

Министерство здравоохранения и
социального развития РФ
Амурская государственная медицинская академия
Студенческое научное общество



\

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ
60^{ой} ИТОГОВОЙ НАУЧНОЙ
СТУДЕНЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ**

Благовещенск 2008г.

Министерство здравоохранения и
социального развития РФ
Амурская государственная медицинская академия
Студенческое научное общество

Тезисы докладов 60^{ой} ИТОГОВОЙ НАУЧНОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ



Благовещенск 2008г.

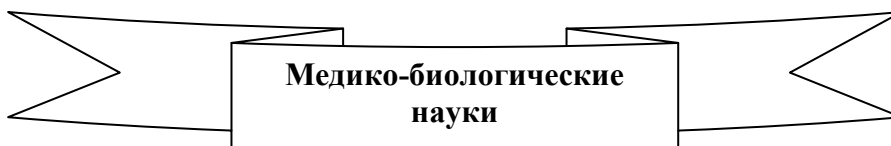
Сборник тезисов 60^{ой} итоговой студенческой научной конференции под редакцией председателя Совета НИИРС АГМА проф. Е.А. Бородин .Благовещенск 2008г.

Сборник тезисов 60^{ой} итоговой студенческой научной конференции, состоявшейся в период с 21 по 25 апреля, содержит тезисы 260 докладов от 410 авторов, заслушанных на 17 секциях:

- *медико-биологические науки,*
- *биолого-медицинские проблемы—в вариантах учебно-исследовательского творчества,*
- *морфология,*
- *неврология,*
- *микробиология,*
- *инфекционные болезни и дерматовенерология,*
- *физическая культура и здоровый образ жизни,*
- *патанатомия и судебная медицина,*
- *общественное здоровье и организация здравоохранения,*
- *терапия-1,*
- *терапия-2,*
- *педиатрия,*
- *акушерство и гинекология,*
- *хирургия,*
- *онкология,*
- *клиническая неврология, нейрохирургия, психиатрия,*
- *общая врачебная практика и семейная медицина*

Редакционная коллегия:

- **проф. В.А. Доровских**—ректор АГМА, заслуженный деятель науки Р.Ф;
- **проф. А.А. Родионов**—проректор по научной работе;
- **проф. Г.И. Чубенко**—проректор по учебной работе;
- **проф. Е.А. Бородин**—председатель Совета по НИИРС АГМА (ответственный редактор)
- **С.Н. Недид**—член Совета СНО АГМА (технический редактор)



Научный руководитель: д.м.н., проф. Е.А. Бородин
Председатель: Кузько О.—2к.
Секретарь: Коковина А.—2к.

1. ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

Кузько О – 2к.

Научный руководитель: проф. Е.А. Бородин

Более 8 миллионов человек в нашей стране имеют те или иные функциональные нарушения, проявления хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Примерно 2 миллиона человек стали инвалидами по этой причине.

ХОБЛ развивается под воздействием так называемых факторов риска. Они запускают механизмы формирования данной легочной патологии и, как правило, связаны с состоянием окружающей среды и условиями работы, а также с некоторыми генетическими особенностями пациента.

ХОБЛ объединяет группу болезней органов дыхания, которые характеризуются нарушением проходимости дыхательных путей. Болезнь прогрессирует медленно. В ответ на хроническое раздражение дыхательных путей сужается просвет бронхов и разрушается легочная ткань. Это приводит к нарастающему ухудшению функции легких, уменьшению физической выносливости, одышке, потере трудоспособности.

Комплекс патологических процессов, лежащих в основе ХОБЛ, включает:

- хронический бронхит;
- эмфизему легких;
- патологию мелких воздухоносных путей (бронхиолит)

Исследования последних лет показали, что свободнорадикальное окисление (СРО) играет ключевую роль в патогенезе многих заболеваний легких (бронхиальная астма, пневмония, бронхиты, рак легкого и др.). Особое значение СРО имеет при ХОБЛ. Свободные радикалы и активные формы кислорода в основном образуются при последовательном присоединении электронов к кислороду и в процессе свободнорадикального перекисного окисления липидов (ПОЛ).

В настоящее время известно, что в норме активные формы кислорода (АФК) (пероксид водорода, синглетный кислород, гипохлорит, кислородные радикалы — супероксидный анион-радикал, радикал гидроксида, монооксид азота, часто называемый окисью азота) играют важную роль во многих жизненно важных процессах в организме. Они участвуют в биоэнергетических процессах, поддержании гомеостаза, окислении и детоксикации экзо- и эндогенных соединений, обладают бактерицидными свойствами, влияют на иммунитет.

