним детским аутизмом (РДА) в сравнении с условно-здоровыми детьми той же возрастной группы.

Материалы и методы. В исследуемую группу (ИГ) включены 10 детей с диагнозом РДА в возрасте до 9 лет. Контрольную группу (КГ) составили 10 условно-здоровых детей. Использовались методы: анкетирование родителей, бабушек и дедушек, наблюдение и аналитический.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования выявлено, что 70% отцов у детей ИГ были старше 30 лет, в КГ 90% отцов – младше 30 лет. Матери в 50% случаях были старше 30 лет у детей ИГ, а в КГ в 80% – младше 30 лет. Все аутисты родились и росли в городе, а в КГ – 60% городских детей. В 80% случаев анамнез РДА был поставлен после двух лет жизни ребенка. У детей с РДА были выявлены следующие клинически значимые проявления: 70% – говорят о себе во втором и третьем лице, 90% – повторяют отдельные слова, у 80% – запоздалые реакции на просьбы, 80% – поздно откликаются на имя, 100% – трясут головой, руками и раскачиваются, 80% – ходят на носочках, 70% – боятся незнакомых людей, 70% – боятся яркого света и темноты, 70% – боятся громких звуков, 70% – играют с неигровыми предметами, у 70% – страдают навыки самообслуживания, для 100% – характерно ритуальное поведение, у 80% – ограничен круг интересов. Обнаружено, что дети с РДА не могут упорядочить для себя окружающий мир, устанавливать причинно-следственные отношения. При сравнении навыков психомоторного развития детей КГ и ИГ выявлено, что уже в возрасте девяти месяцев у детей ИГ имели место отклонения от нормы: присутствовали патологические привычки: раскачивание туловища, закрывание лица руками при виде взрослого. С 2 лет наблюдалось отставание в психическом развитии: задерживалось формирование речи, отсутствовало наглядно-действенное мышление, дети оказывались невосприимчивыми к эмоциональному поведению окружающих, неадекватно ситуации проявляли эмоции, не стремились к самостоятельности, не проявляли любознательности.

Выводы. Возможным фактором риска рождения детей с РДА являлся возраст родителей старше 30 лет ($p < 0,05$). Клинические проявления РДА диагностировались у детей старше двух лет, когда начинали формироваться навыки социального общения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ИЗМЕРЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ НА МОДЕЛИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЕЙВЛЕТ-ПРЕОБРАЗОВАНИЙ

С.С. Соколовский¹, А.С. Касумьян²

Научные руководители – проф. А.В. Леянов², доц. Ю.В. Штоцкий¹
Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»¹,
Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской хирургии²

Современные технологии измерения внутрибрюшного давления (ВБД) не учитывают внебрюшные факторы, способные негативно повлиять на результаты регистрации этого показателя.

Цель. Оптимизировать технологию измерения ВБД путём уменьшения влияния дыхательных циклов и произвольных актов мышечной активности на показания датчика давления применением при обработке сигналов вейвлет-преобразований.

Материалы и методы. Исследования проводили на фантоме в виде ёмкости, наполняемой водой, имитирующей брюшную полость. Давление водяного столба в ёмкости, которое соответствовало величине ВБД, измеряли встроенным эталонным модулем давления Метран-518 (28К). На дне ёмкости фиксировали полимерный мешок объёмом 100 мл, имитирующий мочевой пузырь, в который вводили катетер Фолея. К катетеру Фолея подсоединяли измерительную систему, состоящую из трёхходового крана, датчика давления MPXV5010GP и шприца объёмом 20 мл для введения физиологического раствора. Движение диафрагмы пациента в циклах дыхания, а также его двигательную активность моделировали путём механического воздействия на специальную эластичную камеру, заполненную водой и сообщающуюся с моделью брюшной полости. Измерения ВБД проводили в диапазоне от 10 до 25 мм рт. ст. с шагом 5 мм рт. ст. Сигналы с выхода датчика давления записывали с помощью цифрового осциллографа, подключённого к ПК, данные сохраняли в файлах с расширением *.txt. Для обработки полученных результатов использовали пакет Wavelet Toolbox MATLAB.

Результаты. Установлено, что при моделировании дыхательных циклов в серии экспериментов относительная погрешность измерения ВБД на интервале выдоха без предварительной обработки сигналов составила $11,0 \pm 3\%$, а при моделировании мышечной дрожи достигла $18,0 \pm 6\%$. Использование алгоритма, реализованного средствами MATLAB, заключающегося в усреднении сигнала с последующим выделением его переменной составляющей, с использованием вейвлет-преобразования (вейвлет Добеши db4), оптимальной пороговой обработкой детализирующих коэффициентов и их реконструкцией позволило получить относительную погрешность измерения не более 5%.

Вывод. Проведённые исследования свидетельствуют о целесообразности применения математических методов вейвлет-преобразований сигналов для уменьшения влияния внебрюшных факторов при измерении ВБД.

САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ, ИМЕВШИХ РАЗЛИЧНЫЕ ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

В.С. Старюк, М.В. Истратова, М.А. Ермашева
Научный руководитель – проф. В.Н. Шестакова
Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра поликлинической педиатрии

Одним из важнейших компонентов самосознания личности считается самооценка, которая формируется поэтапно. В школьном возрасте самооценка становится более реальной, полной и стабильной. Поэтому в данной работе уточнялось влияние вредных привычек на самооценку подростков мужского пола в возрасте 12-17 лет. Как известно, проблема употребления алкоголя, табака и наркотиков очень актуальна в наши дни. Сейчас их потребление характеризуется огромными цифрами. От этого страдает все общество. Ведь алкоголь, табак и наркотики особенно активно влияют на несформировавшийся организм, постепенно разрушая его.

Цель. Провести самооценку состояния здоровья подростков мужского пола, имевших различные вредные привычки.

Материалы и методы. Для определения самооценки использовали методику, состоящую из пяти шкал: «Успешность учебной деятельности», «Авторитет у одноклассников», «Поведение», «Внешность» и «Здоровье». Мальчикам-подросткам предлагалось оценить себя в каждой по 7-балльной шкале. В проведенном тестировании приняли участие 134 респондента, двух возрастных групп (I основная группа – 39 подростков в возрасте 12-14 лет и II основная группа – 35 подростков в возрасте 15-17 лет, которые имели вредные привычки). В I и II группы сравнения включены школьники мужского пола по 30 человек в возрасте 12-14 и 15-17 лет соответственно.

Результаты. Оказалось, что самооценка у детей I (6,2 балла) и II (5,9 балла) групп сравнения лучше, чем в I (4,5 балла) и II (4,1 балла) основных группах ($p < 0,05$). Школьники I (5,5 баллов) и II (5,0 баллов) групп сравнения оценивали свои успехи в учебе выше, чем I (3,8 балла) и II (4,0 балла) основных групп. Подростки I и II групп сравнения авторитет у одноклассников связывали в большей степени с состоянием здоровья и поведением, в меньшей степени с внешностью и успехами в учебе, в то время как – I и II основных групп – с успешностью в обучении, внешностью и поведением, но не с состоянием здоровья. Они чаще имели завышенную (38,5 и 37,1% соответственно) или заниженную самооценку (33,3 и 34,3% соответственно), в то время как подростки групп сравнения чаще имели адекватную самооценку (76,6 и 83,3% против 28,2 и 28,65 соответственно, $p < 0,05$).

Вывод. Подростков, которые имеют вредные привычки, необходимо включать в группу высокого риска по нарушению адаптации и поведенческим реакциям.

СРАВНЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ *LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS* И *LACTOBACILLUS PLANTARUM*

С.С. Сухова, Е.С. Кришталева

Научный руководитель – ст. преп. Н.А. Фролова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра микробиологии

Цель. Изучить чувствительность производственных штаммов *Lactobacillus acidophilus* и *Lactobacillus plantarum* к различным антибиотикам.

Задачи. Определить чувствительность производственного штамма *Lactobacillus acidophilus* к антибиотикам в аэробных условиях и в условиях микроаэрации (в эксикаторе со свечой).

Провести сравнительный анализ антибиотикорезистентности производственных штаммов *Lactobacillus acidophilus* и *Lactobacillus plantarum* к различным антибиотикам.

Материалы и методы. В работе были использованы штаммы лактобацилл: *Lactobacillus acidophilus* (препарат Аципол) и *Lactobacillus plantarum* (препарат Лактобактерин), питательная среда – лактобакагар. Для работы использовали диско-диффузионный метод. Из используемой чистой культуры микроорганизмов готовили взвесь, соответствующую оптическому стандарту мутности на 0,5 ед. по (McFarland) ($1,5 \times 10^8$ КОЕ/мл). Часть засеянных чашек Петри с расположенными на них дисками с антибиотиками мы оставили в аэробных условиях, а часть поставили в эксикатор. Затем чашки выдерживали в термостате при температуре 37°C, в течение 48-72 часов, как и требует метод.

Были использованы антибактериальные препараты различных групп: пенициллины (оксациллин, ампициллин), цефалоспорины (цефазолин, цефуроксим, цефотаксим, цефепим), карбапенемы (меропенем, эртапенем), аминогликозиды (гентамицин, амикацин), макролиды (эритромицин, азитромицин), хинолоны (норфлоксацин, левофлоксацин), гликопептиды (ванкомицин), линкозамиды (клиндамицин, линкомицин).

Результаты. *Lactobacillus acidophilus* оказалась устойчива к 3 видам антибиотиков: цефотаксиму, норфлоксацину, левофлоксацину. В то время как *Lactobacillus plantarum* резистентна к цефотаксиму, гентамицину, амикацину, эритромицину, азитромицину, левофлоксацину, ванкомицину. Диаметр зоны задержки роста в условиях эксикатора меньше чем в условиях микроаэрации.

Вывод. В аэробных условиях штаммы лактобацилл проявляют более высокую чувствительность к антибиотикам, чем в условиях микроаэрации. *L. plantarum* оказалась резистентна к большему числу антибиотиков, чем *L. acidophilus*.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ

А.В. Тиханкова, А.С. Суманеева

Научный руководитель – доц. Т.И. Смирнова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического и стоматологического факультетов

Цель. Оценить эффективность лечения эктопии шейки матки деструктивными методами.

Задачи. Изучить возрастную структуру женщин с эктопией шейки матки, проанализировать особенности репаративного периода после применения различных деструктивных методов лечения.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 150 историй болезни женщин в возрасте от 17 до 57 лет, из них у 102 (68,0%) пациенток выявлена эктопия шейки матки. Всем пациенткам проводились для уточнения диагноза обзорная и расширенная кольпоскопия, бактериоскопическое, бактериологическое, цитологическое и патоморфологическое исследования, затем комплексная противовоспалительная терапия и коррекция микробиоценоза влагалища. Из деструктивных методов применялись: химическая коагуляция (2,9%), диатермоэлектрокоагуляция (84,3%), диатермокоагуляция (10,8%). У пациенток до 25 лет применялись диатермоэлектрокоагуляция в 87,5% случаев и химическая коагуляция – в 12,5%.

Результаты. При анализе возрастной структуры пациенток выявлено, что до 25 лет эктопия шейки матки встречалась в 22,5% случаев, от 26 до 35 лет – в 56,9%, от 36 до 45 лет – в 15,7%, старше 45 лет – в 4,9%. Помимо эктопии шейки матки у женщин наблюдались следующие заболевания: кольпит (8,8%), хронический цервицит (6,9%), лейкоплакия шейки матки (3,9%), миома матки (2,9%), кисты эндоцервикса (1,9%), лейкоплакия вульвы, СПКЯ и герпетическое поражение эпителия шейки матки по 1,0% соответственно. Для лечения применялись вагинальные свечи (декспантенол с хлоргексидином, тержинан), перорально флуконазол 150 мг на фоне гормональной контрацепции (Джес, Линдинет-30).

При динамическом мониторинге с применением кольпоскопии установлено, что через 4 недели наблюдалась полная эпителизация у 70,2% женщин, частичная эпителизация – у 19,8%, отсутствие эффекта – у 9,8%; через 8 недель – полная эпителизация – у 95,3% пациенток, частичная эпителизация – у 3,3%, отсутствие эффекта – у 1,4%.

Выводы. Эктопия шейки матки наиболее часто встречалась в возрасте от 25 до 35 лет – 56,9%. Положительная динамика отмечена у 98,6% пациенток, что доказывает высокую эффективность лечения эктопии шейки матки деструктивными методами.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЭРДГЕЙМА. ПРИЧИНЫ ВЫСОКОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ

М.С. Тихомирова, Д.А. Постоялко

Научный руководитель – проф. А.Д. Лелянов

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии

Синдром Эрдгейма (аневризма аорты) обусловлен деструктивным поражением эластического каркаса средней оболочки аорты с развитием специфических патоморфологических изменений, расслоения и разрыва её стенки.

Цель и задачи. Установить частоту синдрома Эрдгейма в структуре летальных исходов аневризм грудной аорты по данным патоморфологических исследований выполненных в КБСМП за 2013-2014 гг. На основании анализа медицинской документации определить сроки наступления смерти от начала появления первых признаков расслоения аневризмы аорты.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 27 протоколов патологоанатомического исследования, умерших вследствие расслоения грудной аорты.

Результаты. Синдром Эрдгейма в структуре причин летальных исходов осложнений аневризм грудной аорты составил 11% случаев (у 3 из 27 умерших). Все больные в течение последних лет лечились от гипертонической болезни. Летальный исход заболевания от начала появления первых признаков расслоения аорты (загрудинные боли и развитие кардиодинамических нарушений) наступал в течение суток. Клинические симптомы манифестировали острую коронарную недостаточность, однако показания ЭКГ позволили исключить нарушения коронарного кровотока. Прижизненная диагностика у всех больных с синдромом Эрдгейма отсутствовала. Отмечалось расслоение стенок аорты до брюшного отдела. Характерный признак синдрома Эрдгейма — медионекроз — был выявлен только при патоморфологическом исследовании препаратов стенки аорты.

Выводы. Синдром Эрдгейма является редкой тяжелой формой аневризмы аорты. Прижизненная диагностика редка из-за быстрого развития не корригируемых сердечно-сосудистых нарушений, обусловленных расслоением и разрывом стенки аорты.

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

О.А. Тихонова

Научный руководитель – доц. Т.И. Смирнова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического и стоматологического факультетов

Цель. Изучить течение беременности, родов и перинатальные исходы при гестационном сахарном диабете (ГСД) на примере родильного отделения ОГБУЗ «КБ №1» г. Смоленска.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализировано 48 историй родов и историй развития новорожденного за 2013-2014 гг. (16 и 32 истории соответственно).

Результаты. Частота ГСД неуклонно растет: в 2013 году данная патология выявлена у 16 беременных, в 2014 – у 32. Определены факторы риска развития ГСД: возраст старше 30 лет (в группе 20-29 лет было 50% респонденток, 30-39 лет – 43,8%, старше 40 – 6,25%), избыточная масса тела (ИМТ) и ожирение (ИМТ была у 12,5% женщин, ожирение I степени – у 20,8%, II степени – у 18,8%, III – у 8,3%, IV – у 2,1%), наличие сахарного диабета у родственников (14,6%), осложненный акушерский анамнез (медикаментозный аборт у 41,8% женщин, самопроизвольный – у 8,1%, ранняя неонатальная гибель плода – у 2,1%), рождение крупных детей в анамнезе (10,4%), повышенное артериальное давление (у 41,7%), многоводие (27% заключений скринингового УЗИ), макросомия плода (20,8% по данным УЗИ).

Средний срок выявления ГСД составил 30 недель, хотя 71,2% беременных встали на учет в женской консультации до 20 недель беременности, и первые признаки заболевания прослеживались у некоторых женщин в сроке 10-19 недель. У 43,8% данная беременность протекала с угрозой ее прерывания. В связи с декомпенсацией ГСД и сопутствующей патологией, путем операции кесарева сечения были родоразрешены 39,6% пациенток. Причем 7% родоразрешились в сроке 37 недель беременности и ранее. Гипергликемия, глюкоз- и кетонурия отмечены у 60,4% родильниц в послеродовом периоде.

У 29,4% новорожденных отмечены признаки перенесенной хронической гипоксии, у 15,7% – морфологическая незрелость, по 13,7% – острая асфиксия и гипогликемия, у 11,8% – диабетическая фетопатия.

Выводы. Для профилактики возникновения ГСД у женщин, а также негативных последствий для матери, плода и новорожденного следует рекомендовать выявление групп высокого риска с целью проведения прегравидарной подготовки (нормализации массы тела, контроля гипергликемии и уровня артериального давления). Необходимо тщательное

наблюдение за беременными группы риска, проведение своевременного скрининга для ранней диагностики ГСД, что позволит улучшить перинатальные исходы.

БЛИЗКИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Н.В. Трегулова

Научный руководитель – д.м.н., доц. Н.Ю. Крутикова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра поликлинической педиатрии

Цель. Изучение близких и отдаленных последствий перинатального поражения центральной нервной системы (ППЦНС) у детей.

Материалы и методы. Всего проанализировано 80 историй развития детей, из них: 40 историй развития детей первого года жизни: 1-я группа – дети с ППЦНС (n=20), 2-я группа – здоровые дети I и II групп здоровья (n=20), 40 историй развития детей 14 лет: 1-я группа – дети с ППЦНС в анамнезе (n=20), 2-я группа – здоровые дети (n=20).

Результаты. У детей первого года жизни установлено, что в 1-й группе преобладали: у 30% – пневмония, у 15% – гнойный конъюнктивит, у 10% – дисплазия тазобедренных суставов, у 10% – мышечная кривошея. Последствия перинатального поражения в конце первого года жизни выявлены у 65%, они выражались в задержке психического развития у 10% детей, задержке моторного развития – у 10%, синдроме вегетативно-висцеральной дисфункции – у 45%. У детей 2-й группы на протяжении года преобладали: у 15% – атопический дерматит, у 10% – анемия, у 5% – лактазная недостаточность.

У детей 14 лет в 1-й группе выявлены: сколиоз I-II степени – у 75% детей, вегетососудистая дистония (ВСД) – у 40%, плоскостопие – у 30%, дискенезия желчевыводящих путей (ДЖВП) – у 30%, диффузный нетоксический зоб – у 20%, хронический гастродуоденит – у 20%, патология органа зрения – у 15%. У детей из 2-й группы выявлены: сколиоз I степени – у 25% детей, патология органа зрения – у 45%, хронический гастродуоденит – у 15%, ВСД – у 10%, плоскостопие – у 10%, ДЖВП – у 10%, диффузный нетоксический зоб – у 10%.

Вывод. Первый год жизни ребенка и подростковый период занимают ведущее место по напряженности происходящих в организме морфофункциональных перестроек. Клиническая картина близких и отдаленных последствий ППЦНС у детей вариабельна, проявляется расстройствами нервно-психического развития, вегетативными расстройствами, ортопедической патологией, патологией со стороны органа зрения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА

Н.В. Трегулова, Е.Д. Коршкова

Научный руководитель – доц. А.И. Грекова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней у детей

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) как одна из герпетических инфекций является актуальной проблемой в педиатрии и связана с широкой циркуляцией герпетических вирусов среди населения.

Цель. Изучение этиологии и клинико-лабораторных особенностей ИМ у детей.

Материал и методы. Проанализирована 91 история болезни детей с ИМ, находившихся в детском инфекционном отделении ОГБУЗ «КБ № 1» в 2014 году.

Результаты. Дети поступали в стационар в разные сроки заболевания: в первые трое суток – 35,2% детей, на четвертые-шестые сутки – 30,8%, свыше шести суток – 34%. Диагноз ИМ был поставлен при поступлении в стационар только у 23% детей, остальные поступали

с другими диагнозами: ОРВИ – 36,3%, ангина – 21%, скарлатина – 2,2%, паротитная инфекция – 1%, без диагноза – 16,5%. В 66% случаев ИМ встречался у мальчиков, в 34% – у девочек. Детей до трех лет было 34%, с трех до шести лет – 47,3%, старше шести лет – 18,7%. Наиболее часто данное заболевание встречалось в весенне-летний период – 68,2%. При изучении этиологии установлено, что ИМ вызывался вирусом Эпштейна Барра (IV типа) в 38,8% случаев, вирусом герпеса VI типа – в 22%, цитомегаловирусом (V типа) – в 1%, смешанной этиологии (IV и VI типы – в 27,5%, V и VI типы – в 7,7%, IV, V, VI типы – в 3,3%). В клинической картине преобладали среднетяжелые формы заболевания – 97,8%. ИМ протекал типично со следующими симптомами: лихорадка (82,4%), синдром острого тонзиллита (ангина) (97,8%), аденоидит (91,5%), лимфоаденопатия (90%), гепатоспленомегалия (78%), синдром экзантемы (10%). Диагноз ИМ в 100% был подтвержден лабораторно. У 61,5% больных в общем анализе крови отмечался диагностический титр атипичных мононуклеаров (свыше 10%). Обнаружение вируса: из крови методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) – у 82,4% детей, из ротоглотки методом ПЦР – у 45%. Синдром цитолиза наблюдался у 38,4% детей.