Защиту от повреждающего действия АФК обеспечивают в первую очередь специальные антиоксидантные ферменты: супероксиддисмутаза (СОД), каталаза, ферменты редокси-

стемы глутатиона. В норме в системе оксиданты-антиоксиданты сохраняется равновесие.

Нарушение этого баланса в пользу оксидантов приводит к развитию так называемого окислительного стресса. Он выражается в избыточной продукции АФК и недостаточности антиоксидантной защиты.

В принципе, любые органы и ткани могут пострадать от окислительного повреждения. Однако легкие наиболее уязвимы в этом отношении, так как в них повышена возможность протекания свободнорадикальных реакций.

Около 90% пациентов с ХОБЛ - курильщики. Газовая фаза табачного дыма содержит свободные радикалы и АФК, образованные из NO/NO₂ при взаимодействии с реактивными составными дыма.

Ингалируемый газовый компонент табачного дыма может содержать 10¹⁵ органических радикалов на затяжку. Эти радикалы короткоживущие, а потому и высокореактивные. Газовая фаза дыма содержит высокие концентрации реактивных диенов и оксида азота.

Обнаружено, что курение ускоряет развитие эмфиземы у лиц с врожденным дефицитом агантитрипсина. Это связано с тем, что оксиданты инактивируют ингибиторы протеаз, в ответ на это эластаза разрушает альвеолярные стенки, экстрацеллюлярные мембранные протеины, стимулирует синтез ИЛ-8.

Таким образом, оксиданты формируют дисбаланс в системе протеолиз-антипротеолиз.

Деструкция ткани легких обусловлена и прямой токсичностью АФК. Оксиданты не только повреждают молекулы (белки, липиды, нуклеиновые кислоты), но также опосредуют множество процессов, благоприятствующих развитию ХОБЛ: повреждают фибробласты, снижают активность сурфактанта, стимулируют образование тромбосана, повышают проницаемость эпителия, ухудшают функцию ресничек и т.д.

Универсальной реакцией на воздействие этих факторов риска является хроническое воспаление - главная причина всех функциональных и морфологических проявлений ХОБЛ. В воспалительном процессе участвуют практически все клеточные элементы, а наибольшее значение придается фагоцитирующим клеткам (нейтрофилы, макрофаги, эозинофилы), которые обладают мощными специализированными системами генерации АФК.

Таким образом, окислительный стресс оказывает разностороннее повреждающее действие практически на все легочные структуры, и выраженность его регулируется состоятельностью антиоксидантных систем.

В настоящее время накоплено много данных об изменении состояния свободнорадикального окисления при ХОБЛ. Своевременное выявление и коррекция изменений СРО во многих случаях помогают предотвратить прогрессирование заболевания.

2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ H₂O₂ В КВВ С ПОМОЩЬЮ БИОАНАЛИЗАТОРА С ХИМИЧЕСКИМ СЕНСОРМ

Курченко Д. - 2 к.

Научный руководитель: проф. Е.А. Бородин

Определение содержания H₂O₂ в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) является на сегодня одним лучших неинвазивных методов оценки степени окислительного стресса в ткани легких при воспалительных заболеваниях органов дыхания, и в частности ХОБЛ. Содержание H₂O₂ в КВВ невелико и поэтому для его определения требуются весьма чувствительные методы. Одним из таких методов является определение H₂O₂ с помощью биосенсоров. На прошлой конференции сообщались первые результаты по использованию с указанной целью биоанализатора БИО-3 с химическим сенсором на основе берлинской лазури. Прибор изготовлен НЦ «Практик» (Москва), сенсоры изготовлены в лаборатории электрохимии кафедры аналитической химии химического факультета МГУ им. М.В.Ломоносова (Москва). За прошедший год

опыт работы с прибором на кафедре биохимии АГМА значительно расширился. Основные результаты сводятся к следующему:

С использованием новой партии сенсоров удалось добиться чувствительности метода до 3×10^{-7} М.

Для построения калибровочного графика и автоматизированного расчета концентрации H_2O_2 в исследуемых образцах из величин тока откликов на H_2O_2 использовано программное обеспечение Advanced Grapher 2.11 (Alentum Software, Inc., США).