Вывод. В этиологии ИМ играют роль различные герпетические вирусы (IV, V, VI типы). ИМ у большинства детей протекал типично, однако отмечена поздняя госпитализация, связанная с недостаточной диагностикой на догоспитальном этапе.

КИШЕЧНЫЙ ШОВ

П.И. Федорин, А.В. Мордовский, В.Ю. Королев
Научный руководитель – доц. С.В. Шаматкова

*Смоленский государственный медицинский университет
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии*

В настоящее время успехи современной абдоминальной хирургии не уменьшают проблем несостоятельности кишечного шва при повреждении полых органов желудочно-кишечного тракта.

Цель. Разработка техники кишечного шва, обеспечивающего оптимальные условия для заживления раны.

Материалы и методы. В эксперименте на свиньях выполнено 20 тонкокишечных и 10 толстокишечных анастомозов в двух сериях. В опытной серии формирование анастомоза осуществляли оригинальным швом. Сущность предлагаемого способа состоит в том, что сквозным возвратным швом прошивали стенку кишечной петли, после чего захватывали серозную оболочку или серозную и мышечную оболочки приводящей кишечной петли, швы завязывали с формированием узлов на серозной оболочке приводящей петли (Удостоверение на рационализаторское предложение № 1582 от 19.06.2013). В контрольной серии накладывали межкишечный анастомоз «конец в конец» однорядным узловым швом. После чего резецировали фрагмент кишечника длиной 15 см с участком анастомоза в центре. Изучение прочности и герметичности кишечного шва выполняли с использованием системы для создания и регистрации внутрикишечного давления в области анастомоза. В каждом случае давление нагнеталось до величины разрывного внутрикишечного напряжения, при котором происходит нарушение герметичности кишечного анастомоза.

В результате было выявлено преимущество оригинальной методики, особенно при выполнении толстокишечных анастомозов. Пиковое значение внутрикишечного давления, при котором наблюдается нарушение герметичности зоны анастомоза, в первой серии на 30-40±5 мм рт. ст. превышало значения во второй серии.

Выводы. Положительный эффект достигается благодаря уменьшению площади инвагинации. Это обеспечивает сохранность брыжеечного кровоснабжения и в последующем – создание благоприятных условий для репаративного процесса в зоне анастомоза.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЫНКА ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

А.М. Федотова

Научные руководители – доц. А.В. Крикова¹, доц. Н.А. Конышко²

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра управления и экономики фармации¹, кафедра факультетской терапии²

Цель. Изучить региональные особенности федерального и регионального рынка гепатопротекторных лекарственных препаратов (ЛП).

Задачи. Провести контент-анализ официальных источников информации, определить диапазон цен на гепатопротекторы в г. Смоленске.

Материалы и методы. Государственный реестр лекарственных средств (2014 г.), справочная литература, перечень жизненно важных лекарственных препаратов, установленный распоряжением № 1378-р от 30.07.2012, данные розничного аудита фармацевтического рынка Российской Федерации аналитического агентства IMS Health,

Результаты. Из 140 тысяч наименований лекарственных препаратов (ЛП), зарегистрированных в Государственном Реестре лекарственных средств РФ, гепатопротекторов 79 наименований. Препаратов исследуемых групп зарегистрировано: 7 международных непатентованных наименований (МНН), под торговыми наименованиями – 79 препаратов, изготавливаемых 53 фирмами-производителями в 12 странах мира (российских препаратов – 46, зарубежных лекарственных средств – 33). Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов включает 567 ЛП по МНН, среди которых 2 наименования гепатопротекторных препаратов: глицирризиновая кислота+фосфолипиды (фосфолипиды+глицирризиновая кислота) и урсодезоксихолевая кислота, доля которых в общем списке равна 0,35%. В РФ рынок гепатопротекторов характеризуется положительной динамикой прироста, по состоянию на 2013 год она составила 17%. На долю таких производителей, как Sanofi-Aventis, Abbott, STADA приходится 84-90% аптечных продаж. Установлено, что доля гепатопротекторов, отнесённых к перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в общем списке равна 0,53%. Анализ ассортимента, проведенный на базе 15 аптечных учреждений г. Смоленска, позволил определить диапазон цен на гепатопротекторы (от 181,64 до 2153,10 рублей). Большую долю составляют препараты высокой ценовой категории, к ним относятся оригинальные лекарственные препараты в капсульной форме выпуска.

Выводы. Гепатопротекторные лекарственные препараты достаточно широко представлены на фармацевтическом рынке г. Смоленска. Результаты исследований свидетельствуют о том, что фармакотерапия данной группой препаратов является дорогостоящим и длительным по времени процессом.

МЕСТО АНТАЦИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ В СОВРЕМЕННЫХ АЛГОРИТМАХ ТЕРАПИИ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

О.А. Шилкина

Научный руководитель – доц. Н.А. Конышко

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии

Актуальность проблемы кислотозависимых заболеваний связана со значительной распространенностью, низкой выявляемостью и зачастую неадекватным лечением данной патологии. Современные подходы к ведению пациентов с кислотозависимыми заболеваниями включают назначение антацидных препаратов в качестве адъювантной терапии к основному лечению.

Цель. Оценка информированности врачей о применении антацидных препаратов у беременных женщин с кислотозависимыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 32 терапевтов и акушеров-гинекологов учреждений здравоохранения г. Смоленска. Вопросы анкет включали профессиональные данные эксперта и экспертную оценку применения антацидных препаратов.

Результаты. Среди экспертов г. Смоленска, принимавших участие в опросе, преобладают эксперты, стаж работы по специальности которых от 10 до 20 лет, среди опрошенных большинство имеет высшую (37,5%) и вторую (31,25%) категории, 1 эксперт имеет ученую степень – кандидат медицинских наук. Эксперты достаточно неплохо знакомы с группой антацидных препаратов, средняя степень знакомства с данными препаратами – 6,3 баллов из 10. Шесть препаратов (Алмагель, Алмагель А, Гастал, Маалокс, Ренни, Фосфалюгель) были распределены в группу «риска». Алмагель Нео был отнесен в группу лекарственных средств, имеющих «неблагоприятную» конъюнктуру. На назначение препарата влияют следующие свойства: эффективность лекарственного препарата, побочные действия и противопоказания к его применению, необходимость медицинского контроля при приеме, взаимодействие с другими препаратами, форма выпуска, способ применения.

Выводы. Современные антацидные препараты занимают важное место в терапии кислотозависимых заболеваний, их преимуществом является быстрота действия и способность в кратчайшие сроки купировать клиническую симптоматику. Рациональное использование современных антацидов в комбинации с блокаторами H₂-гистаминовых рецепторов у беременных с кислотозависимыми заболеваниями позволяет в короткие сроки добиваться хороших клинических результатов и повышения качества их жизни.

ТЕХНОЛОГИЯ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ РЕКТАЛЬНЫХ СУППОЗИТОРИЕВ С ПАРАЦЕТАМОЛОМ ЗАВОДСКОГО ПРОИЗВОДСТВА И ЛАБОРАТОРНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ

А.Р. Элисова

Научные руководители – асс. К.И. Максименкова, доц. С.О. Лосенкова

Смоленский государственный медицинский университет

Кафедра фармацевтической технологии

Цель. Изготовить ректальные суппозитории с парацетамолом в лабораторных условиях методом выливания и провести их стандартизацию в сравнительном аспекте.

Материалы и методы. Жир свиной (тип А), субстанция парацетамола. В условиях лаборатории кафедры фармацевтической технологии были изготовлены ректальные суппозитории с парацетамолом согласно технологической схеме производства суппозитория. Парацетамол измельчали в ступке с частью расплавленного жира свиного, далее добавляли остальную часть основы и тщательно гомогенизировали. Затем полученную смесь заливали в суппозиторные формы и охлаждали до затвердевания суппозитория. Далее проводили стандартизацию суппозитория, изготовленных в условиях лаборатории, и суппозитория заводского производства (ООО «Альтфарм») по следующим показателям: органолептические свойства, однородность, отклонение в массе суппозитория, время полной деформации.

Результаты. При оценке качества суппозитория с парацетамолом было установлено, что оба образца представляли собой ректальные свечи белого или белого с кремоватым или желтоватым оттенком цвета, торпедообразной формы. Вкрапления на продольном срезе у обоих образцов отсутствовали. Средняя масса одного суппозитория лабораторного изготовления составила $1,01 \pm 0,05$ г, заводского производства – $1,03 \pm 0,03$ г. Время полной деформации суппозитория лабораторного изготовления – $8,70 \pm 0,30$ минут, заводского производства – $9,00 \pm 0,09$ минут.

Выводы. Таким образом, ректальные суппозитории с парацетамолом, полученные в условиях лаборатории кафедры фармацевтической технологии, достоверно не отличались от суппозитория заводского производства по исследуемым показателям качества.

МАТЕРИАЛЫ 67-й СТУДЕНЧЕСКОЙ И 43-й КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ. ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ РОССИЙСКИХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ВУЗОВ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ**Н.Л. Андрианова****Научный руководитель – доц. С.М. Яковец***Гомельский государственный медицинский университет**Кафедра акушерства и гинекологии*

Цель. Сравнить эффективность комбинированных оральных контрацептивов (КОК) и внутриматочной системы (ВМС) «Мирена» при лечении гиперплазии эндометрия (ГПЭ) без атипии у женщин репродуктивного возраста.

Задача. Провести морфологическую оценку эндометрия до, через 3 и 6 циклов гормонального лечения.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 30 женщин в возрасте от 18 до 40 лет с ГПЭ. Диагноз ГПЭ устанавливали на основании общепринятого критерия: гистологического исследования слизистой полости матки. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistica» 6.0.

Результаты. До начала лечения простая ГПЭ без атипии диагностирована у 20 (66,7±8,61%) женщин, сложная ГПЭ без атипии – у 10 (33,3±8,61%) ($\chi^2=5,4$; $p=0,02$). ВМС «Мирена» введена 14 (46,67±9,11%) женщинам: 10 (33,3±8,61%) – со сложной ГПЭ без атипии и 4 (13,33±6,21%) – с простой ГПЭ без атипии. КОК были назначены 16 (53,33±9,11%) пациенткам с простой ГПЭ без атипии. Через 3 цикла у 17 (56,7±9,05%) женщин ГПЭ не была выявлена, из них 13 (76,5±10,29%) были женщины с ВМС «Мирена» и 4 (23,53±10,29%) – принимавшие КОК ($\chi^2=7,5$; $p=0,006$). У остальных 13 (43,3±9,05%) женщин была выявлена только простая ГПЭ без атипии ($\chi^2=0,6$; $p=0,44$). У 1 (7,14±6,88%) женщины с ВМС «Мирена» была выявлена простая ГПЭ без атипии, а до лечения была сложная. После 6 циклов гормонального лечения у всех 14 (100%) женщин с ВМС «Мирена» ГПЭ не была диагностирована. На фоне приема КОК: 13 (81,3±9,76%) пациенток имели эндометрий без патологии, а у 3 (18,75±9,76%) женщин сохранилась простая ГПЭ без атипии ($\chi^2=10,13$; $p<0,002$). Эффективность ВМС «Мирена» через 3 цикла составила 92,9% (92,9±2,57%), что достоверно выше, чем при приеме КОК – 25% (25,0±4,33%) ($\chi^2=89,7$; $p<0,0001$). Эффективность ВМС «Мирена» после 6 циклов гормонального лечения составила 100%. Эффективность КОК через 6 циклов составила 85,0% (85,0±3,57%), что достоверно ниже, чем при применении ВМС «Мирена» ($\chi^2=11,48$; $p=0,0007$).

Вывод. При лечении гиперплазии эндометрия без атипии в репродуктивном возрасте эффективность внутриматочной системы «Мирена» статистически достоверно выше, чем применение комбинированных оральных контрацептивов.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИНСОМНИИ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Г.Н. Ахмадеева

Научный руководитель – проф. Р.В. Магжанов

Башкирский государственный медицинский университет

Кафедра неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики

Цель. Оценить характер инсомнии и когнитивных нарушений у пациентов с болезнью Паркинсона (БП) в Республике Башкортостан.

Задачи. Определить общую характеристику инсомнии и когнитивных нарушений у пациентов с БП. Сравнить отдельные показатели инсомнии и когнитивных нарушений при разделении пациентов по полу.

Материалы и методы. В исследование были включены 322 пациента: 144 мужчины (44,72%) и 178 женщин (55,28%) с диагнозом «болезнь Паркинсона». Для исследования инсомнии использована анкета субъективной оценки качества сна (AOS): 1-ю группу составили лица, набравшие больше 22 баллов («без нарушений»); 2-ю группу – лица, набравшие 19-21 балл («пограничные нарушения»); в 3-ю группу вошли пациенты, набравшие менее 19 баллов («имеющие инсомнию»). Исследование когнитивных нарушений проведено с использованием шкалы MMSE (Mini-mental scale examination).

Результаты. Выявлено, что жалобы на недостаточность или некачественность сна предъявляют 100% обследованных. Мужчины чаще жаловались на ночные пробуждения ($p=0,198$) и сновидения ($p=0,834$). Основной причиной ночных пробуждений была никтурия. Женщины хуже оценивали качество сна ($p=0,142$) и качество пробуждения ($p=0,02$). В целом, инсомния отмечалась чаще у женщин (39,89%), чем у мужчин (31,25%), ($p=0,932$). Когнитивные нарушения разной степени выраженности, включая умеренные и легкие, выявлены у 308 (95,65%) пациентов. У большинства пациентов, независимо от пола, отмечена деменция легкой степени ($p=0,139$). В целом, мужчины хуже справились с заданиями, однако женщины показали худший результат при выполнении заданий на письмо и рисунок ($p=0,142$). Выявлено, что степень инсомнии находится в тесной взаимосвязи с когнитивными нарушениями (с увеличением когнитивного дефицита нарастают и нарушения сна). Различия достоверны в общей по полу выборке ($p=0,006$) и среди женщин ($p=0,01$).

Выводы. Жалобы на нарушения сна предъявляли 100% обследованных лиц с БП, по данным шкалы AOS, клинически выраженная инсомния чаще отмечалась у женщин. Когнитивные нарушения различной выраженности встречаются в 95,65% случаев, у большинства пациентов, независимо от пола, отмечена деменция легкой степени (23 балла и меньше по шкале MMSE). Обнаружена положительная взаимосвязь между когнитивным дефицитом и инсомнией.

ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Ж.Ж. Аширбекова

Научные руководители – доц. С.Т. Тулеутаева, доц. Г.Г. Еремечива

Карагандинский государственный медицинский университет

Кафедра стоматологии детского возраста

Большое количество исследований указывают на тесную взаимосвязь заболеваний полости рта и общей патологии у детей. Длительного улучшения при лечении основного заболевания

нельзя добиться пока в полости рта остаются очаги хронической инфекции, которыми являются кариозные зубы и нездоровый пародонт.

Цель. Оценить уровень оказания стоматологической помощи детям, находящимся на лечении в многопрофильном стационаре.

Задачи. 1. Изучить показатели заболеваемости кариеса и пародонта у детей. 2. Определить уровень оказания стоматологической помощи.

Материалы и методы. Обследованы 100 пациентов в возрасте 12 лет, находившиеся на длительном стационарном лечении в Областной детской клинической больнице Карагандинской области. Дети осматривались перед поступлением в стационар и перед выпиской. Определяли распространенность и интенсивность кариеса зубов, наличие заболеваний пародонта, уровень гигиены полости рта и уровень стоматологической помощи.

Результаты. В момент поступления выявлен высокий уровень распространенности основных стоматологических заболеваний у детей. Наиболее часто встречался кариес зубов – 79%, при этом интенсивность кариеса по индексу КПУ составила $8,7 \pm 2,2$. Распространенность заболеваний пародонта – 67%, интенсивность по индексу CPITN – $2,28 \pm 0,47$. Индекс гигиены полости рта ОНI-S составил $1,78 \pm 0,34$. Уровень стоматологической помощи – 45,97%, характеризовался как недостаточный. В стационаре проводилась однократная санация, в результате которой распространенность кариеса составила 80%, интенсивность – $8,63 \pm 2,17$. Распространенность заболеваний пародонта – 62%, индекс CPITN – $2,04 \pm 0,39$. ОНI-S составил $1,94 \pm 0,39$. Из обследованных детей 70% нуждались в санации, 15% – в комплексном лечении, 10% на момент обследования оказались здоровыми и лишь 5% санированными. Было установлено, что 45% детей стоматологической помощи вообще не получали, 25% получали ранее стоматологическую помощь в детской стоматологической поликлинике; 15% – в школе, 10% – в центральной районной больнице и 5% – у частного врача-стоматолога.

Выводы. 1. Распространенность кариеса и заболеваний пародонта составили 80 и 62% соответственно, интенсивность кариеса и заболеваний пародонта $8,81 \pm 2,31$ и $2,28 \pm 0,472$ соответственно. 2. Уровень стоматологической помощи недостаточный и составил 45,97%.

УСТАНОВЛЕНИЕ АНТРОПОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛЮДЕЙ ИЗ ПОГРЕБЕНИЙ ЗАГОРОДСКОГО ПОСАДА Г. ТВЕРИ КОНЦА XV ВЕКА

Д.А. Беляков, О.Г. Маторина, А.А. Косинерова
Научный руководитель – ст. преп. Э.В. Буланова
Тверская государственная медицинская академия

Кафедра физической культуры с курсом медицинской реабилитации

Цель. Определение половой принадлежности останков двух людей из погребений конца XV века «Загородского посада» г. Твери по их черепам.

Материалы и методы. Проведено краниометрическое исследование 2 черепов с использованием штангового циркуля и линейки по 23 общепринятым краниометрическим точкам. Оценка результатов измерения проводилась по принятым в краниометрии рекомендациям: мужчина (М); вероятно мужчина (ВМ); неопределенный пол (НП); вероятно женщина (ВЖ); женщина (Ж). Учитывались анатомо-морфологические признаки: степень выраженности бугристостей и шероховатостей в местах прикрепления жевательных и шейных мышц, особенности морфологии нижней челюсти, лобной кости, носолобного угла, глазниц. Полученное при исследовании каждого черепа соотношение вариант качественных признаков оценивалось по формуле: $ДК = 100I_g (м/ж)$, где ДК – диагностический коэффициент, м – количество мужских вариант, ж – количество женских вариант. Оценка проводилась с учётом пороговых уровней для определения пола: женщины – $+20,681$ и менее, пол не установлен от $+20,682$ до $+26,552$, мужчины $+26,553$ и более.

Результаты. Захоронение 53 – по краниометрическим параметрам установлено 5 М (ширина лба, окружность черепа, сагиттальная хорда, верхняя ширина лица, ширина орбиты), 2 ВМ (лобная хорда, теменная хорда), 2 НП (поперечный размер, ширина затылка), 2 ВЖ (сосцевидная ширина, верхняя высота лица), 1 Ж (высота носа), – по основным качественным признакам – 20 М (продольное уплощение чешуи, отсутствие лобных бугров, выпуклое надпереносье, рельефные надбровные дуги, наличие надглазничной выемки, наличие гребня на скуловом отростке и чешуе, валикообразные шероховатые линии, углублённая желобоватая сосцевидная вырезка, острый край грушевидного отверстия, квадратный контур подбородка, выступание краёв углов нижней челюсти, их бугристость и другое), 2 Ж (наличие теменных бугров, отсутствие ямки двубрюшной мышцы), ДК=130, что позволяет с большой долей уверенности сделать заключение, что данный череп принадлежал лицу мужского пола.

Захоронение 54 – 3 М (окружность черепа, сагиттальная хорда, верхняя ширина лица), 5 ВМ (поперечный размер, наименьшая ширина лба, ширина затылка, теменная хорда, бигониальная ширина), 2 НП (ширина основания черепа, верхняя высота лица), 4 ВЖ (сосцевидная ширина, ширина орбиты, мышечковая ширина, высота тела нижней челюсти), 2 Ж (лобная хорда, высота носа); по основным качественным признакам – 17 Ж (отсутствие продольного уплощения чешуи, углубления желобоватой сосцевидной вырезки, закругления верхнего и наружного края глазниц, ямки двубрюшной мышцы, острого края грушевидного отверстия, квадратного подбородка, бугристости углов нижней челюсти, наличие лобных бугров, поверхностные надбровные дуги, невыраженность надглазничной выемки, наружного затылочного бугра, шероховатых линий и другое), 6 М (выпуклое надпереносье, наличие гребня на скуловом отростке и чешуе, отсутствие теменных бугров, углублённый корень носовых костей, выступание вершин углов нижней челюсти за основание и их отклонение кнаружи), ДК=-45, что позволяет с большой долей вероятности сделать заключение, что данный череп принадлежал лицу женского пола.

Выводы. Таким образом, на основании проведенного исследования нами установлено, что череп из захоронения 53 принадлежал мужчине, из захоронения 54 – женщине.

ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

А.Н. Богачева

Научный руководитель – проф. А.К. Зиньковский

Тверская государственная медицинская академия

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Цель. Выявить особенности трудового статуса у больных хроническим алкоголизмом (ХА).

Материалы и методы. Проведен анализ анамнестических данных и данных социального опроса 200 больных ХА в возрасте от 18 до 67 лет, поступивших на стационарное лечение областного наркологического диспансера г. Твери в 2014 г. Диагноз ХА устанавливался на основании критериев классификации алкоголизма А.А. Портнова и И.Н. Пятницкой (1973).

Результаты. Выявлено, что 30% пациентов (60 человек) трудоустроены. Из нетрудоустроенных 20% – пенсионеры, 2,9% – учащиеся средних и высших учебных заведений, 1,4% находятся на социальном пособии по инвалидности, оставшиеся больные – безработные. Учитывая кратность поступления больных на лечение, можно отметить, что пациенты, поступившие на лечение повторно, чаще встречались среди неработающих алкоголиков – 62%, и 12% – среди работающих. Поступавшие на лечение из сельской местности (21 человек) чаще регистрировались как неработающие – 90,4%. Анализируя особенности профессиональных навыков (ПН) среди больных ХА, выявлено, что 78% отметили свои ПН как сохраненные, применимые в трудовой деятельности. Остальные опрашиваемые охарактеризовали свои умения как утраченные, причем 12 человек из них

отметили, что ПН утрачены безвозвратно. Выявлено, что 43% (86 человек) никогда не меняли работу или работали (работают в данное время) на одном и том же месте работы. В группе пациентов, сменивших работу: 34,2% меняли работу 1-2 раза; 45,9% – 2-5 раз, оставшиеся 19,8% меняли работу более 5 раз. Стоит отметить, что среди опрошенных трое больных ХА (1,5%) никогда не работали. Среди причин смены работы увольнение назвали 85,6% (95 пациентов), 14,4% были сокращены в связи с сокращением штата сотрудников или сокращением должности. Из пациентов, назвавших причиной увольнение, 8,4% (8 человек) были уволены в связи с достижением пенсионного возраста, 71,6% (68 человек) уволены по собственному желанию, остальные пациенты были уволены в связи с другими причинами – 20% (19 человек). Среди причин увольнения по собственному желанию пациенты с ХА чаще называли: «мало платят», «плохой коллектив», «неудобный график», «далеко добираться», «слишком требовательный начальник», реже связывали собственный уход с недостатками собственной личности или низкой квалификацией.

Выводы. Социальный статус больных ХА характеризуется высокими показателями безработицы (53% обследуемых), при уровне безработицы в РФ 5,60% (2014 г.), а также утратой или частичной утратой ПН и нежеланием работать.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ИНТОКСИКАЦИОННОГО СИНДРОМА

Г.А. Гаджиев, Р.А. Медведев

Научный руководитель – проф. А.В. Коханов

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра биологической химии

Актуальность. Интоксикационный синдром является сопутствующим при большинстве заболеваний и патологических состояний, и определение степени его выраженности имеет важное клиническое значение. В Астраханском государственном медицинском университете разработан иммунохимический экспресс-метод диагностики интоксикационного синдрома на основе определения связывающей емкости альбумина человека.

Цель. Сравнить эффективность различных методов оценки интоксикационного синдрома.

Материалы и методы. Для оценки степени выраженности эндогенной интоксикации в крови у больных с интоксикационным синдромом различной этиологии (панкреонекроз, сепсис, перитонит, ПОН, гестоз тяжелой степени, травматический токсикоз с миоглобинурией) определяли молекулы средней массы (МСМ), лейкоцитарный индекс (ЛИИ), и термостабильную фракцию сывороточного альбумина (ТСА). Способ заключается в одномоментном измерении иммунохимическими методами уровня альбумина в одной микропробе кипяченой и некипяченой разбавленной крови методом иммунохимического анализа.

Результаты. Результаты определения ТСА, СА коррелируют с другими лабораторными данными (общий анализ крови, ЛИИ, СМП254) – маркерами интоксикации ($r=+0,99$ между ССА и МСМ, $r=+0,95$ между ССА и ЛИИ, $r=+0,97$ между ЛИИ и МСМ, $r=-0,87$ между ЛИИ и ОССА, $r=-0,94$ между ОССА и МСМ, $r=-0,96$ между ОССА и ССА), но отличаются большей простотой и скоростью анализа.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что тест на ТСА и коэффициент СА/ТСА характеризуют степень загруженности транспортных систем организма токсинами, не зависит от характера инфузионной терапии и может быть рекомендован для оценки динамики эндогенной интоксикации и прогноза при критических состояниях в ургентной медицине.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, РОДИВШИМСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССАМИ ТЕЛА

А.П. Гачегов

Научный руководитель – д.м.н., доц. М.Ю. Галактионова

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра поликлинической педиатрии и пренатальной диагностики детских болезней с курсом ПО*

Сохранение и укрепление здоровья детей является одной из первостепенных задач нашего государства. Прежде всего, это относится к детям с массой тела 1500 г и менее (очень низкая масса тела) и особенно с массой тела менее 1000 г (экстремально низкая масса тела).

Цель. Совершенствование системы медицинского обслуживания и выхаживания новорожденных с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела на педиатрическом участке.

Задачи. Проанализировать показатели заболеваемости и ее структуру у недоношенных детей на первом году жизни. Изучение закономерностей психомоторного и физического развития детей, родившихся с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела, на первом году жизни.

Материалы и методы. В исследовании представлены результаты анализа форм №112 недоношенных детей на педиатрическом участке за 2013-2014 гг. (120 детей). Была проведена комплексная оценка параметров физического и нервно-психического развития.

Результаты. У детей с экстремально низкой массой тела: патология органов дыхания, задержка внутриутробного развития, врожденные пороки сердца – 100 %, заболевания центральной нервной системы – 75%. Для младенцев с очень низкой массой тела: заболевания центральной нервной системы – 100%, задержка внутриутробного развития – 50%. Незрелые к своему гестационному возрасту – 100% детей с экстремально низкой массой тела и 62,5 % детей с очень низкой массой тела.

У детей с экстремально низкой массой тела анемия, рахит, бронхолегочная дисплазия отмечены в 100% случаев. Заболевания центральной нервной системы – 75%, пневмония и острой респираторной вирусной инфекцией – 25%, отставание в нервно-психическом развитии – 25 %, отставание в физическом развитии – 75%. Во второй группе детей с очень низкой массой тела первое место занимают заболевания центральной нервной системы – 100%, второе – острой респираторной вирусной инфекцией – 75%, третье – рахит и анемия – 37,5% и отставание в физическом развитии – 37,5%.0

Выводы. Правильная комплексная оценка параметров физического и нервно-психического развития ребенка не только является определяющим показателем прогноза его дальнейшего развития, но и способствует выбору эффективных методов лечения и выхаживания.

ЗАВИСИМОСТЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СЕМЬИ

А.П. Доспан-оол, С.А. Прокопьева

Научный руководитель – Н.С. Машина

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра поликлинической педиатрии и пренатальной диагностики детских болезней с курсом ПО*

Цель. Изучить основные показатели здоровья детей первого года жизни и их зависимость от медико-социального статуса семьи, а также затрат на материальное обеспечение.

Материалы. Анкетирование, работа с медицинской документацией, статистический анализ.

Результаты. Среди 169 семей с детьми первого года жизни 47,95% имеют мальчиков, а 52,05% – девочек. 45,5% отцов (О) и 47,3% матерей (М) имеют высшее образование;

33,7% О и 33,1% М – среднее специальное, 10,1% О и 8,9% М – среднее, а также 1,2% М – неполное среднее образование, 10,7% О и 9,5% М – не указали ответ. 34,2% из числа всех опрошенных – служащие, 42% – рабочие, 1,8% – военнослужащие, 1,8% – студенты, 10,1% – прочие, 10,1% – не указали ответ. Из числа всех респондентов 64,5% семей проживают в благоустроенной квартире, 9,5% – в частном доме, 2,4% – в коммунальной квартире, 7,1% – в общежитии, 11,8% – семей не указали ответ. Свои жилищные условия 52,1% семей оценивали на «хорошо», 32% – на «удовлетворительно», 4,7% – на «плохо», 11,2% – не ответили. 24,9% респондентов отметили источники дополнительных доходов (торговля, совместительство и другое), 11,8% – не указали ответ. На вопрос: «Какой из предложенных Вам вариантов соответствует доходам Вашей семьи?» – 6,5% ответили, что могут ни в чем себе не отказывать, 13,6% – могут позволить себе дорогостоящие приобретения (машина, дача, квартира), 29,1% семей при покупке товаров длительного пользования вынуждены брать деньги в долг, 33,7% – живут от зарплаты до зарплаты, 5,9% – денег совершенно не хватает, вынуждены занимать, 11,2% – не указали ответ. 3,6% опрошенных были очень довольны размером заработной платы, 16,5% – вполне довольны, 24,3% – скорее довольны, чем недовольны, 36,1% – очень недовольны, 8,3% – затруднились ответить, 11,2% – не указали ответ. Прожиточный минимум на одного члена семьи в РФ на 2009 г. составил 5024 рубля. Уровень жизни 2,4% семей можно считать высоким (выше в 10 раз), у 13,1% – выше среднего (в 5-10 раз), у 55% – средний (в 2-5 раз), у 12,4% – низкий (в 1-2 раза), у 5,9% – очень низкий уровень (ниже прожиточного). 69,2% родителей ответили, что у их ребенка респираторные заболевания отмечались редко и нет хронических заболеваний, у 17,2% детей были продолжительные острые респираторные заболевания, 1,2% – состоят на учёте у врачей (невролог, хирург и другие), 12,4% респондентов не указали ответ.

Вывод. Анализ полученных результатов выявил, что на показатели здоровья и качества жизни детей первого года жизни медико-социальные показатели оказывают существенное влияние.

БРИЛЛИАНТОВЫЙ ЗЕЛЕНЫЙ КАК ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОР ПРИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН

Р.Р. Жмайлик, А.П. Якубовский, Е.М. Ковалева
Научный руководитель – доц. В.Д. Меламед

Гродненский государственный медицинский университет
2-я кафедра хирургических болезней

Цель. Обоснование использования спиртового раствора бриллиантового зеленого при лечении ожоговых ран в качестве фотосенсибилизатора при проведении антибактериальной фотодинамической терапии (АФДТ).

Материал и методы. Нами при лечении ожоговых ран был использован 1% спиртовой раствор бриллиантового зеленого, который обладает свойствами фотосенсибилизатора. В качестве действующего излучения использовали фототерапевтический комплекс «Ромашка», разработанный НПК «Люзар» (РБ). У 18 больных с инфицированными термическими ожогами 3Б стадии был применен метод АФДТ. Производили удаление гнойно-некротических тканей. Ожоговые поверхности обрабатывали 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого с последующей экспозицией его в течение 40-60 минут. После снятия повязки проводили сканирование раневой поверхности неполяризованным излучением красного светодиода с длиной волны 630 нм, плотностью мощности 300 мВт/см². Подводимая к ране плотность энергии составляла 50 Дж/см². Время облучения не превышало 20 минут. В последующие сутки осуществляли аналогичные сеансы АФДТ.

Результаты. После проведения 2-4 сеансов АФДТ с 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого отмечалось очищение ран от гнойно-некротических масс,

уменьшалось количество фибринозных наложений. Сокращались сроки появления грануляций и краевой эпителизации ран – появление первых грануляций отмечалось на 4-5-е сутки, а краевой эпителизации – на 5-7-й день. При микроскопическом изучении мазков-отпечатков раневой поверхности после 7-го сеанса антибактериальной фотодинамической терапии отмечались единичные лейкоциты в поле зрения, флора скудная, единичные кокки. В доступной нам литературе не было найдено данных об использовании раствора бриллиантового зеленого в качестве фотосенсибилизатора при АФДТ.

Выводы. АФДТ с использованием в качестве фотосенсибилизатора 1% спиртового раствора бриллиантового зеленого обладает выраженным антибактериальным эффектом, активизирует грануляционный процесс, ускоряет сроки предоперационной подготовки больных к аутодермопластике и окончательного заживления при консервативном лечении в 1,5-2 раза.

БИОМЕТРИЧЕСКИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ ХРОСОМНЫХ АББЕРАЦИЙ ПЛОДА

Е.А. Карпович, А.Т. Маркевич

Научный руководитель – асс. С.А. Петрович

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Цель. Возможности определения маркёров до наступления срока жизнеспособности плода.

Материалы и методы. Для определения этиологической структуры и риска хромосомных патологий в семьях создана группа исследуемых в количестве 2998 человек, обратившихся в Областной медико-генетический центр. Группу сравнения составили женщины, не проходящие скрининговую программу и начавшие обследование только по одному маркеру – шейной складке в продольном сечении – на базе женской консультации. Методы исследования: 1) вторая тканевая гармоника, 2) ультразвуковое исследование.

Результаты. В первом триместре беременности на сроке 10 недель и 6 дней копчико-теменной размер составил 39,0 мм. На сроке 13 недель и 6 дней копчико-теменной размер составил 80,0 мм. Во втором триместре, начиная от 16-18-й недели гестации, объем маркеров хромосомной патологии (регулярные трисомии по 21, 18, 13 парам хромосом) расширялся и в нашем исследовании выглядел следующим образом: вентрикуломегалия, голопрозэнцефалия, кисты сосудистых сплетений, синдром Денди-Уокера, расщелины губы и неба, кистозная гигрома, диафрагмальная грыжа, пороки сердца, омфалоцеле, атрезия двенадцатиперстной кишки, атрезия пищевода, аномалии почек, укорочение конечностей, перекрещенные пальцы, косолапость, макроглоссия.

Выводы. Благодаря проведенному исследованию четко обозначен объем ультразвуковых хромосомных маркеров как для первого, так и для второго триместра беременности. Только в вышеизложенной работе объем маркеров расширен для того, чтобы установить регулярные хромосомные трисомии не только по 21, но и 18, 13 хромосомам (синдром Дауна, Эдвардса, Патау). Объем исследований, проводившийся на базе Областного медико-генетического центра, подтвердил актуальность двухфазного (первый и второй триместры) ультразвукового сканирования для более полноценного выявления хромосомных аббераций. Положительным экономическим эффектом явилось раннее выявление плодов с хромосомными абберациями и их элиминация.

ВЛИЯНИЕ ПРОИЗВОДНЫХ 2-ИЗОКСАЗОЛИН-5-КАРБОНОВОЙ КИСЛОТЫ НА ОБМЕН ПУРИНОВЫХ ОСНОВАНИЙ

Е.В. Клинцов

Научный руководитель – доц. Н.Н. Ковганко

*Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра биологической химии*

Цель. Поиск соединений, эффективно ингибирующих работу фермента ксантиноксидазы и перспективных для применения в качестве противопаразитарических средств.

Задачи. Изучить влияние производных 2-изоксазолина (нитрилы, сложные эфиры и амиды 2-изоксазолин-5-карбоновой кислоты), являющихся структурными аналогами неконкурентного ингибитора ксантиноксидазы – фебуксостата, на активность данного фермента.

Материал и методы. Изучение способности полученных соединений ингибировать работу фермента ксантиноксидаза проводили при 37°C в условиях открытого воздуха при pH 7,4 (фосфатный буфер). Для того, чтобы оценить ингибирующие свойства соединений, использовали методику, основанную на спектрофотометрическом определении количества образовавшейся мочевой кислоты в УФ-области при 293 нм. К буферному раствору добавляли ксантин (20 мкМ), исследуемое вещество (5,3 мкМ) и фермент ксантиноксидазу. В качестве контроля использовали раствор ксантина и исследуемого вещества (для нивелирования поглощения при длине волны 294 нм). Стандартный образец представлял собой раствор в буфере ксантина (20 мкМ) и фермента. По разности оптических плотностей стандартного и опытного образцов определяли процент ингибирования действия фермента в присутствии исследуемого ингибитора с концентрацией 5,3 мкМ.

Результаты. Исследованные вещества проявили ингибирующие свойства. Процент ингибирования составил от 0,5 до 22,6%. Наилучший результат показали нитрилы 2-изоксазолин-5-карбоновой кислоты, в частности 3-(4-бензилоксифенил)-2-изоксазолин-5-карбонитрил.

Выводы. В результате проведенного исследования показано, что введение 2-изоксазолинового цикла в структуру молекулы не приводит к значительному улучшению ингибирующих свойств в сравнении с используемым в настоящее время фебуксостатом.

ГАРМОНИЧНОСТЬ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

А.А. Козловский

Научный руководитель – доц. В.А. Мельник

*Гомельский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии*

Цель. Оценить гармоничность физического развития (ФР) городских школьников, проживающих в неблагоприятных экологических условиях.

Задачи. Провести антропологическое обследование (масса тела, длина тела, окружность грудной клетки) городских школьников в период полового созревания и оценить половозрастные особенности гармоничности их физического развития.

Материалы и методы. Объект исследования – 197 учащихся гимназии № 58 им. Ф.П. Гааза г. Гомеля в возрасте от 12 до 14 лет (93 мальчика и 104 девочки). Для оценки гармоничности ФР использовали таблицы оценки физического развития школьников.

Результаты. Гармоничное ФР регистрировали у обследованных школьников наиболее часто (49,7%). При этом статистически значимых различий ($p > 0,05$) по гармоничному варианту ФР между мальчиками и девочками одного возраста не выявлено. Среди дисгармоничных

вариантов ФР у школьников обоего пола преобладала дисгармония за счет индекса массы тела (ИМТ) I и II степени (31,5% от общего количества обследованных школьников). Дисгармоничное ФР за счет дефицита массы тела было выявлено почти в 2 раза реже (18,8% школьников) по сравнению с ИМТ. При изучении распределения школьников по вариантам гармоничности ФР в зависимости от их пола установлено, что гармоничное ФР чаще наблюдалось у девочек (53,8%) по сравнению с мальчиками (45,1%). Дисгармоничное ФР за счет ИМТ на 7,6% чаще выявлялось у мальчиков, чем у девочек (35,5 и 27,9% соответственно). Дисгармоничное ФР за счет ДМТ было установлено примерно у одинакового числа обследованных юношей и девушек (19,4 и 18,3% соответственно).

Частота встречаемости гармоничного ФР школьников зависела от принадлежности к той или иной возрастной группе. Обращает на себя внимание существенное снижение процента мальчиков с гармоничным ФР от 12 до 14 лет с 53,3 до 33,3%. Частота случаев гармоничного ФР у девочек колебалась от 50,0% у 12-летних до 55,2% у 13-летних.

Выводы. В ходе анализа основных антропометрических показателей ФР школьников отмечена высокая распространенность дисгармоничных вариантов ФР, преимущественно обусловленных избытком массы тела, которая чаще регистрировалась среди мальчиков.

ТЕХНОЛОГИИ ИЗУЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ г. КРАСНОЯРСКА

Н.С. Конуркина, А.А. Васильева

Научный руководитель – д.м.н., доц. М.Ю. Галактионова

*Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии детских болезней с курсом ПО*

Цель. Изучение основных показателей здоровья подростков, проживающих в крупном промышленном центре, каким является г. Красноярск.

Задачи. Анализ статистических данных по заболеваемости подростков г. Красноярска, изучение структуры заболеваемости подростков с помощью технологии комплекса автоматизированного диспансерного обследования (АКДО) детей и подростков на базе детской больницы № 8 г. Красноярска.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ интенсивных показателей общей и первичной заболеваемости подростков г. Красноярска по данным официальной статистики Красноярского краевого медико-информационного аналитического центра (ККМИАЦ) за период с 2003 по 2010 г. Проведено обследование 998 подростков с использованием технологии АКДО на базе поликлиники № 2 детской больницы № 8 г. Красноярска.

Результаты. Показатели общей и первичной заболеваемости подростков имели высокую тенденцию к росту со среднегодовым приростом 8,7 и 9,6% соответственно. В 2010 г. отмечалось снижение общей заболеваемости до 2043,6‰, при этом первичная заболеваемость за последний год выросла с 1415,9 до 1419,6 на 1000 человек. С 2008 по 2010 г. имеет место убедительный прирост по следующим классам: болезни костно-мышечной системы (+32,3%), болезни крови (+26,0%), эндокринной системы (+21,0%), новообразования (+19,4%), болезни органов дыхания (+18,7%), болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки (+17,9%). При этом отмечается снижение первичной заболеваемости по классам: инфекционные и паразитарные болезни с 51,9 в 2005 г. до 40,1 на 1000 подростков в 2010 г.; болезни уха и сосцевидного отростка с 29,1 на 1000 подростков в 2008 г. до 26,1 – в 2010 г.).

Выводы. Используя комплекс автоматизированного диспансерного обследования, выявлено ухудшение качественных показателей состояния здоровья подростков г. Красноярска в период с 2003 по 2010 г. Самыми высокими периодами по интенсивности показателей заболеваемости оказались 2003, 2006 и 2009 годы. Лидирующую пятерку в структуре заболеваемости подростков в возрасте 15-17 лет за период 2003-2010 гг. составили классы:

болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни пищеварительной системы, болезни глаз и придаточного аппарата, болезни костно-мышечной системы.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИТОГОВ ШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

Д.С. Коростелев, Е.А. Захаров, Е.С. Акулов, С.Д. Скопин, Н.С. Суровцева
Научный руководитель – проф. М.А. Иванов

*Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова
Кафедра общей хирургии*

Цель. Сравнить послеоперационные осложнения у пациентов, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда с использованием различных методик.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за 45 больными, которым осуществлялись шунтирующие вмешательства на коронарных артериях. В 28 случаях (62%) использовалась маммарокоронарное шунтирование «off pump» из миниторакотомного доступа (основная группа), в 17 наблюдениях (38%) – аорто- и маммарокоронарное шунтирование с использованием аппарата искусственного кровообращения (АИК) через срединную стернотомию (контрольная группа). Оценивались пол, возраст, антропометрические данные, основные показатели гемодинамики, стаж курения, сопутствующие заболевания, наличие или отсутствие сахарного диабета 2-го типа; результаты Эхо-КГ, коронарографии, лабораторные показатели (эритроциты, гемоглобин, тромбоциты, общий белок, глюкоза, фибриноген), исходы оперативных вмешательств. Результаты были разнесены по шкале среднеарифметических значений (mean) ± стандартное отклонение (SD). Сравнение групп средних арифметических значений было проведено посредством использования непараметрического критерия Манна-Уитни. Разница в категориальных переменных была проанализирована посредством χ^2 Пирсона и критерия Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Математическую обработку проводили с использованием пакета программ STATISTICA 10.

Результаты. В контрольной группе, по сравнению с основной, отмечено увеличение кровопотери, продолжительности операции и длительности искусственной вентиляции легких ($p < 0,05$). В послеоперационном периоде у пациентов контрольной группы в отличие от основной, чаще наблюдались различные осложнения: колебания артериального давления, требующие медицинской коррекции, тромбоцитопения, гипоальбуминемия, в 9 случаях наблюдалась системная воспалительная реакция, в 3 случаях – пневмония, в 1 случае – острый инфаркт миокарда, в 1 случае – опасное нарушения ритма сердца ($p < 0,05$).

Выводы. Операции с применением миниторакотомного доступа и техники «off pump» менее травматичны, лучше переносятся, сопровождаются меньшим числом осложнений по сравнению со стернотомией и использованием АИК.

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ У СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЁННЫМ ПСОРИАЗОМ

С.В. Куприянов

Научный руководитель – доц. О.С. Зыкова

*Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет
Кафедра дерматовенерологии*

Цель. Определить частоту встречаемости и тяжесть депрессивных состояний у стационарных пациентов с распространённым псориазом.

Задачи. Оценить характер кожного синдрома у пациентов с депрессивными состояниями. Исследовать взаимосвязь депрессивных состояний и кожного синдрома.

Материалы и методы. Было проведено объективное обследование 24 стационарных пациентов с псориазом, из них 12 мужчин (50%) и 12 женщин (50%). Учитывали стаж псориаза, его клиническую форму, значение объективной оценки тяжести и распространённости псориаза (PASI). Наличие депрессивного состояния у обследуемых пациентов оценивали посредством шкалы депрессии Зунга. Полученные цифровые данные обрабатывались с помощью пакета статистических программ Excel.

Результаты. По наличию у пациентов депрессивного состояния нами выделены 4 группы: I группа – пациенты, у которых отсутствовало депрессивное состояние (1 пациент – 4%), II группа – пациенты с лёгким депрессивным состоянием (10 пациентов – 42%), III группа – пациенты с умеренным депрессивным состоянием (11 пациентов – 46%), IV группа – пациенты с тяжёлым депрессивным состоянием (2 пациента – 8%). Далее анализировались группы с установленным депрессивным состоянием. Во II группе среднее значение индекса PASI составило $12,4 \pm 6,8$. Структура клинических форм псориаза в группах: обыкновенная форма псориаза выявлена у 6 пациентов (60%), эксудативная – у 3 (30%), эритродермическая – у 1 (10%). В III группе значение индекса PASI составило $11,9 \pm 7,1$. Структура клинических форм: обыкновенная форма выявлена у 6 пациентов (64%), эксудативная – у 3 пациентов (27%), эритродермическая – у 1 (9%). В IV группе значение индекса PASI составило $18,5 \pm 2,1$. Структура клинических форм: обыкновенная форма выявлена у 1 пациента (50%), эксудативная – у 1 (50%).

Выводы. Депрессивные состояния различной выраженности, по данным анализа шкалы депрессии Зунга, выявлены у подавляющего большинства – 96% пациентов. Не выявлено тесной взаимосвязи между степенью тяжести поражения кожи и тяжестью депрессивного состояния.

ИЗУЧЕНИЕ НЕЙРОПРОТЕКТОРНЫХ СВОЙСТВ АТФ ПРИ ИНТРАЦЕРЕБРОВЕТРИКУЛЯРНОМ ВВЕДЕНИИ НА ФОНЕ ФОКАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Р.В. Лутовинин, Н.В. Саукова

Научные руководители – проф. Г.З. Суфианова, доц. А.Г. Шапкин

Тюменская государственная медицинская академия

Кафедра фармакологии

Цель. Изучение эффектов интрацеребровентрикулярного введения аденозинтрифосфата (АТФ) на изменения спонтанной биоэлектрической активности головного мозга на фоне фокальной ишемии.

Материалы и методы. Работа выполнена на 20 здоровых крысах-самцах весом 180-220 г. Наркоз препаратом Zoletil-100 в дозе 7,5 мг/кг. Крысам опытной группы (n=10) вводили интрацеребровентрикулярно АТФ – 0,05 мл, в контрольной (n=10) – интрацеребровентрикулярно вводили раствор NaCl 0,9% – 0,05 мл. Модель фокальной ишемии – билатеральная окклюзия внутренних сонных артерий. Регистрация уровня постоянного потенциала головного мозга проводилась по униполярной методике с симметричных точек лобной коры правого и левого полушарий. Оцифровка физиологических параметров осуществлялась с помощью аналогового цифрового преобразователя MP35 (Biopac Systems Inc, USA).

Результаты. В опытной группе, по сравнению с контрольной, отмечается первоначальный негативный сдвиг усилителя постоянного тока коры головного мозга и увеличение амплитуды медленной электрической активности, преимущественно за счет медленноволнового диапазона, с последующим стабильным позитивным сдвигом постоянного потенциала до $7,25 \pm 0,68$ мВ и восстановлением суммарной амплитуды электроэнцефалограммы (ЭЭГ) к исходному уровню.

Выводы. Совокупность полученных нейрофизиологических данных свидетельствует о развитии на фоне интрацеребровентрикулярного введения АТФ в структурах головного мозга состояния торможения по гиперполяризационному типу, что предполагает наличие у этого препарата потенциальной нейропротекторной активности.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, КЛИНИКА И НОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ В г. РЯЗАНИ И РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2010-2015 гг.

А.М. Маревичева

Научный руководитель – доц. Т.Г. Ткаченко

*Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова
Кафедра педиатрии*

Цель. Продемонстрировать на примере Рязанской области изменения в эпидемиологии сахарного диабета 1-го типа за последние 5 лет.

Материалы и методы. Исследован статистический материал по заболеваемости детей сахарным диабетом I типа с 2009 по 2014 г., заболевшие были разделены на возрастные группы: меньше года, 1-3 года, 4-7 лет, 8-15 лет и старше 15 лет. Была изучена сезонность выявления сахарного диабета у детей. Проведено анкетирование среди родителей детей, страдающих сахарным диабетом, также и среди самих детей старше 12 лет. Анкетирование охватывало вопросы наследственного анамнеза, контролирования течения заболевания, а также проблемы, связанные с выполнением рекомендаций врача.

Результаты. Отмечен достоверный рост заболеваемости сахарным диабетом за изученный период. Преобладающей возрастной группой оказались дети от 8 до 15 лет. Не выявлено достоверной сезонности в появлении новых случаев сахарного диабета, хотя часть анкетированных отмечает среди первичных признаков заболевания признаки острой респираторной вирусной инфекции. Отмечается увеличение случаев использования высокотехнологичной терапии (инсулиновая помпа) больными сахарным диабетом I типа, но основным источником финансирования для этого остаются личные средства родителей и средства спонсоров.

Выводы. Несмотря на относительную изученность, сахарный диабет остается тяжелым хроническим заболеванием. Преобладающей возрастной группой являются дети от 8 до 15 лет.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ЭТАПОВ ТРАХЕОСТОМИИ

Н.Н. Мартынец, А.В. Сигаев

Научный руководитель – д.м.н. доц. П.А. Затолока

*Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра болезней уха, горла, носа*

Цель. Изучить особенности выполнения некоторых этапов трахеостомии при топографо-анатомических условиях в ране в момент проведения операции.

Материал и методы. В основу работы положены результаты исследования 17 протоколов трахеостомий, выполненных на базе отделения оториноларингологии «9-я городская клиническая больница» за 2014 год.

Результаты. Операции трахеостомии преимущественно являлись экстренными – 64,6%. Для женщин процент экстренных операций (ЭО) составил – 75%, срочных (СО) – 25%. Для мужчин экстренные операции – 62%, срочные – 23%, плановые (ПО) – 15%. При анализе структуры причин, по которым выполнялась трахеостомия, было установлено, что операция

проводилась в 71% случаев у пациентов с онкологическими заболеваниями гортани, среди которых ЭО составили 73%. Среди мужчин пациенты с онкологическими заболеваниями составили 69%, среди женщин – 50%. Чаще всего трахеостомия выполнялась у мужчин (76%). Средний возраст мужчин составил 73,5 года, женщин – 60,2 года. Операция преимущественно выполнялась при 2-й степени стеноза (71%). Среди онкологических больных трахеостомия при 2-й степени стеноза составила 64%, а среди других пациентов – 67%. Разрез в 100% случаев проводился вертикально от середины перстневидного хряща вниз. Среди всех выполненных операций приоритетным вариантом являлась верхняя трахеостомия (59%). Для плановых пациентов верхняя трахеостомия являлась преимущественным методом в 67%, для ЭО – в 55%, для СО – в 100%. На этапе вскрытия трахеи чаще всего проводилось рассечение связки (Lig. annularia trachealis) между 2-3-м кольцами трахеи (41% случаев), между 3-4-м и 4-5-м кольцами – по 12%. Пересечение 2-3 колец трахеи выполнено в 35% случаев. Было установлено, что при ЭО чаще проводилось вскрытие трахеи между кольцами – 82%, при ПО и СО чаще проводилось вскрытие трахеи через рассечение 2-3 колец (67%). При анализе операций трахеостомии со вскрытием трахеи путем пересечения колец было установлено, что в 83% такой доступ осуществлялся у больных с онкологическими заболеваниями.

Выводы. Выбор способа проведения верхней или нижней трахеостомии зависит от топографо-анатомических условий в ране и осуществляется в момент проведения операции. При ЭО приоритетным способом является вскрытие трахеи путем рассечения связки между 2-3-м кольцами – 87,5%, при ПО и СО чаще всего трахея вскрывалась путем пересечения 2-3 колец – 56%.

ОСНОВНЫЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОЛЛАТЕРАЛЬНЫЕ ПУТИ ПРИ НАРУШЕНИИ ПРОХОДИМОСТИ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Н.Н. Мартынец, А.В. Сигаев

Научный руководитель – асс. Е.А. Клюй

*Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии*

Цель. Изучить рентгенанатомию основных и дополнительных путей коллатерального оттока у пациентов с нарушением проходимости нижней полой вены (НПВ) на основании данных спиральной компьютерной томографии (СКТ) с контрастным усилением.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования 23 пациентов с нарушением оттока крови по НПВ.

Результаты. Во всех наблюдениях у пациентов с нарушением проходимости НПВ регистрировалось увеличение диаметра непарной, полунепарной вен и восходящих поясничных вен (ВсхПВ). Визуализировались не определяемые в норме вены переднебоковой стенки живота и вены позвоночного венозного сплетения. Самое значительное увеличение диаметра непарной и полунепарной вен наблюдалось при субтотальной и тотальной аплазии НПВ ($21,6 \pm 1,8$ мм, и $15,89 \pm 1,4$ мм соответственно). Наиболее выраженная дилатация ВсхПВ была отмечена также при окклюзии НПВ на всем протяжении ($13,1 \pm 1,6$ мм справа). Кроме того, у этих пациентов имелось расширение стволов почечных вен, (главным образом левой), левой яичковой вены, подвздошно-поясничных вен, вен позвоночного сплетения. Также регистрировалось расширение вен переднебоковой стенки живота: vv. epigastrica superficiales, vv. circumflexa ileum superficiales, vv. pubica. Левая яичковая и левая почечная вены были значительно дилатированы. Дополнительным путем оттока крови могут служить связи между надпочечниковыми и нижними диафрагмальными венами, венами капсулы почки и селезенки.

Выводы. 1. Система непарной и полунепарной вен и восходящие поясничные вены как ее начальное звено играют ведущую роль в запуске механизма коллатерального оттока при

окклюзии НПВ. 2. Самое значительное увеличение диаметра непарной, полунепарной вен и ВсхПВ наблюдалось при субтотальной и тотальной аплазии НПВ. 3. Дополнительными путями коллатерального оттока при окклюзии НПВ служат вены переднебоковой стенки живота и вены позвоночного сплетения, значительно расширяются почечные, левая яичковая и подвздошно-поясничные вены.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ МЯГКИХ КРОВЕЛЬНЫХ МАТЕРИАЛОВ

М.Н. Мигилева

Научный руководитель – проф. В.А. Кирюшин

Рязанский государственный медицинский университет

*Кафедра профильных гигиенических дисциплин с курсом гигиены, эпидемиологии
и организации госсанэпидслужбы ФДПО*

Цель. Комплексная гигиеническая оценка факторов производственной среды и трудового процесса по показателям вредности и опасности, тяжести и напряженности работников ЗАО «Многоотраслевая производственная компания КРЗ» г. Рязани.

Задачи. Изучение условий труда основных профессиональных групп на предприятии по производству мягких кровельных материалов.

Материалы и методы. Оценка гигиенических условий производственной среды проведена на рабочих местах сотрудников предприятия с помощью общепринятых методов и аппаратуры. Выполнены исследования содержания пыли и химических веществ в воздухе рабочей зоны, параметров микроклимата, уровней шума, показателей световой среды.

Результаты. По данным результатов лабораторных исследований условий труда основных профессиональных групп выявлено, что сотрудники предприятия подвергаются воздействию комплекса факторов производственной среды, наиболее неблагоприятными из которых являются химический, микроклимат и тяжесть трудового процесса. Исследования воздуха рабочей зоны позволили выявить превышение среднесменной предельно допустимой концентрации углеводородов в цехе мягких кровельных и гидроизоляционных материалов на рабочих местах аппаратчиков пропиточных агрегатов, аппаратчиков обезвоживания битума, операторов турбосмесителя (класс условий труда 3.1 – вредный первой степени). Параметры микроклимата в холодный период года характеризовались превышением ТНС-индекса, скорости движения и влажности воздуха. Класс условий труда по параметрам микроклимата – 3.1 (аппаратчик пропиточных агрегатов) и 3.2 (аппаратчик обезвоживания битума). Труд аппаратчиков пропиточных агрегатов и аппаратчиков обезвоживания битума по тяжести трудового процесса характеризовался как 3.1. – вредный 1-й степени, оператора турбосмесителя – класс 3.2, с большой массой перемещаемого груза в течение часа смены и вынужденной рабочей позой.

Выводы. Проведенная комплексная оценка факторов производственной среды и трудового процесса работников на ЗАО МПК «КРЗ» даёт основание сделать заключение, что условия труда большинства профессиональных групп по ряду показателей являются вредными. Это, в свою очередь, может привести к высоким показателям заболеваемости.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ И ИСХОД РОДОВ

А.Д. Наумов, О.И. Рудь

Научный руководитель – доц. Ю.В. Занько

*Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии*

Актуальность. В последние годы в акушерстве наблюдается увеличение индукции родов, эффективность которых зависит от правильно выбранной тактики.

Цель. Изучить относительный риск (ОР) развития перинатальной патологии и осложнений родов от способов подготовки шейки матки (ПШМ) к родам

Материалы и методы. В рамках ретроспективного исследования произведен анализ течения родов у 635 беременных. Для обработки информации использовались программы: MedCalc, STATISTICA.

Результаты. В 62,8% роды наступили без ПШМ, а в 37,2% с ПШМ, в 58,1% (n=137) использовался один способ: палочки ламинарии (ПЛ) 43,8%, схема родов (СР) 17,5%, мифепристон (М) 16,8%, простин гель (ПГ) 13,1%, катетер Фолея (КФ) 8,8%, а в 41,9% (n=99) применялась их комбинация. Амниотомия как самостоятельный метод индукции родов и ПШМ малоэффективна и в большинстве случаев требует дополнительных методов ПШМ (RR 2,27, p<0,002, NNH=2,6). Произведен анализ относительного риска развития: 1) аномалий родовой деятельности (АРД) при ПШМ ПГ (RR 5,54, p<0,004, NNH=7,3), ПЛ (RR 3,32, p<0,01), КФ (RR 5,54, p<0,01, NNH=7,3); 2) асфиксии новорожденных при ПШМ КФ, ПЛ и СР (RR 9,85, p<0,001, NNH=5,0) и сочетанием ПЛ и КФ (RR 8,86, p<0,02, NNH=5,6); 3) синдрома инфицированного ребенка при ПШМ ПЛ (RR 6,23, p<0,02), КФ и его сочетаниями (RR 11,08, p<0,02); 4) врожденной пневмонии при ПШМ ПЛ, КФ, СР (RR 14,7, p<0,01) и ПГ, ПЛ, КФ, СР (RR 26,6, p<0,002, NNH=5,1); 5) синдрома гипервозбудимости при ПШМ М в сочетании с другими способами ПШМ (RR 11,08, p<0,009); 6) развития геморрагического синдрома, где для ПШМ применялся М и ПГ ((RR 4,43, p<0,01) и (RR 5,25, p<0,005, NNH=7,3)) соответственно, сочетание методов ПГ и КФ (RR 6,65, p<0,04, NNH=5,8) и ПР и СР (RR 8,31, p<0,02, NNH=4,5); 7) риск исхода родов путем экстренного кесарева сечения при ПШМ увеличивается (RR 2,22, p<0,003).

Выводы. Амниотомия как метод индукции родов и ПШМ малоэффективна. При не дифференцированном применении способов ПШМ относительный риск родоразрешения путем кесарева сечения увеличивается в 1,5 раза. Применение мифепристона как самостоятельного способа ПШМ не сопряжено с увеличением ОР перинатальных проблем, развития АРД и увеличением частоты экстренного кесарева сечения. Наиболее не безопасным для новорожденного являются ПШМ с помощью КФ, ПЛ и применение нескольких способов независимо от их комбинации.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОХРАННОСТЬ СПЕРМАТОГЕНЕЗА ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ АЗОСПЕРМИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Е.М. Новиков

Научные руководители – проф. С.И. Гамидов, к.м.н. О.М. Красова, доц. Е.А. Пронкин
*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова
Кафедра урологии*

Цель. Оценить влияние уровня и длительности обструкции семявыносящих путей на морфофункциональное состояние ткани яичка.

Материалы и методы. Исследование проведено на 50 половозрелых лабораторных крысах, которые были разделены на группы: I (n=14) – обструкция семявыносящего протока (СП) проксимально, II (n=14) – дистально, III (n=14) – на уровне придатка яичка, IV (n=8) – контроль – интактные животные. Группы I, II, III наблюдали 3 месяца с момента операции. Далее удаляли яички, придатки и СП. На гистологических препаратах подсчитывали 100 поперечных срезов семенных канальцев (СК). Подсчитано количество СК, содержащих 1, 2, 3, 4-ю стадии развития половых клеток и содержащие только клетки Сертоли (КС). Определяли долю (в %) СК каждого типа и индекс сперматогенеза (ИС) – сумму всех в 100 СК стадий клеток сперматогенеза, деленную на 100 (в %).

Результаты. Контрольный средний объем яичек (Vя) крыс составил $1,46 \pm 0,1 \text{ см}^3$. Во всех опытных группах Vя достоверно уменьшился ($p < 0,05$). Гистология ткани яичка контрольной группы показала, что практически все СК ($98,63 \pm 0,9\%$) содержали герминогенные клетки на всех стадиях созревания, ИС составил $3,98 \pm 0,01$. В исследуемых группах все параметры сперматогенеза оказались достоверно ниже контроля. Это выразилось в снижении ИС, количества СК с 4 стадиями развития клеток, увеличении количества СК с запустеванием. В I группе наблюдалось умеренное подавление сперматогенеза, $51,93 \pm 21,9\%$ СК содержали клетки на всех стадиях, ИС составил $2,87 \pm 0,6$, $15,43 \pm 11,3\%$ СК содержали только клетки Сертоли. Обструкция дистальной части СП привела к выраженному поражению сперматогенеза. Через 3 месяца ИС составил $0,95 \pm 0,2$. Полноценных СК было всего лишь $14,29 \pm 3,7\%$. Больше половины ($66,5 \pm 10,04\%$) СК содержали только КС. В III группе наблюдалось самое тяжелое поражение сперматогенеза, ИС был снижен в 4 раза по сравнению с контролем и составлял $0,85 \pm 0,2$. Зрелые сперматозоиды отмечались лишь в $9,29 \pm 2,7\%$ СК. В $69,29 \pm 8,6\%$ СК отсутствовали герминогенные клетки.

Выводы. Обструкция семявыносящего протока достоверно привела к снижению объема яичек и всех параметров сперматогенеза. Данные изменения зависели от уровня обструкции: чем дистальнее блок, тем более выраженные изменения.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ИСХОДЫ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 1998-2014 гг.

И.О. Оводкова

Научный руководитель – доц. Т.Г. Ткаченко

*Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова
Кафедра педиатрии с курсом детской хирургии*

Цель. Проанализировать динамику распространенности и особенности течения врожденного сифилиса (ВС) в Рязанской области за последние 16 лет.

Материалы и методы. Статистические данные исследованы по различным направлениям, главным из которых является анализ исходов ВС у следующих групп: беременные, больные С-956, число родов у данных женщин, число выкидышей и медицинских аборт, мертворождение, ВС и дети, больные сифилисом (С). Проанализированы основные пути заражения детей в возрасте 0-14 лет (всего 98 человек). Отобраны клинические случаи с различными вариантами течения и исходов ВС.

Результаты. Выявлено снижение заболеваемости С среди беременных на 15% за последние 16 лет. Основная группа женщин (82% от исследуемого количества), больных сифилисом, получала специальное лечение до и во время беременности, что привело к снижению заболеваемости ВС. Среди женщин, получавших лечение, в 17% случаев оно было неполным, что привело к рождению детей с отдельными проявлениями ВС. Основным путём заражения детей на протяжении 16 лет остаётся внутриутробное инфицирование – 51% (50 детей), далее следует бытовое заражение – 34% (n=33) и половой путь – 15% (n=15).

Выводы. Ранний ВС при отсутствии своевременной диагностики у матери и лечения до и во время беременности сохраняет свои классические клинические черты. Для выявления

необходимо двукратное обследование во время беременности и в родах, однако экспресс-диагностика не всегда достоверна. При своевременном выявлении и традиционном лечении пенициллином терапия дает хорошие результаты.

ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ МЫШЦ, ПРИКРЕПЛЯЮЩИХСЯ К КОСТЯМ ТАЗА, У ДЕВУШЕК В ЦЕЛЯХ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ У НИХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

М.В. Паклёва, В.В. Васильева, Е.С. Иванова
Научный руководитель – ст. преп. Э.В. Буланова

*Тверская государственная медицинская академия
Кафедра физической культуры с курсом медицинской реабилитации*

Цель. Осуществить диагностику состояния мышц, прикрепляющихся к костям таза, у девушек с оценкой вероятности развития у них осложнений беременности и родов.

Материалы и методы. Методом слепой выборки была отобрана группа студенток 1-2-го курсов Тверской ГМА (n=132), возраст обследованных 19,0±2,0 года. Девушкам было проведено мышечное тестирование подвздошно-поясничной мышцы, запирательных, грушевидной, малой, средней и большой ягодичных, прямой мышцы живота, наружной и внутренней косых мышц живота, мышц диафрагмы таза, мышцы, выпрямляющей позвоночник, подвздошно-рёберной, квадратной мышцы поясницы, напрягателя широкой фасции бедра, прямой мышцы бедра, задней группы мышц бедра, большой приводящей мышцы бедра по методике В. Янда с оценкой силы мышц по шкале шести степеней, а также оценка статической выносливости этих мышц по 6-бальной шкале по методике Э.В. Буланова.

Результаты. В 50-75% наблюдений сила тестируемых мышц равнялась 3 баллам, что соответствует оценке «слабо», в 10-25% – 1-2 баллам – оценка «очень слабо» и только в 1-10% – 5 баллам – оценка «отлично». У 60% обследованных девушек установлены низкие показатели мышечной силы внутренней косой мышцы живота. Хорошая сила зарегистрирована только у прямой мышцы бедра (4-5 баллов), подвздошно-поясничной мышцы (4-5 баллов) у 57 и 76% обследованных соответственно. В 95% наблюдений установлена асимметрия силы мышц на разных сторонах тела, что является причиной асимметричного расположения отдельных сегментов опорно-двигательного аппарата (ОДА). При оценке статической выносливости мышц, прикрепляющихся к костям таза, в 89-93% наблюдений установлена выносливость «0» баллов (девушки не смогли даже вывести сегмент ОДА в тестируемое исходное положение). В 7-10% наблюдений статическая выносливость распределилась между 1-4 баллами, 5 баллов не установлено ни у одной из обследованных студенток.

Выводы. Таким образом, нами зарегистрировано значительное снижение силы и статической выносливости мышц, прикрепляющихся к костям таза и участвующим в формировании правильной осанки и правильного взаиморасположения костей таза, у нерожавших девушек, что может стать причиной развития у них различных патологических состояний в период беременности и родов.

НОВЫЙ СПОСОБ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ТЕРМИЧЕСКОГО ОЖОГА

А.Е. Пахомова

Научный руководитель – проф. член-корр. РАН А.В. Ефремов

*Новосибирский государственный медицинский университет
Кафедра патологической физиологии и клинической патофизиологии*

Известен ряд способов экспериментального моделирования термических ожогов у лабораторных животных (Моновцов И.А. и др., 2001; Колсанов А.В. и др., 2011; Пономарь Н.С. и др., 2012), которые не позволяют осуществлять нанесение стандартного ожога, что делает нецелесообразным использование этих способов для оценки эффективности методов лечения ожогов.

Цель и задачи. Разработать способ экспериментального моделирования термических ожогов у лабораторных животных.

Материалы и методы. В качестве термического агента электромагнитного излучения в данном способе была использована инфракрасная паяльная станция YaXunYX865D, снабженная внешней термопарой К-типа. Нанесение стандартных ожогов заданной площади $3,14 \text{ см}^2$ и заданной II–III а степени (определяли гистологически) осуществляли на плоском участке тела экспериментальных животных (бедро). В ходе эксперимента использовали следующий режим: расстояние ИК-нагревателя от кожи животного – 15 мм, температура на коже в зоне нагрева – $60 \text{ }^\circ\text{C}$, длительность нагревания – 23 с, мощность – 100 Вт. Площадь полученных ожогов измеряли с помощью «Устройства для измерения площади поверхностных дефектов кожи» (приоритетная справка на полезную модель № 2014151653 от 19.12.2014), представляющее собой прозрачное органическое стекло (полиметилметакрилат) диаметром 75 мм и толщиной 5 мм с нанесенной на него разметкой. Стекло вставлено в пластмассовый каркас от лупы, оснащенный пластиковой ручкой, и зафиксировано с помощью клея.

Результаты. Способ позволяет наносить стандартный ожог одной и той же площади, выраженный в абсолютных (см^2) и в относительных (% от всей площади поверхности тела) единицах, менять площадь и глубину ожога, проводить изменение и измерение площади и глубины ожога, наносить ожог на плоские и неплоские участки тела.

Выводы. Предлагаемый «Способ экспериментального моделирования термического ожога у лабораторных животных» (приоритетная справка на изобретение № 2014152729 от 24.12.2014) может найти применение в экспериментальной и клинической медицине для моделирования поверхностных термических ожогов у лабораторных животных с целью последующей разработки эффективных методов лечения.

РАЗРАБОТКА И ИЗГОТОВЛЕНИЕ УСТРОЙСТВА ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ

А.Е. Пахомова, Е.Е. Пахомова

Научный руководитель – проф. член-корр. РАН А.В. Ефремов

*Новосибирский государственный медицинский университет
Кафедра патологической физиологии и клинической патофизиологии*

Разработано много устройств и способов для измерения поверхностных дефектов кожи (Еникеев Д.А., Гафаров Т.У., 2010; Осинцев Е.Ю., Слободской А.Б., 2013), недостатком которых является использование непрочного материала (миллиметровой бумаги, целлофановой пленки и прозрачной пленки) и непосредственный контакт измерительного устройства с раной.

Цель и задачи. Разработка и изготовление устройства, предназначенного для измерения площади поверхностных дефектов кожи.

Материалы и методы. Предлагаемое «Устройство для измерения площади поверхностных дефектов кожи» представляет собой прозрачное органическое стекло (полиметилметакрилат) толщиной 5 мм с нанесенной на него разметкой. Разметка на органическом стекле нанесена методом лазерной гравировки и имеет форму круга диаметром 75 мм, внутрь которого встроены квадрат с длиной стороны 40 мм. Квадрат разделен на ячейки размером 10×10 мм, каждая из которых также разделена на ячейки размером 2×2 мм. Толщина линий разметки, ограничивающих ячейки размером 10×10 и 2×2 мм, составляет 0,35 и 0,2 мм соответственно. Стекло вставлено в пластмассовый каркас от лупы, оснащенный пластиковой ручкой, и зафиксировано с помощью клея. Лазерная разметка устройства обращена внутрь каркаса. Зазор между устройством и измеряемым объектом составляет 5 мм.

Результаты. Устройство используется следующим образом: после стерилизации одним из холодных способов устройство прикладывается к измеряемому объекту, плотно прижимается к кожным покровам вокруг измеряемого объекта, удерживается за пластиковую ручку. С помощью перманентного маркера по наружной поверхности органического стекла отмечают размеры измеряемого объекта. С помощью ячеек разметки рассчитывают площадь поверхностного дефекта кожи.

Выводы. Предлагаемое «Устройство для измерения площади поверхностных дефектов кожи», разработанное авторами (приоритетная справка на полезную модель № 2014151653 от 19.12.2014), может найти применение в экспериментальной и клинической медицине, и ветеринарии для измерения площади поверхностных дефектов кожи (раны, ожоги, рубцы, пигментные пятна и другие дефекты различной этиологии) и последующей разработки эффективных методов их лечения.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ВЕГЕТАТИВНУЮ ЗАЩИТУ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Е.В. Поликарпова

Научный руководитель – доц. З.А. Зарипова

*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
Кафедра анестезиологии и реаниматологии*

Цель. Оценить адекватность вегетативной защиты на различных этапах анестезиологического обеспечения.

Задачи. Одной из задач анестезиологического обеспечения операций является снижение уровня операционного стресса. Даже в условиях использования многокомпонентной анестезии не всегда удаётся достичь полного нивелирования хирургической агрессии, проявляющейся субклинической ишемией миокарда. Задача исследования – неинвазивными методами оценить реактогенность сосудов в условиях анестезии как маркера адекватности анестезиологической защиты.

Материалы и методы. В исследование включены 22 пациентки в возрасте до 45 лет, без сопутствующих заболеваний, которым выполнялись эстетические операции в условиях ингаляционной анестезии. Выделены 2 группы: с использованием севорана (n=14) и закиси азота (n=8). Всем были выполнены пробы с реактивной гиперемией на 4 этапах: до операции, после интубации трахеи, в период поддержания анестезии, после экстубации. На всех этапах оценивали интегральный показатель функции эндотелия (ПФЭ) как маркер адекватности вегетативной защиты.

Результаты. До операции только у 5 пациенток имелся нормальный уровень ПФЭ. Сразу после интубации трахеи (в пределах 3-5 минут) было получено снижение ПФЭ в 13 случаях (59,1%): в группе севорана – в 8 из 14 (в 57,1%), а в группе закиси азота – в 5 из 8 (62,5%).

В период поддержания анестезии у 10 пациенток (45,5%) наблюдался прирост ПФЭ по сравнению с предыдущим этапом: у 6 из группы закиси азота (75%), и у 4 (28,6%) в группе севорана. Однако у оставшихся 12 пациенток (54,5%) ПФЭ на этом этапе прогрессивно снижался или оставался на прежнем уровне. В период после экстубации у 12 пациенток (54,5%) зарегистрирован второй «пик» снижения ПФЭ.

Выводы. Операционный стресс вносит существенный вклад в развитие дисфункции эндотелия как предиктора сердечно-сосудистой патологии. Во время анестезии функция эндотелия значительно меняется, независимо от вида анестетика. Стандартные схемы анестезии не учитывают реактогенность сосудов, что может в ряде случаев приводить к неадекватности нейровегетативной стабилизации как одного из главных компонентов анестезиологического пособия.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОДНОНУКЛЕОТИДНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

В.Е. Потапов, А.К. Логвинов, С.А. Заруцкий, Н.В. Антипова
Научный руководитель – доц. Д.Г. Пасечник
Ростовский государственный медицинский университет
Кафедра патологической анатомии

Цель. Определение особенностей распределения (однонуклеотидных полиморфизмов) SNPs генов, ассоциированных с артериальной гипертензией (АГ), у больных с хронической болезнью почек (ХБП).

Задачи. Выявить частоту встречаемости SNPs, ассоциированных с АГ, у больных с ХБП и связь их с тяжестью ХБП и ведущими клиническими синдромами.

Материалы и методы. Использовались данные историй болезни и результаты патоморфологических исследований биоптатов почек 69 пациентов с различными формами гломерулонефритов. SNPs генов ADD1(G1378T), AGT(C521T), AGT(T704C), AGTR1(A1166C), AGTR2(G1675A), CYP11B2(C(-344)T), GNB3(C825T), NOS3(G894T), NOS3(T(-786)C) выявлялись методом полимеразной цепной реакции в детектирующем амплификаторе ДТ-96. Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием критерия χ -квадрат, с помощью пакета Statistica 10.

Результаты. Среди обследуемых были 41 – мужчина и 28 – женщин. Средний возраст – 38 лет. Ведущими клиническими синдромами были: нефротический (НС) – 47 (68,1%) наблюдений, нефритический (Нф) – 12 (17,4%). ХБП I стадии выявлена у 40 (58%) больных, II стадии – у 17 (24,6%), III стадии – у 8 (11,6%), ХБП IV и V стадии встретилась в единичных случаях. При оценке корреляции между частотой встречаемости SNPs и степенью тяжести ХБП была отмечена достоверная связь для AGT(C521T) ($\tau = 0,23$, $p < 0,05$; χ^2 : $p = 0,05$). 3 (37,5%) гомозиготных и 4 (16%) гетерозиготных носителя SNP GNB3 (C825T) достоверно чаще имели ХБП III стадии по сравнению с 2,78% (1 пациент) носителей нормального генотипа ($p < 0,01$). Все SNPs с высокой частотой выявлялись у наших больных с НС (значимо связан с AGTR1(A1168C) при $p = 0,01$, AGTR2(G1675A) при $p = 0,04$) и Нф (значимо связан с AGTR1(A1168C) при $p = 0,01$). НС встречался у 21 (84%) гетерозиготного и 3 (37,5%) гомозиготных носителя SNP GNB3(C825T), что достоверно чаще по сравнению с 23 (63,89%) носителями нормального генотипа ($p < 0,04$).

Выводы. У больных, имеющих ХБП, часто выявляются SNPs генов, ассоциированных с АГ. Установлена достоверная связь между частотой SNPs и степенью тяжести ХБП для AGT (C521T). Наличие SNPs генов AGTR1(A1168C), AGTR2(G1675A), GNB3(C825T) ассоциируется с НС. Можно предположить, что данные SNPs являются важными маркерами для прогноза прогрессирования хронической почечной недостаточности.

СПОСОБ СПЕЦИФИЧЕСКОГО НЕКОНКУРЕНТНОГО ИНГИБИРОВАНИЯ БЕТА-ЛАКТАМАЗНОЙ АКТИВНОСТИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

А.Р. Прудников, Т.А. Торосян

Научный руководитель – проф. И.В. Жильцов

*Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней*

Цель. Оценить степень угнетения бета-лактамазной активности ротовой жидкости под воздействием ингибиторов бета-лактамаз класса А, взятых в заведомо избыточной концентрации.

Материалы и методы. В данном эксперименте были использованы 16 проб ротовой жидкости с наиболее высоким уровнем бета-лактамазной активности. К 100 мкл образцов ротовой жидкости добавляли 50 мкл раствора тазобактама с концентрацией 20 мг/мл в 0,1 М ФБР, рН 7,4. К контрольным пробам вместо раствора тазобактама добавляли 50 мкл 0,1 М ФБР, рН 7,4. После этого к опытным и контрольным пробам добавляли 50 мкл раствора нитроцефина в концентрации 0,1 мг/мл. Затем приготовленные пробы инкубировали при 37°C в течение 120 минут, после чего производили замер оптической плотности реакционной смеси при 492 нм и рассчитывали бета-лактамазную активность образцов. В дальнейшем производилось сравнение бета-лактамазной активности образцов ротовой жидкости до и после обработки тазобактамом.

Результаты. Ингибирование бета-лактамазной активности проб ротовой жидкости раствором тазобактама в итоговой концентрации 5 мг/мл показало, что указанная активность после ингибирования снизилась в среднем на $81,1 \pm 19,4\%$. Средний уровень бета-лактамазной активности проб до ингибирования составил 72,6% (95% ДИ: 66,7...78,5; min 55,5 max 91,2), после ингибирования – 11,2% (95% ДИ: 4,2...18,2; min 0 max 36,9).

При этом следует отметить, что в 10 из 16 исследованных проб (62,5%; 95% ДИ: 38,8...86,2) бета-лактамазная активность в результате ингибирования снизилась практически до нуля (уровень снижения составил 95-100% от исходного). Это подтверждает, что бета-лактамазная активность в данных образцах ротовой жидкости связана исключительно с присутствием в них бактериальных бета-лактамаз класса А, поскольку тазобактам не взаимодействует с бета-лактамазами других классов, а бета-лактамазную активность человеческого сывороточного альбумина (ЧСА) он ингибирует в значительно меньшей степени.

Выводы. Основным компонентом общей бета-лактамазной активности является выработка бактериальных бета-лактамаз, обуславливающих около 80% активности. Остальные 20% приходится на эндогенные факторы (в частности ЧСА).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ФИЗКУЛЬТУРНЫХ ЗАНЯТИЙ, ОРГАНИЗОВАННЫХ ТРАДИЦИОННЫМ И НЕТРАДИЦИОННЫМ СПОСОБАМИ

Д.В. Сорока, О.И. Соловьёв, М.Ю. Макаров

Научный руководитель – ст. преп. Э.В. Буланова

*Тверская государственная медицинская академия
Кафедра физической культуры с курсом медицинской реабилитации*

Цель. Осуществить сравнительный анализ динамики функционирования сердечно-сосудистой системы (ССС) в процессе занятий, организованных традиционным способом и способом «Весёлые площадки».

Материалы и методы. Методом слепой выборки из студентов первого курса были сформированы экспериментальная и контрольная группы в количестве 30 человек (средний

возраст 17,5 года). На первом этапе со студентами экспериментальной группы были проведены два физкультурно-оздоровительных занятия (ФОЗ): 1) организованное традиционным способом, 2) организованное способом «Весёлые площадки». Обе с врачебно-педагогическим наблюдением и регистрацией изменений функционирования ССС в процессе занятий. На втором этапе ФОЗ проводились в течение 4 месяцев в экспериментальной группе способом «Весёлые площадки», в контрольной – традиционным способом. Спустя 4 месяца было проведено контрольное исследование параметров функционирования ССС.

Результаты. При построении ФОЗ способом «Весёлые площадки» изменение показателей работы ССС шло параллельно изменениям нагрузки, в работе сердечной мышцы не возникло перегрузок. При регистрации изменений в работе ССС в процессе традиционного ФОЗ установлен момент перегрузки сердечной мышцы у всех занимающихся: состояние, когда частота сердечных сокращений растёт, а сила сердечных сокращений падает. Это сопровождается падением систолического выброса, несмотря на продолжающееся увеличение физической нагрузки. При субъективной оценке студентами переносимости физической нагрузки на занятиях предпочтение было отдано занятию, организованному способом «Весёлые площадки». Анализ динамики функционирования ССС через 4 месяца регулярных занятий показал, что в экспериментальной группе возросли функциональные возможности сердечной мышцы в покое, в контрольной – незначительно снизились; повысились адаптационные возможности ССС у студентов экспериментальной группы и снизились – в контрольной; значительно снизилось время восстановления после нагрузки у студентов экспериментальной группы, в контрольной группе оно возросло.

Выводы. Таким образом, нами установлено, что построение ФОЗ способом «Весёлые площадки» оказывает более высокое оздоровительное воздействие на ССС современных учащихся по сравнению с традиционным способом организации ФОЗ.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ СО СТОРОНЫ МАТЕРИ

А.С. Софонова

Научный руководитель – проф. Е.И. Барановская
*Белорусский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии*

Цель. Выявить особенности состояния плода у женщин с гипертензивными нарушениями.

Задачи. Качественный и количественный анализ результатов гистологического исследования последов. Анализ внутриутробного состояния плода и состояния новорожденных на первых минутах жизни. Определение особенностей состояния плода при различных формах гипертензии матери и соответствующих изменениях последа.

Материалы и методы. Истории родов и результаты гистологического исследования последа 91 женщины, родоразрешенной в «Городском клиническом родильном доме № 2» г. Минска в период 2013-2014 гг. Пациентки разделены на две группы: I группа – 45 женщин с гипертензивными расстройствами, II группа – 46 женщин с нормотонией при доношенной беременности. В I группе выделены подгруппы: женщины с гестационной гипертензией (ГГ), хронической артериальной гипертензией (ХАГ) и преэклампсией (ПЭ).

Результаты и выводы. Преимущественные структурные изменения в подгруппе с ГГ – воспалительные процессы (27,8%), в подгруппе с ХАГ – нарушение созревания плаценты (57%), в подгруппе с ПЭ – циркуляторные нарушения (38,5%) и нарушения созревания (38,5%). В I группе у 15,6% ($p=0,03$) диагностирована хроническая гипоксия плода (ХГП) и задержка роста плода (ЗРП), в частности, при ХАГ выявлена ХГП у 21%, ЗРП у 36% пациенток. Оценка состояния по шкале Апгар менее 7 баллов в I группе выявлена у 24,4% ($p=0,005$) новорожденных, преимущественно в подгруппах с ПЭ (46,2%) и с ХАГ (28,6%).

Основной способ родоразрешения в группе – кесарево сечение (66,7%). Показания со стороны плода были в 26,6% случаев, преимущественно в подгруппе с ХАГ (42,9%).

Преимущественные изменения последа при гестационной гипертензии – воспаление, при хронической АГ – нарушение созревания ворсин хориона, при преэклампсии – циркуляторные расстройства и нарушение созревания ворсин хориона. Хроническая АГ ассоциирована с хронической гипоксией и задержкой роста плода, досрочным родоразрешением. Неблагоприятное состояние новорожденных соотносится с преэклампсией у рожениц.

АНАЛИЗ МОЛЕКУЛЯРНЫХ ПАРАМЕТРОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.Ю. Усолова

Научный руководитель – проф. С.В. Петров

Казанский государственный медицинский университет

Кафедра общей патологии

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в мире по частоте встречаемости злокачественных новообразований у женщин.

Цель. Изучить экспрессию ключевых маркеров РМЖ у больных, лечившихся в Республиканском клиническом онкологическом диспансере (РКОД) Татарстана.

Материал и методы. Материалом для иммуногистохимического анализа эстрогеновых и прогестероновых рецепторов, а также белка Ki-67 являлись биоптаты молочной железы больных, лечившихся с декабря 2013 по июнь 2014 г. Молекулы, значимые для прогноза, определяли иммуногистохимическим стандартизированным методом на автостейнере.

Результаты. Было проанализировано 979 случаев инвазивного РМЖ (работа с журналами регистрации диагнозов по биоптатам). Было показано, что эстрогеновые рецепторы выявлялись в 77,12% случаев (n=755), а рецепторы прогестерона – несколько реже – в 65,37% (n=640). Другим важным молекулярным маркером является белок Ki-67, по экспрессии которого определяется фракция пролиферирующих опухолевых клеток. Высокий индекс Ki-67 (более 20% клеток опухоли позитивны) был в 56,18% случаев. У женщин до 35 лет РМЖ отмечен лишь в 2,86% наблюдений, в возрасте от 35 до 50 лет – 20,33%, большинство заболевших женщин относились к возрастной группе «старше 50 лет». Следует отметить, что помимо указанной когорты больных, встречались случаи рака молочной железы у мужчин (n=3).

Выводы. Показано, что большинство опухолей у больных РМЖ являются позитивными на гормональные рецепторы. Это соответствует общемировым данным и указывает на хороший прогноз течения опухолевого процесса, предсказывает чувствительность новообразования к антигормональной терапии. Индекс пролиферации (по Ki-67) в большинстве случаев оказался высоким, что может использоваться химиотерапевтом для коррекции лекарственного лечения. В нашей работе показано преобладание больных старшей возрастной группы в сравнении с более молодыми. Редкие наблюдения РМЖ у лиц моложе 35 лет могут быть связаны с отягощённым семейным анамнезом.

СОДЕРЖАНИЕ НИТРАТ/НИТРИТОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ И СРОДСТВО ГЕМОГЛОБИНА К КИСЛОРОДУ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ ЛИПОПОЛИСАХАРИДА

М.Э. Фираго, А.В. Субач

Научный руководитель – проф. В.В. Зинчук

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра нормальной физиологии

Цель. Изучить характер изменений кислородсвязующих свойств крови и активности L-аргинин-NO системы при окислительном стрессе, индуцированном длительным введением липополисахарида (ЛПС).

Задача. Определение суммарного содержания нитрат/нитритов (NO_x) и сродства гемоглобина к кислороду (СГК) в условиях трехкратного введения ЛПС.

Материалы и методы. Работа выполнена на крысах-самцах массой 200-250 г, которым трехкратно внутрибрюшинно с интервалом между инъекциями 1 сутки вводился ЛПС *E. coli* в дозе 5 мг/кг. Животным контрольной группы вводили внутрибрюшинно болюсно 0,9% раствор NaCl. В условиях адекватной аналгезии через 12 часов после последнего введения ЛПС проводили забор крови для дальнейшего исследования. По показателю $p50$ ($p\text{O}_2$ крови при 50% насыщении ее кислородом) определяли СГК методом «смешивания» при температуре 37°C , $\text{pH}=7,4$, $\text{pCO}_2=40$ мм рт. ст. ($p50_{\text{станд}}$), а затем рассчитывали $p50$ при реальных условиях этих параметров по формуле J.W. Severinghaus ($p50_{\text{реал}}$). Содержание NO_x в плазме крови оценивали спектрофотометрически с использованием реактива Грисса на спектрофотометре СФ-46 при длине волны 540 нм. Полученные результаты обрабатывали статистически с использованием U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. После трехкратного внутрибрюшинного введения ЛПС в дозе 5 мг/кг отмечается изменение кислородсвязующих свойств крови. Так, величина реального $p50$ уменьшилась с $38,1 \pm 0,3$ до $36,3 \pm 0,2$ мм рт. ст. (4,8%, $p < 0,01$), что обуславливает сдвиг кривой диссоциации оксигемоглобина влево. Это свидетельствует об ограничении поступления кислорода в ткани, что обеспечивает адекватное снабжение тканей кислородом в соответствии с их потребностью в нем, тем самым, предупреждая избыточное его использование для свободнорадикального окисления. Содержание NO_x через 12 часов после последнего введения ЛПС увеличился с $17,89 \pm 1,26$ до $41,52 \pm 3,75$ мкмоль/л (132,1%, $p < 0,01$), что указывает на увеличение образования NO в организме.

Выводы. При длительном введении ЛПС наблюдается увеличение СГК, сопровождающееся ростом NO_x , что свидетельствует об участии L-аргинин-NO системы в формировании кислородсвязующих свойств крови, так как NO может определять СГК.

ВОЗМОЖНОСТИ ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.А. Хайруллин, М.В. Останина, А.М. Погосян

Научный руководитель – проф. Б.Б. Капустин

Ижевская государственная медицинская академия

Кафедра госпитальной хирургии

Цель. Оценить возможности применения транскутанной пульсоксиметрии в проекции ветвей артериальной дуги стопы у пациентов с хронической артериальной недостаточностью (ХАН) и критической ишемией нижних конечностей (КИНК).

Задачи. Измерить сатурацию кислородом (SpO_2) у пациентов без нарушения кровотока. Проанализировать изменения SpO_2 у больных с ХАН 2 и 3,4-й стадии и в состоянии КИНК.

Материалы и методы. Обследованы 53 пациента отделений хирургического профиля на базах ГКБ № 2 и № 6 г. Ижевска. Для анализа сформированы 3 группы пациентов: без признаков ХАН – 23; с ХАН 2-й стадии – 19 больных и в стадии «критической ишемии» – 11. Средний возраст обследованных составил $56,39 \pm 18,89$ года. Стадии ХАН подтверждены ультразвуковым ангиосканированием с определением лодыжечно-плечевого индекса, селективной ангиографией (по показаниям). Исследование проведено пульсоксиметром popin опух 9500 с длиной волны луча: красный – 660 нм, инфракрасный – 925 нм. Измеряемый диапазон прибора 0-100% с точностью $\pm 2\%$. Зоной изучения сатурации была проекция ветвей артериальной дуги стопы (в области I пальца и головки V плюсневой кости) пораженной конечности.

Результаты. Средние показатели SpO₂ у пациентов без нарушения кровотока на I пальце и в проекции головки V плюсневой кости составили $94,65 \pm 3,26\%$ и $93,21 \pm 3,23\%$ соответственно, без достоверных отличий параметров. Насыщение кислородом артериальной крови у больных с ХАН 2-й стадии на I пальце стопы составило $88,36 \pm 4,69\%$ и $90,3 \pm 5,4\%$ – в проекции головки V плюсневой кости без статистически достоверной разницы показателей. У пациентов с КИНК среднее значение SpO₂ в области I пальца снижено до $84,18 \pm 4,06\%$ и в проекции головки V плюсневой кости до $81,63 \pm 4,5\%$.

Выводы. Полученные предварительные результаты позволяют нам выявить разницу показателей транскутанной пульсоксиметрии у здоровых (без признаков ХАН) пациентов, у больных с ХАН 2-й стадии и пациентов с КИНК.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХОНДРОМАЛЯЦИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

И.А. Чанцев

Научный руководитель – доц. А.В. Мартинович

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
Кафедра травматологии и ортопедии*

Цель. Оценка эффективности современных методов артроскопического лечения хондромалиции коленного сустава (КС) в сочетании с последующим введением в полость сустава препарата гиалуроновой кислоты при ближайших и длительных результатах.

Материал и методы. Обследованы 50 больных с хондромалицией суставных поверхностей КС I-IV степени, которым проводилось артроскопическое лечение в 2014 г. на базе больницы № 6 г. Минска. Проведен сравнительный анализ ближайших и длительных результатов послеоперационного лечения пациентов, которым проводилась вискоасплементарная терапия. Клиническая оценка эффективности введения гиалуроновой кислоты осуществлялась до начала лечения, после курса лечения, через 3 и 6 месяцев после курса лечения по следующим критериям: профиль шкалы исхода травмы и ОА КС (Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score – KOOS); динамика индекса WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities); динамика индекса Лекена; уровень боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты. Не зарегистрировано осложнений внутрисуставного введения препарата (таких как инфекция, повреждения иглой, дискомфорт (боль) в месте введения, развитие синовита, проявления побочных реакций) как непосредственно после введения препарата, так и на протяжении 6 месяцев наблюдения. После проведения курса лечения гиалуроновой кислотой выявлена положительная динамика показателей, оцениваемых по KOOS у всех пациентов. Положительная динамика отмечена по индексу WOMAC. Значительно снизилась выраженность болевого синдрома по ВАШ как в покое, так и при ходьбе. Через 3 месяца после курса лечения наблюдался клинический эффект при внутрисуставном способе введения препарата гиалуроновой кислоты. Через 6 месяцев наблюдения, хотя и выявлено незначительное ухудшение анализируемых показателей в сравнении с результатом,

достигнутым непосредственно после курса лечения, в то же время в среднем по группе эти показатели были лучше, чем до лечения, что свидетельствует о сохранении терапевтического эффекта вискозапплементарной терапии на протяжении 6 месяцев после курса лечения.

Выводы. Артроскопическое лечение с последующим введением гилауроновой кислоты позволяет избежать отрицательного влияния промывной жидкости на метаболизм и структуру суставного хряща и добиться длительного эффекта в отношении основных клинических симптомов (боль и функция сустава), влияющих на качество жизни. Эффект зависит от выраженности изменений хряща, по данным артроскопии, и не зависит от возраста и длительности заболевания.

ВЛИЯНИЕ АНАЛОГА ТРИПЕПТИДА GLY-HIS-LYS НА ПОВЕДЕНИЕ ЖИВОТНЫХ В ТЕСТЕ ПРИПОДНЯТОГО «КРЕСТООБРАЗНОГО» ЛАБИРИНТА

О.И. Чернышёва

Научный руководитель – проф. И.И. Бобынцев

Курский государственный медицинский университет

Кафедра патофизиологии

Цель. Изучение влияния аналога пептида Gly-His-Lys на поведение животных в тесте приподнятого «крестообразного» лабиринта.

Материалы и методы. Эксперименты выполнены на 40 крысах-самцах Вистар массой 180-220 г. Животные содержались в клетках по 10 особей в стандартных условиях вивария со свободным доступом к воде и пище при 12-часовом световом режиме и контролируемой температуре ($22 \pm 2^\circ\text{C}$). В работе использовали модифицированный аналог пептида Gly-His-Lys-Gly-His-D-Lys, синтезированный в НИИ химии Санкт-Петербургского государственного университета. Пептид растворяли в физиологическом растворе и вводили внутривентриально за 12 минут до начала опыта в дозах 0,5, 5 и 50 мкг/кг. Контрольным животным вводили эквивалентные объемы физиологического раствора из расчета 1 мл на 1 кг массы. Анксиолитическое действие пептида исследовали с использованием методики приподнятого «крестообразного» лабиринта. Достоверность результатов оценивали с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты. Замена L-лизина на D-лизин сопровождалась значительным снижением поведенческой активности у крыс и фактически привела к нивелированию анксиолитического действия, доказанного у пептида Gly-His-Lys. Достоверно значимо превышали контрольные значения только время нахождения на центральной площадке после введения пептида в дозах 0,5 мкг/кг (на 134%, $p < 0,01$) и 50 мкг/кг (на 56%, $p < 0,05$) и количество заходов в закрытые рукава при меньшей дозе (на 59%, $p < 0,05$).

Выводы. Изменение структуры молекулы привело к смене направленности нейротропного эффекта со значительным нивелированием анксиолитического эффекта и повышением уровня тревожности. Одним из предполагаемых механизмов полученных фактов может являться изменение рецепции модифицированных молекул.

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИБРЮШИННОГО ВВЕДЕНИЯ ПЕПТИДА АКТГ (4-7)-ПГП НА АНТИОКСИДАНТНУЮ СИСТЕМУ ПЕЧЕНИ

О.М. Шепелева

Научные руководители – проф. И.И. Бобынцев, проф. А.В. Иванов

Курский государственный медицинский университет

Кафедра общей гигиены

Цель. Изучить гепатопротекторные эффекты пептида АКТГ (4-7)-ПГП (семакса).

Задачи. Оценить состояние активности процессов перекисного окисления липидов в печени крыс после введения пептида АКТГ (4-7)-ПГП.

Материалы и методы. Эксперимент выполнен на крысах-самцах Вистар массой 250-300 г, разделенных на группы по 11 особей. Пептид растворяли в изотоническом растворе хлорида натрия и вводили внутривенно в дозах 5, 50, 150 и 450 мкг/кг массы тела 1 раз в сутки в течение 5 дней. Контрольная группа животных получала эквивалентные объемы физиологического раствора. На 5-й день животных выводили из эксперимента путем обескровливания под эфирным наркозом. Навеску части печени помещали в холодный физиологический раствор и гомогенизировали с последующей заморозкой при -20°C . Функциональное состояние ферментативного звена антиоксидантной системы печени оценивали по содержанию супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы. Активность ферментов определяли спектрофотометрическим методом. Статистическую обработку результатов производили с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты. При введении пептида в дозе 5 мкг/кг отмечалось достоверное увеличение ($p<0,05$) активности СОД на 12,3% по сравнению с животными контрольной группы. Увеличение вводимой дозы пептида до 50 мкг/кг сопровождалось более выраженным увеличением активности фермента – на 18% ($p<0,05$). При дальнейшем увеличении дозы до 150 и 450 мкг/кг эффекты пептида нивелировались. Сходный эффект пептида наблюдался и в отношении активности каталазы. Так, при использовании пептида в дозе 5 мкг/кг активность её возрастала на 27,2% ($p<0,05$) по сравнению с контрольной группой, а в дозе 50 мкг/кг соответствующие изменения составили 24,2% ($p<0,05$). Активность каталазы под влиянием больших доз пептида (150 и 450 мкг/кг) имела тенденцию к возрастанию, но не достигала достоверных различий по сравнению с контрольной группой.

Выводы. На основании полученных данных можно заключить, что после введения пептида АКТГ (4-7)-ПГП в дозах 5 и 50 мкг/кг активизируется ферментативное звено антиоксидантной системы печени, что свидетельствует о гепатопротекторном эффекте препарата в вышеуказанных дозах.

МЕТОД ПРОВЕДЕНИЯ ЭФИРНОГО НАРКОЗА ПО ЗАКРЫТОМУ КОНТУРУ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

А.П. Якубовский, Р.Р. Жмайлик

Научный руководитель – доц. В.Д. Меламед

Гродненский государственный медицинский университет

2-ая кафедра хирургических болезней

Цель. Создание доступной и надежной методики эфирного наркоза по закрытому контуру в экспериментальной хирургии.

Материалы и методы. В качестве лабораторных животных использовали 5-6-месячные самки белых крыс линии «Wister» массой 140-160 г в условиях вивария Гродненского ГМУ. Для анестезии избрали эфирный наркоз. В стеклянную емкость объемом 3 литра вводили 3 мл эфира, туда помещали крысу. Сверху емкость закрывали стеклянной крышкой. Экспозиция нахождения крысы составляла 5 минут, после чего животное извлекали,

помещали на операционный стол и фиксировали. На голову крысы надевали свободный конец кондома, дистальную часть его отрезали и фиксировали к горлышку стеклянной емкости объемом 400 мл, куда предварительно вводили 1 мл эфира. При необходимости добавляли 1-2 мл эфира.

Результаты. Суммарно затраты эфира на одно животное составляли 4-6 мл, что было обусловлено продолжительностью, либо инвазивностью предстоящего оперативного вмешательства. Достоинством предлагаемой методики являлось почти 100% безопасность для крысы. Единичные неудачи связывали с состоянием животного до операции. Использование кондома в качестве маски позволяло также контролировать наличие дыхания, так как во время операции создаются условия, когда движения грудной клетки увидеть крайне затруднительно. Единственным ограничением данной методики являлось невозможность использования ее при проведении операций в области головы. Учитывая возможность возгорания и взрывоопасности эфира, а также, что особенно актуально, токсическое действие паров эфира на экспериментатора, разработанная модель наркоза по закрытому контуру позволяет избежать этих осложнений. Было проведено 50 операций, целью которых явилось моделирование полнослойного кожного дефекта (32), лапаротомии (18). Погибли 2 крысы, которые входили в последнюю группу, причем до операции они вели себя агрессивно. Работа на шокогенной зоне и предшествовавший стресс привели к неблагоприятному результату. В послеоперационном периоде ни одна крыса не погибла.

Выводы. Использование эфирного наркоза по закрытому контуру является простым, надежным, эффективным, удобным, быстрым, дешевым и безопасным методом, который может использоваться в любой лаборатории.

УДК 615.322

МОРФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОПЕЕЧНИКА КУСТАРНИКОВОГО (*HEDYSARUM FRUTICOSUM PALLAS*)

Е.Г.Коган

Научный руководитель – доц. А.Н. Кисилёва

*Смоленский государственный медицинский университет**Кафедра фармацевтической химии и фармакогнозии*

Резюме. В статье описываются результаты микроморфологического исследования копеечника кустарникового, содержащего комплекс биологически активных веществ.

Ключевые слова: микроморфологическое исследование, копеечник, растения

MORPHOLOGICAL AND ANATOMICAL RESEARCH OF HEDYSARUM FRUTICOSUM PALLAS

E.G. Kogan

Scientific advisors – associate prof. A.N. Kisilyova

*Smolensk State Medical University**The Department of Pharmaceutical Chemistry and Pharmacognosy*

Abstract. The paper describes certain results of micromorphological and anatomical properties of *Hedysarum fruticosum* that contains complex of biologically active substances.

Key words: micromorphological properties, *Hedysarum*, plants

Актуальность. В настоящее время одной из приоритетных задач отечественного здравоохранения является расширение ассортимента используемых лекарственных средств за счет внедрения в медицинскую практику новых препаратов растительного происхождения. Лекарственные средства из растительного сырья обладают рядом преимуществ, в сравнении с синтетическими, они характеризуются мягкостью воздействия на организм человека, отсутствием побочных эффектов, возможностью длительного применения с целью лечения и профилактики заболеваний [1, 2].

Цель. Изучить микроскопические особенности надземных частей копеечника кустарникового для выявления диагностических признаков сырья.

Материалы и методы. Объектом исследования служили надземные части копеечника кустарникового (*Hedysarum fruticosum Pallas*), собранные на территории района Южный лагерь близ Улан-Удэ. При микроскопическом и гистохимическом анализе использовался микроскоп «Альтами БИО 6».

Микроморфологическое изучение копеечника кустарникового основано на исследовании цельного, резаного и порошкообразного лекарственного растительного сырья.

Для выявления анатомического строения цельного сырья его предварительно подготавливают путем просветления сырья в растворе щелочи. Для этого кусочки листовой пластинки (с краем листа и жилкой), венчика и чашечки кипятят в пробирке с 5% водным раствором NaOH в течение 2 минут, с последующим промыванием в дистиллированной воде. На чистое предметное стекло наносят каплю включающей жидкости (глицерин, хлоралгидрат), помещают подготовленный объект, накрывают сверху покровным стеклом и производят микроскопирование (окуляр $\times 20$ и объектив $\times 4$, $\times 10$, $\times 40$).

Для приготовления препарата из порошкованного сырья на предметное стекло помещают 2 капли хлоралгидрата, смачивают в нем конец препаровальной иглы и переносят исследуемый порошок на предметное стекло, накрывают сверху покровным стеклом. Далее предметное стекло с объектом нагревают до полного просветления и после охлаждения микроскопируют.

Результаты. Копеечник кустарниковый (*Hedysarum fruticosum Pallas*) семейство бобовые (*Fabaceae*) – многолетний кустарник или полукустарник, деревенеющий иногда только у

основания, высотой 30-120 см. Стебли прямостоячие, могут быть вильчатые, прижато опушенные. Листочки в числе 4-10 пар, продолговатые или эллиптические, длиной 1-4 см, шириной до 1,5 см, с обеих сторон прижато опушенные, сероватые, иногда сверху почти голые. Кисть рыхлая, 5-10-цветковая, изредка ветвистая и тогда более многоцветковая. Прицветники мелкие, рано опадающие. Чашечка длиной около 5 мм, зубцы ее треугольно-ланцетные или треугольные, в 1,5-3 раза короче трубки [3]. Венчик розовый, в сухом состоянии пурпурово-фиолетовый, длиной 16-20 мм. Лодочка немного короче широкого флага, крылья вдвое короче лодочки. Завязь и бобы опушенные, иногда голые. Членики бобов в числе 2-5, продолговато-эллиптические, нередко с утолщениями, иногда с бугорками.

При рассмотрении листа с поверхности видны клетки эпидермиса с зубчатыми (верхняя сторона) и извилистыми (нижняя сторона) стенками. На нижней стороне листа выявлено большое количество простых многоклеточных волосков с округлой базальной клеткой, имеющей утолщенные стенки и расположенной почти под прямым углом к базальной длинной конечной клетке с коричневым содержимым. Устьичный аппарат аномоцитного типа. Околоустьичных клеток 3-6. Вдоль жилки обнаруживаются многочисленные призматические кристаллы оксалата кальция.

Выводы. В результате проведенного исследования выявлены основные диагностические признаки надземных органов копеечника кустарникового. К ним относятся трихомы, представленные простыми многоклеточными волосками. Обнаруженные структуры представляют собой сферические схизо-лизигенные вместилища с бурым секретом. Кроме вместилищ с бурым содержимым, присутствуют два вида железок по краю чашелистиков и лепестков: стебельчатые в виде черных точек на небольших округлых выростах и пигментированные округлой формы.

Литература

1. Киселева Т.Л. Основные тенденции развития натуротерапии и гомеопатии в России // Традиционная медицина-2007: Сборник научных трудов конгресса, 1-3 марта 2007 г., Москва, 2007. - С. 9-14.
2. Самылина И.А., Киселева Т.Л. Стандартизация свежего лекарственного сырья // Фармация.- 2007.- № 4.- С. 49-51.
3. Фармакогнозия. Атлас: учебное пособие: в 2-х томах. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007. – Т. 1. – 192 с.

УДК 61:001:378

ИТОГИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ СМОЛЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ЗА 2010-2014 ГГ.

В.В. Бекезин, В.С. Петров, И.А. Платонов, Е.П. Кузьмина
Смоленский государственный медицинский университет

Резюме. В статье представлены данные по итогам научно-исследовательской работы СГМУ за 2014 год и конкурсам в области науки и инноваций за последнее пятилетие, посвященным 95-летию вуза.

Ключевые слова: научно-исследовательская работа, кафедры, научные подразделения

RESEARCH RESULTS OF THE SSMU FOR 2010-2014

V.V. Bekezin, V.S. Petrov, I.A. Platonov, E.P. Kuzmina
Smolensk State Medical University

Abstract. In the article data on research activities of the SSMU for 2010-2014 are given.

Keywords: research work, departments, scientific divisions

В 2014 году научный рейтинг подразделений академии (кафедр и научных подразделений) оценивался по шкале, утвержденной на заседании Ученого совета научных подразделений в 2013 году. Итоги научно-исследовательской работы были подведены и утверждены на заседании Ученого совета научных подразделений 27 марта 2015 года.

Основным отличием измененной рейтинговой системы 2013 года является увеличение количества баллов за открытия, публикации статей в зарубежных рецензируемых журналах, выполнение НИР в рамках государственного задания Министерства Здравоохранения РФ.

Итоговый удельный рейтинг кафедр академии был рассчитан с учетом их штатного расписания. Итоговым рейтингом научных подразделений является общий рейтинг их научных сотрудников.

Конкурс по итогам НИР за 2014 год среди кафедр вуза проводился в 2 номинациях: «Лучшая теоретическая кафедра» и «Лучшая клиническая кафедра».

Результаты в номинациях «Лучшая теоретическая кафедра» и «Лучшая клиническая кафедра» представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1. Рейтинг теоретических кафедр за 2014 год

№	Название кафедры	Удельный рейтинг
1.	Кафедра фармакологии	37,09
2.	Кафедра нормальной физиологии	31,09
3.	Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии	27,67
4.	Кафедра управления и экономики фармации	25,90
5.	Кафедра патологической физиологии	15,43
6.	Кафедра фармацевтической технологии	15,37
7.	Кафедра философии, истории медицины с курсом психологии и педагогики	14,68
8.	Кафедра микробиологии	10,86
9.	Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф с курсом последипломного образования	10,29

10.	Кафедра общей и медицинской химии	7,28
11.	Кафедра иностранных языков	6,78
12.	Кафедра русского языка	6,67
13.	Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии	6,49
14.	Кафедра анатомии человека	5,75
15.	Кафедра общей гигиены	5,60
16.	Кафедра физической культуры, ЛФК и спортивной медицины	5,50
17.	Кафедра физики, математики и медицинской информатики	5,13
18.	Кафедра биологической и биоорганической химии	4,08
19.	Кафедра фармацевтической химии и фармакогнозии с курсом фармации дополнительного профессионального образования	3,69
20.	Кафедра биологии	3,57
21.	Кафедра управление сестринской деятельностью	0,89

Таблица 2. Рейтинг клинических кафедр за 2014 год

№	Название кафедры	Удельный рейтинг
1.	Кафедра клинической фармакологии	119,45
2.	Кафедра кожных и венерических болезней с курсом медицинской косметологии	80,29
3.	Кафедра поликлинической педиатрии	51,90
4.	Кафедра неврологии и нейрохирургии	41,28
5.	Кафедра детских болезней лечебного и стоматологического факультетов	35,79
6.	Кафедра стоматологии ФПК и ППС	35,40
7.	Кафедра факультетской терапии	35,25
8.	Кафедра терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики ФПК и ППС	32,28
9.	Кафедра пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии	31,54
10.	Кафедра онкологии	27,23
11.	Кафедра фтизиопульмонологии	24,60
12.	Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС	24,38
13.	Кафедра эндокринологии	23,25
14.	Кафедра патологической анатомии	23,21
15.	Кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии	21,99
16.	Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС	21,60
17.	Кафедра инфекционных болезней у детей	20,64
18.	Кафедра хирургии педиатрического и стоматологического факультетов	20,00

19.	Кафедра общей врачебной практики с курсом поликлинической терапии	18,06
20.	Кафедра факультетской хирургии	17,29
21.	Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии	16,55
22.	Кафедра педиатрии ФПК и ППС	15,86
23.	Кафедра пропедевтической стоматологии	15,25
24.	Кафедра ортопедической стоматологии с курсом ортодонтии	14,12
25.	Кафедра клинической иммунологии и аллергологии	13,50
26.	Кафедра госпитальной хирургии	13,43
27.	Кафедра неврологии, физиотерапии и рефлексотерапии ФПК и ППС	12,33
28.	Кафедра оториноларингологии	12,00
29.	Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом последипломного образования	11,05
30.	Кафедра общественного здоровья и здравоохранения	10,18
31.	Кафедра терапевтической стоматологии	10,16
32.	Кафедра травматологии и ортопедии с военно-полевой хирургией	10,04
33.	Кафедра акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики	9,64
34.	Кафедра общей хирургии с курсом хирургии ФПК и ППС	9,33
35.	Кафедра инфекционных болезней с курсом эпидемиологии	9,08
36.	Кафедра детской стоматологии	9,06
37.	Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического и стоматологического факультетов	7,75
38.	Кафедра терапии педиатрического и стоматологического факультетов	6,79
39.	Кафедра судебной медицины и права	6,57
40.	Кафедра урологии	5,70
41.	Кафедра глазных болезней	5,57
42.	Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии	4,11
43.	Кафедра госпитальной терапии	4,40
44.	Кафедра детской хирургии	3,30
45.	Кафедра пропедевтики внутренних болезней	1,83
46.	Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	1,26

В 2014 году в академии функционировали 3 научных подразделения: научно-исследовательский институт антимикробной химиотерапии (НИИ АХ), научно-исследовательский центр (НИЦ) и проблемная научно-исследовательская лаборатория «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии» (ПНИЛ «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии»). Итоговый рейтинг научных подразделений представлен в таблице 3.

Таблица 3. Рейтинг научных подразделений за 2014 год

№	Научное подразделение	Общий рейтинг
1.	Научно-исследовательский институт Антимикробной химиотерапии	660
2.	ПНИЛ «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии»	357,9
3.	Научно-исследовательский центр	190,5

Одновременно с традиционным ежегодным конкурсом были проведены конкурсы по итогам научно-исследовательской работы за 5 лет среди кафедр и ученых СГМУ, а также конкурс монографий в рамках подготовки к празднованию 95-летия университета.

Итоги конкурса среди кафедр университета в номинации «Печатная научная продукция» представлены в таблице 4.

Таблица 4. Итоги конкурса среди кафедр университета в номинации «Печатная научная продукция»

Название кафедры	Рейтинг
Клинические кафедры	
Терапевтической стоматологии	436,2
Поликлинической педиатрии	313,4
Патологической анатомии	132
Кожных и венерических болезней с курсом медицинской косметологии	84,6
Неврологии и нейрохирургии	79,65
Неврологии, физиотерапии и рефлексотерапии ФПК и ППС	79,65
Онкологии	75,9
Психиатрии, наркологии и медицинской психологии	59,6
Ортопедической стоматологии	58,65
Акушерства и гинекологии ФПК и ППС	37,8
Психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС	36,6
Фтизиопульмонологии	29,2
Теоретические кафедры	
Нормальной физиологии	127,4
Патологической физиологии	83,4
Управления и экономики фармации	69,6

Итоги конкурса среди кафедр университета в номинации «Инновационные проекты и технологии» представлены в таблице 5.

Таблица 5. Итоги конкурса среди кафедр университета в номинации «Инновационные проекты и технологии»

Название кафедры	Рейтинг
Клинические кафедры	
Стоматологии ФПК и ППС	97
Неврологии, физиотерапии и рефлексотерапии ФПК и ППС	90
Кожных и венерических болезней с курсом медицинской косметологии	84,9
Ортопедической стоматологии	83,7
Поликлинической педиатрии	79,4
Фтизиопульмонологии	44,4
Онкологии	32,7
Терапевтической стоматологии	30,3
Неврологии и нейрохирургии	30
Акушерства и гинекологии ФПК и ППС	3
Теоретические кафедры	
Фармакологии	224,2
Нормальной физиологии	133
Фармацевтической технологии	60

Итоги конкурса среди кафедр университета в номинации «Подготовка научных кадров» представлены в таблице 6.

Таблица 6. Итоги конкурса среди кафедр университета в номинации «Подготовка научных кадров»

Название кафедры	Рейтинг
Клинические кафедры	
Клинической фармакологии	480
Терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики ФПК и ППС	349
Поликлинической педиатрии	305
Терапевтической стоматологии	181
Патологической анатомии	179
Неврологии, физиотерапии и рефлексотерапии ФПК и ППС	108
Фтизиопульмонологии	84
Неврологии и нейрохирургии	84
Кожных и венерических болезней с курсом медицинской косметологии	84
Неврологии, физиотерапии и рефлексотерапии ФПК и ППС	82
Ортопедической стоматологии	48
Акушерства и гинекологии ФПК и ППС	46
Стоматологии ФПК и ППС	46
Онкологии	46
Акушерства и гинекологии педиатрического и стоматологического факультетов	24
Теоретические кафедры	
Фармакологии	260
Фармацевтической технологии	60

Итоги конкурса среди ученых университета в номинации «Печатная научная продукция» представлены в таблице 7.

Таблица 7. Итоги конкурса среди ученых университета в номинации «Печатная научная продукция»

ФИО	Рейтинг
Николаев Александр Иванович	366
Авдеева Татьяна Григорьевна	338,6
Цепов Леонид Макарович	283,3
Козлов Роман Сергеевич	254,4
Крутикова Надежда Юрьевна	249,2
Хохлов Владимир Васильевич	101,2
Новиков Василий Егорович	85,2
Крикова Анна Вячеславовна	69,6
Аболмасов Николай Николаевич	42,55
Фаращук Николай Федорович	35,4
Костюченков Владимир Николаевич	6

Итоги конкурса среди ученых университета в номинации «Инновационные проекты и технологии» представлены в таблице 8.

Таблица 8. Итоги конкурса среди ученых университета в номинации «Инновационные проекты и технологии»

ФИО	Рейтинг
Козлов Роман Сергеевич	604,2
Новиков Василий Егорович	193,6
Родин Антон Викторович	93,4
Аболмасов Николай Николаевич	73,7
Евсеев Андрей Викторович	61
Шашмурина Виктория Рудольфовна	40,7
Цепов Леонид Макарович	30,3
Фаращук Николай Федорович	15

Итоги конкурса среди ученых университета в номинации «Подготовка научных кадров» представлены в таблице 9.

Таблица 9. Итоги конкурса среди ученых университета в номинации «Подготовка научных кадров»

ФИО	Рейтинг
Козлов Роман Сергеевич	275
Новиков Василий Егорович	258
Цепов Леонид Макарович	159
Аболмасов Николай Николаевич	48
Шашмурина Виктория Рудольфовна	42

Конкурс монографий проводился в номинациях: «Научно-практическое руководство», «Фундаментальная медицина», «Клиническая медицина», «История медицины».

В номинации «Научно-практическое руководство» лауреатами конкурса стали:

- авторский коллектив в лице Борсукова А.В. и Морозовой Т.Г.;
- Николаев А.И.;
- авторский коллектив в лице Козлова С.Н. и Козлова Р.С.

В номинации «Фундаментальная медицина» лауреатом конкурса стал авторский коллектив в лице Новикова В.Е. и Евсеева А.В.

В номинации «Клиническая медицина» лауреатом конкурса стал Ваулин С.В.

В номинации «Научно-практическое руководство» лауреатами конкурса стали:

- авторский коллектив в составе Отвагина И.В., Бекезина В.В., Шаробаро В.Е.;
- авторский коллектив в составе Егорышевой И.В., Отвагина И.В., Остапенко В.М., Коноплевой Е.Л.;
- авторский коллектив в составе Романова Н.А., Доросевича А.Е.;
- авторский коллектив в составе Литвинова А.В., Литвиновой И.А.

В ноябре 2014 г. были разработаны и приняты положения о конкурсах по научной работе среди молодых ученых и студентов вуза. В конкурсе «Лучший молодой учёный за период 2010-2014 гг.» приняли участие 16 человек, количество баллов по рейтинг-листам от 363 до 21. В соответствии с пунктом положения 3.3. «Конкурс может проводиться отдельно среди молодых ученых в подразделениях фундаментальных наук и клинических кафедр», итоги подведены по данным категориям. Победителями среди молодых ученых клинических кафедр стали: 1) первое место – Морозова Татьяна Геннадьевна (с.н.с. ПНИЛ «Диагностические исследования и малоинвазивные технологии» (363 балла)), второе место – Листопадова Мария Валентиновна (ассистент кафедры фтизиопульмонологии (300 баллов)); третье место – Родин Антон Викторович (ассистент кафедры общей хирургии (286 баллов)); 2) среди молодых ученых в подразделениях фундаментальных наук: первое место – Корнева Юлия Сергеевна (ассистент кафедры патологической анатомии (221 балл)); второе место – Левченкова Ольга Сергеевна (старший преподаватель кафедры фармакологии с курсом фармации ФПК и ППС (188 баллов)); (третье место не присуждалось); 3) лауреатами конкурса стали Белькова Юлия Андреевна (ассистент кафедры клинической фармакологии (212 баллов)) и Николаев Дмитрий Александрович (ассистент кафедры терапевтической стоматологии (195 баллов)).

В конкурсе «Лучший студент по научно-исследовательской работе за период 2010-2014 гг.» приняли участие 11 человек. Первое место присуждено 2 студентам – Кузьменкову Алексею Юрьевичу 6 курс, лечебный факультет (363 балл) и Прокудиной Наталье Владимировне 6 курс, лечебный факультет (356 баллов); второе место присуждено 2 студентам – Захаренкову Ивану Алексеевичу 5 курс, лечебный факультет (349 баллов) и Венедиктовой Дарье Юрьевне 5 курс, лечебный факультет (246 баллов); третье место – Новиковой Екатерине Сергеевне 5 курс, лечебный факультет (226 баллов).

Ректорат Смоленского государственного медицинского университета благодарит ученых и коллективы кафедр, принявших участие в конкурсах в области науки и инноваций, посвященных 95-летию вуза, и сердечно поздравляет победителей, призеров и лауреатов данных конкурсов.

СОДЕРЖАНИЕ

МАТЕРИАЛЫ 43-й КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ СГМУ	4
ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И КАТАМНЕЗА ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ А.Г. Андрукович	4
ОКСИД АЗОТА И ОЗОН В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН К.В. Бейнарович	6
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ О.В. Биндус	8
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕМАНГИОМ НАРУЖНЫХ ПОКРОВОВ У ДЕТЕЙ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ А.В. Боцман	10
РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГ-ИССЛЕДОВАНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ ОТ 14 ДО 25 ЛЕТ В г. СМОЛЕНСКЕ П.Н. Гелетин, Е.А. Мишутин	12
НЕИНВАЗИВНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ДОППЛЕРОМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ Т.Д. Гельт	14
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫМИ В.А. Глазкова	16
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ С.И. Гришанов	19
ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ДИГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРАКТИКУЮЩИМИ ВРАЧАМИ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ Е.Е. Дубская	21
ПЕРЕВЯЗКА МАТОЧНЫХ СОСУДОВ НА ТРЕХ УРОВНЯХ КАК СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ М.П. Евсеева	23
ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ Ю.В. Епищева, М.М. Гераськина	25
СОСУДИСТАЯ ЖЕСТКОСТЬ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ А.Е. Жукова	27
СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ Э.А. Ковалева	29
АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ С РАЗЛИЧНОЙ ДЛИНОЙ ВОЛНЫ А.С. Касумьян, О.В. Азовскова	31
ВОЗМОЖНОСТИ ЭЛАСТОГРАФИИ СДВИГОВЫХ ВОЛН ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Е.Ю. Козлова	33

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ МЕТОДИКА АУДИОДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ВНУТРЕННИМИ НАРУШЕНИЯМИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА Е.А. Мишутин, П.Н. Писарченко, О.А. Лушина	35
ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ И ВИСОЧНОЙ МЫШЦ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЬЮТЕРНОГО НЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКОГО АНАЛИЗАТОРА У ЛИЦ С ПАТОЛОГИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА Е.А. Мишутин, А.С. Романов, А.Н. Карелина	36
ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА А.С. Романов, П.Н. Гелетин, А.Д. Антюхова, В.М. Климовцов	39
ПРИЧИНЫ ОСТРЫХ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА Н.Г. Саргсян	41
ОСОБЕННОСТИ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТЕКУЩЕГО ОНМК М.А. Трясунова	43
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ Е.Н. Черношвец	45
ДЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ АНТИСЕКРЕТОРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ БОЛЬНЫХ С ПИЩЕВОДОМ БАРРЕТТА Е.А. Школина	47
МАТЕРИАЛЫ 67-й СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ СТУДЕНТОВ СГМУ	50
ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ: ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ АГРЕССИЯ? К.В. Айрапетов, Е.А. Вознесенская	50
ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СНА У СТУДЕНТОВ 1, 3 и 6-го КУРСОВ СМОЛЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Е.О. Алдохина, Ю.И. Дудолодова, Е.А. Моисеенкова	50
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ПАРАМЕТР «АСКОРБИНОВАЯ КИСЛОТА» В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ У ДЕТЕЙ С КРИСТАЛЛУРИЕЙ П.В. Антошкина, И.А. Захаренков	51
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ П.В. Антошкина, И.А. Захаренков	52
ТОРАКОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ДЕСТРУКЦИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ И.А. Антроповская	53
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРВИ И ГРИППА У ДЕТЕЙ. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ А.В. Артёмова, Д.А. Артёмов	53
ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ А. Л. Афонченко, А. Ю. Бобылева, А.С. Ханова, А.В. Шапуров	54

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗА А. Л. Афонченко, Е.Ю. Удимова	55
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ С АТОПИЕЙ И.А. Бабакова	56
ВЗАИМОСВЯЗЬ БИОХИМИЧЕСКИХ СДВИГОВ И РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА Е.Ю. Бабакова, В.В.Тришина, М.А. Трясунова	57
АНАЛИЗ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ А. Ю. Бобылева, А.С. Ханова	58
ТЕХНОЛОГИЯ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ НАСТОЙКИ ПРОПОЛИСА В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ Н.М. Бондаренко	59
ВЕЛИКИЕ ЛЮДИ, КОТОРЫХ УБИЛА ПАЛОЧКА КОХА К.А. Бочарова, С.В. Серета	59
МОДЕЛИ ДЛЯ СИМУЛЯЦИОННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И МАНИПУЛЯЦИЙ ПОД КОНТРОЛЕМ СОНОГРАФИИ А.Н. Васильев, К.В. Максимова	60
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И ОТКРЫТЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ М.И. Васюк, Н.В. Анцупова	61
СОЗДАНИЕ ОБУЧАЮЩЕГО ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКОГО МОДУЛЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ Д.Ю. Венидиктова	62
ПРОФИЛЬ БОЛЕЗНИ ЛЕГГА-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА В СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ А.Г. Виноградова	63
ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕЙ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У МАЛЬЧИКОВ А.С. Винокурова	63
СУИЦИДАЛЬНЫЕ НАКЛОННОСТИ И ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ Р.В. Власов, М.В. Истратова, К.А. Меньшикова	64
ИЗУЧЕНИЕ ФИТОХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА СПИРТОВЫХ ИЗВЛЕЧЕНИЙ КОПЕЕЧНИКА КУСТАРНИКОВОГО Ю.С. Власова, А.А. Фадеева	65
СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ А.Г. Войнова, Д.Ю. Венидиктова	65
АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ А.Г. Войнова, И.С. Гаврик Научный руководитель – асс. Т. Г. Морозова	66
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭКГ В ДИАГНОСТИКЕ УВЕЛИЧЕНИЯ КАМЕР СЕРДЦА А.С.Волкова, М.С. Свентикова	67
ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИНЫ В СВЯЗИ С РОЖДЕНИЕМ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА Е.В. Герб, А.С. Макусевиц	68
АНАЛИЗ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПЕЙЗАЖА БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ В.А. Головачева, А.Ю. Кузьменков	68

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ О ПРОБЛЕМЕ ТУБЕРКУЛЁЗА В.А. Головачева, Д. Тембо	69
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ Е.Г. Григорьева, А.О. Зубарева	70
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ Е.Г. Григорьева	71
ВОЗМОЖНОСТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И АДЕКВАТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЛЕГКИХ (2004-2014 гг.) К.В. Гришина	71
АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В.Н. Диденко, Н.В. Шестаков	72
ИЗУЧЕНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНФУЗОРИЙ В ПРИСУТСТВИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОТЕЗНЫХ ОБРАЗЦОВ Р.Н. Елисеев	73
АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЕТЕЙ-СИРОТ, ПОЛУЧИВШИХ ОЗДОРОВЛЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ПРИЧЕРНОМОРЬЯ М.А. Ермашева, К.А. Меньшикова, В.С. Старюк, М.В. Истратова	74
ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ОБ ОБЩИХ ПРАВИЛАХ СДАЧИ ОБЩЕГО АНАЛИЗА МОЧИ И.А. Захаренков, П.В. Антошкина	74
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА А.О. Зубарева	75
ОСОБЕННОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ <i>HELICOBACTER PYLORI</i> А.О. Зубарева, И.А. Захаренков	76
ПОКАЗАТЕЛИ ОТДЕЛЬНОГО АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА КАК МАРКЕР ИЗМЕНЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РЕГИОНЕ Р.Б. Ибрагимова, К.М. Кулагина	76
ОСЛОЖНЕНИЯ АРТЕРИО-ВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ ПРИ ГЕМОДИАЛИЗЕ А.Л. Иванова, Т.И. Теренина	77
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ Я.М. Ильин, Д.Б. Шерковцов	78
РОЛЬ ЧАСТИЧНОГО ИНТЕГРИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ М.В. Истратова, Р.В. Власов, Е.Ю. Муц, К.А. Меньшикова	79
ОСОБЕННОСТИ МИКРОКРОВотоКА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МЫШЦЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАГРУЗКИ У СТУДЕНТОВ СГМУ М.А. Казанцев, А.О. Уртминцев	80
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА Я.И. Корева, Н.Д. Куликова, О.Г. Никуличева	80
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА У ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В.Ю. Королев, П.И. Федорин	81

ФЕТАЛЬНЫЕ ПРОДУКТЫ В XXI ВЕКЕ О.А. Коротенко	82
ПРЕДПОЧТЕНИЯ В ВЫБОРЕ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ ХОНДРОПРОТЕКТОРОВ КОНЕЧНЫМИ ПОТРЕБИТЕЛЯМИ И СПЕЦИАЛИСТАМИ Г. СМОЛЕНСКА И СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В.А. Короткова	83
ТЕХНОЛОГИЯ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ЛАБОРАТОРНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ Д.А. Кравченко	83
ПРИЧИНЫ ОСТРЫХ ОККЛЮЗИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Д.И. Кривоносов	84
ГЕСТАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В БУДУЩЕМ В.С. Кузьменкова	85
ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЭЛАСТОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕПАТИТОМ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ Н. А. Курашина	86
ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ А.А. Курленя	86
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЕРВОГО КРИТЕРИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ЗАЧАТЫХ СПОНТАННЫМ ПУТЕМ И С ПОМОЩЬЮ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ А.П. Ларионова	87
НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ ПРИ ТРАВМАХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ Ю.В. Левина	88
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ВНУТРИ- И ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДИФФУЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ Е.С. Литвинова	89
ТЕХНОЛОГИЯ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ СИРОПА ПАРАЦЕТАМОЛА ЗАВОДСКОГО ПРОИЗВОДСТВА И ЛАБОРАТОРНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ Ю.В. Максимихина	89
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ ЛЕТ ЖИЗНИ С РАЗНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ М.М. Мельникова	90
КАРТА ИНТЕРЕСОВ ЮНОШЕЙ, ИМЕВШИХ ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ, И ИХ СПОСОБНОСТЬ КОНТРОЛИРОВАТЬ СВОЕ ПОВЕДЕНИЕ К.А. Меньшикова, Е.Ю. Муц, М.А. Ермашева	91
Т.П. КРАСНОБАЕВ – НАШ ЗЕМЛЯК И ОСНОВОПОЛОЖНИК СОВЕТСКОГО ПЕРИОДА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ В РОССИИ Н.Д. Мизонов	91
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ МОЛОДЕЖИ ПО ВОПРОСАМ ТУБЕРКУЛЕЗА А.В. Мищенко	92
СПОСОБ УРЕТЕРОСТОМИИ А.В. Мордовский, В.Ю. Королев	93

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СИСТЕМОЙ КОАГУЛЯЦИИ, ТОЛЩИНОЙ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА, НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, ТИПОМ И ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В.И. Мороз	94
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ Е.Ю. Муц	94
ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЙ ИНСУЛЬТ К.А. Нехаева	95
ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ В.А. Новикова, Э.А. Ковалева	96
ДОНОРСКАЯ АКТИВНОСТЬ СТУДЕНТОВ СГМУ Е.С. Новикова, А.С. Волкова	97
ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА «АЛМАГ-03» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ Т.С. Олейник, Е.Е. Хазанова	97
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТРЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В г. СМОЛЕНСКЕ М.И. Полозова, А.И. Цыганкова	98
ВОЗМОЖНОСТИ МУЗЫКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Прабханшу Шроти	99
РЕЦИДИВЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ (2002-2011 гг.) Н.В. Прокудина	100
ОТДЕЛЬНЫЕ МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА АНТАЦИДНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ Т.И. Пушкова	100
КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ Х.С. Раджабова, И.Н. Гогохия	101
ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ Н.С. Родина, А.Е. Гривачева	102
МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ Н.С. Родина, А.Е. Гривачева	103
АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОЧАГОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ А.В. Седненкова, В.С. Кузьменкова	104
СПОСОБЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ЗАБРЮШИННЫХ ПРОСТРАНСТВ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ЛИМФОКИСТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ВЕРТГЕЙМА М.Н. Секерская	105
ДООПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИЧИН СИНДРОМА ОСТРОЙ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ А.С. Сергеева, С.В. Кливиткин	106
ПОКАЗАНИЯ К УСТАНОВКЕ И ОСЛОЖНЕНИЯ ИМПЛАНТАЦИИ КАВА-ФИЛЬТРОВ С.В. Середа, К.А. Бочарова	107

ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ И ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ О БЛОКАТОРАХ H ₂ -ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ К.В. Слабкая, М.В. Кобыльских	107
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ Н.С. Сляднева	108
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ Н.В. Соколов	109
ОПТИМИЗАЦИЯ ИЗМЕРЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ НА МОДЕЛИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЕЙВЛЕТ-ПРЕОБРАЗОВАНИЙ С.С. Соколовский, А.С. Касумьян	109
САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ, ИМЕВШИХ РАЗЛИЧНЫЕ ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ В.С. Старюк, М.В. Истратова, М.А. Ермашева	110
СРАВНЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ <i>LACTOBACILLUS</i> <i>ACIDOFILUS</i> И <i>LACTOBACILLUS PLANTARUM</i> С.С. Сухова, Е.С. Кришталева	111
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ А.В. Тиханкова, А.С. Суманеева	112
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЭРДГЕЙМА. ПРИЧИНЫ ВЫСОКОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ М.С. Тихомирова, Д.А. Постоялко	112
ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ О.А. Тихонова	113
БЛИЗКИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ Н.В. Трегулова	114
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА Н.В. Трегулова, Е.Д. Коршкова	114
КИШЕЧНЫЙ ШОВ П.И. Федорин, А.В. Мордовский, В.Ю. Королев	115
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЫНКА ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ А.М. Федотова	116
МЕСТО АНТАЦИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ В СОВРЕМЕННЫХ АЛГОРИТМАХ ТЕРАПИИ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН О.А. Шилкина	116
ТЕХНОЛОГИЯ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ РЕКТАЛЬНЫХ СУППОЗИТОРИЕВ С ПАРАЦЕТАМОЛОМ ЗАВОДСКОГО ПРОИЗВОДСТВА И ЛАБОРАТОРНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ А.Р. Элисова	117
МАТЕРИАЛЫ 67-й СТУДЕНЧЕСКОЙ И 43-й КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ. ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ РОССИЙСКИХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ВУЗОВ	118
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ Н.Л. Андрианова	118

ХАРАКТЕРИСТИКА ИНСОМНИИ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН Г.Н. Ахмадеева	119
ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА Ж.Ж. Аширбекова	119
УСТАНОВЛЕНИЕ АНТРОПОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛЮДЕЙ ИЗ ПОГРЕБЕНИЙ ЗАГОРОДСКОГО ПОСАДА Г. ТВЕРИ КОНЦА XV ВЕКА Д.А. Беляков, О.Г. Маторина, А.А. Косинерова	120
ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ А.Н. Богачева	121
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ИНТОКСИКАЦИОННОГО СИНДРОМА Г.А. Гаджиев, Р.А. Медведев	122
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, РОДИВШИМСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССАМИ ТЕЛА А.П. Гачегов	123
ЗАВИСИМОСТЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТ МЕДИКО- СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СЕМЬИ А.П. Доспан-оол, С.А. Прокопьева	123
БРИЛЛИАНТОВЫЙ ЗЕЛЕНЬ КАК ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОР ПРИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН Р.Р. Жмайлик, А.П. Якубовский, Е.М. Ковалева	124
БИОМЕТРИЧЕСКИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ МАРКЕРЫ ХРОМОСОМНЫХ АББЕРАЦИЙ ПЛОДА Е.А. Карпович, А.Т. Маркевич	125
ВЛИЯНИЕ ПРОИЗВОДНЫХ 2-ИЗОКСАЗОЛИН-5-КАРБОНОВОЙ КИСЛОТЫ НА ОБМЕН ПУРИНОВЫХ ОСНОВАНИЙ Е.В. Клинцов	126
ГАРМОНИЧНОСТЬ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ А.А. Козловский	126
ТЕХНОЛОГИИ ИЗУЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ г. КРАСНОЯРСКА Н.С. Конуркина, А.А. Васильева	127
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИТОГОВ ШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ Д.С. Коростелев, Е.А. Захаров, Е.С. Акулов, С.Д. Скопин, Н.С. Суровцева	128
ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ У СТАЦИОНАРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЁННЫМ ПСОРИАЗОМ С.В. Куприянов	128
ИЗУЧЕНИЕ НЕЙРОПРОТЕКТОРНЫХ СВОЙСТВ АТФ ПРИ ИНТРАЦЕРЕБРОВЕТРИКУЛЯРНОМ ВВЕДЕНИИ НА ФОНЕ ФОКАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА Р.В. Лутовинин, Н.В. Саукова	129

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, КЛИНИКА И НОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ В Г. РЯЗАНИ И РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2010-2015 ГГ. А.М. Маревичева	130
ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ЭТАПОВ ТРАХЕОСТОМИИ Н.Н. Мартынец, А.В. Сигаев	130
ОСНОВНЫЕ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОЛЛАТЕРАЛЬНЫЕ ПУТИ ПРИ НАРУШЕНИИ ПРОХОДИМОСТИ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ Н.Н. Мартынец, А.В. Сигаев	131
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ МЯГКИХ КРОВЕЛЬНЫХ МАТЕРИАЛОВ М.Н. Мигилева	132
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ И ИСХОД РОДОВ А.Д. Наумов, О.И. Рудь	133
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОХРАННОСТЬ СПЕРМАТОГЕНЕЗА ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ АЗОСПЕРМИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РАБОТЫ Е.М. Новиков	133
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ИСХОДЫ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 1998-2014 ГГ. И.О. Оводкова	134
ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ МЫШЦ, ПРИКРЕПЛЯЮЩИХСЯ К КОСТЯМ ТАЗА, У ДЕВУШЕК В ЦЕЛЯХ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ У НИХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ М.В. Паклёва, В.В. Васильева, Е.С. Иванова	135
НОВЫЙ СПОСОБ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ТЕРМИЧЕСКОГО ОЖОГА А.Е. Пахомова	136
РАЗРАБОТКА И ИЗГОТОВЛЕНИЕ УСТРОЙСТВА ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ А.Е. Пахомова, Е.Е. Пахомова	136
НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ВЕГЕТАТИВНУЮ ЗАЩИТУ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ Е.В. Поликарпова	137
ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОДНОНУКЛЕОТИДНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В.Е. Потапов, А.К. Логвинов, С.А. Заруцкий, Н.В. Антипова	138
СПОСОБ СПЕЦИФИЧЕСКОГО НЕКОНУРЕНТНОГО ИНГИБИРОВАНИЯ БЕТА-ЛАКТАМАЗНОЙ АКТИВНОСТИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ А.Р. Прудников, Т.А. Торосян	139
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ФИЗКУЛЬТУРНЫХ ЗАНЯТИЙ, ОРГАНИЗОВАННЫХ ТРАДИЦИОННЫМ И НЕТРАДИЦИОННЫМ СПОСОБАМИ Д.В. Сорока, О.И. Соловьёв, М.Ю. Макаров	139
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ НАРУШЕНИЙ СО СТОРОНЫ МАТЕРИ А.С. Софонова	140

АНАЛИЗ МОЛЕКУЛЯРНЫХ ПАРАМЕТРОВ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Н.Ю. Усолова	141
СОДЕРЖАНИЕ НИТРАТ/НИТРИТОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ И СРОДСТВО ГЕМОГЛОБИНА К КИСЛОРОДУ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ ЛИПОПОЛИСАХАРИДА М.Э. Фираго, А.В. Субач	142
ВОЗМОЖНОСТИ ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ А.А. Хайруллин, М.В. Останина, А.М. Погосян	142
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХОНДРОМАЛЯЦИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА И.А. Чанцев	143
ВЛИЯНИЕ АНАЛОГА ТРИПЕПТИДА GLY-HIS-LYS НА ПОВЕДЕНИЕ ЖИВОТНЫХ В ТЕСТЕ ПРИПОДНЯТОГО «КРЕСТООБРАЗНОГО» ЛАБИРИНТА О.И. Чернышёва	144
ВЛИЯНИЕ ВНУТРИБРЮШИННОГО ВВЕДЕНИЯ ПЕПТИДА АКТГ (4-7)-ПГП НА АНТИОКСИДАНТНУЮ СИСТЕМУ ПЕЧЕНИ О.М. Шепелева	145
МЕТОД ПРОВЕДЕНИЯ ЭФИРНОГО НАРКОЗА ПО ЗАКРЫТОМУ КОНТУРУ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ А.П. Якубовский, Р.Р. Жмайлик	145
МОРФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОПЕЕЧНИКА КУСТАРНИКОВОГО (HEDYSARUM FRUTICOSUM PALLAS) Е.Г. Коган	147
ИТОГИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ СМОЛЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ЗА 2014 ГОД В.В. Бекезин, В.С. Петров, И.А. Платонов, Е.П. Кузьмина	149