Выявлены существенные недостатки в механической (разгерметизация инжектора, выход из строя насоса буфера) и электронной (выход из строя ряда микросхем) частях прибора, которые были успешно устранены.

Выявлены методические сложности при подготовке образцов КВВ для измерения концентрации в них H_2O_2 .

С помощью электронной переписки установлен тесный контакт с производителями сенсоров и анализатора. Проводится совместное обсуждение возникающих при работе с прибором проблем.

3. ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ МЕТАЛЛОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Кулакова А.А., Тищенко Т.Н. – 1к.

Научный руководитель: асс. каф. общей химии Куприянова Г.А.

Организм человека состоит из множества химических элементов. Металлы играют очень важную роль в жизнедеятельности человека. Но их дисбаланс может вызвать тяжелые состояния.

Серебро. Острое отравление – синдром «шоковое легкое» с очень тяжелой дыхательной недостаточностью, геморрагии костного мозга, печени и почек. Хроническое отравление - аргирия, то есть отложение солей металла в коже и слизистых оболочках, а также соединительной ткани, стенках капилляров разных органов, в том числе в почках, костном мозге, селезенке, ретикулоэндотелиальных элементах.

Бериллий. Острое отравление – острый конъюнктивит, назофарингит, трахеобронхит и пневмония. Выделяют две формы заболевания: по типу «литейная лихорадка» и вялотекущая пневмония, развивается жировая дегенерация печени. Хроническое отравление – развитие разных форм бериллиозов. При легких формах: одышка, боль в груди, кашель, слабость, сильное похудание, мигрирующие боли в суставах, повышение температуры, дистрофия миокарда. При тяжелых формах бериллиозов – эмфизема, обширные плевродиафрагмальныеращения, нарушение функции дыхания.

Ртуть. Острое отравление – общая слабость, головная боль, повышенная температура, катаральные явления со стороны дыхательной системы, геморрагический синдром, желудочно-кишечные нарушения, признаки поражения почек. Хронические отравления – развитие меркуриализма.

Таллий. Острое отравление – диспепсические явления, развитие психических расстройств, нарушение дыхания и кровообращения вплоть до развития комы и летального исхода. Хроническое отравление – неврологические и нейровегетативные расстройства, выпадение волос, желудочно-кишечные нарушения.

Алюминий. Поражаются главным образом легкие. Заболевания называют алюминоз легких или «алюминиевыми легкими».

Свинец. Развитие астенического синдрома, энцефалопатии, двигательные расстройства, полиневрит, «свинцовая» анемия, обменные и эндокринные нарушения.

Хром. Развитие язв, перфорация носовой перегородки, потеря обонятельных и вкусовых нарушений, аллергический дерматоз, эрозивные реакции в бронхолегочных путях.

4. АНКСИОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОДНОГО ДИГИДРОКВЕРЦЕТИНА НК-2

Кулешов А. – 3 к., леч. факультет

Науч. руководители: доц. Т.А. Баталова, асс. А.А. Сергиевич

Дигидрокверцетин (ДГК) – один из важных представителей флавоноидов – был выделен из древесины Дугласовой ели, а затем – из древесных отходов заготовки даурской и сибирской лиственницы. Это соединение оказалось эффективным антиоксидантом, в связи с чем, было предложено его использование в качестве лекарственных средств и пищевых добавок. В дальнейшем начались работы по его химическим модификациям. Однако вопросам идентификации и строения соединения уделялось недостаточно внимания. В патентной литературе, посвященной выделению флавоноида, указывалось на определение чистоты продукта методом высокоэффективной жидкостной хроматографии, при которой многие примеси, сопутствующие основному продукту, не определялись.

Целью нашего исследования явилось изучение анксиолитических свойств производного дигидрокверцетина (НК-2), полученного химическим синтетическим путем, в сравнительном аспекте с ДГК.

Эксперименты проведены на 26 белых беспородных крысах-самцах массой 180-200 г. Животные были разделены на 4 группы: интактные (9), контрольные (с ДГК) и подопытные (с НК-2). Препараты вводились в виде раствора внутривентриально в дозе 20 мг/кг в течение 5 суток за 40 минут до эксперимента. Изучали поведенческий компонент тревожности в приподнятом крестообразном лабиринте. Статистическую обработку результатов проводили с помощью компьютерной лицензионной программы Biostat (версия 5.1) с использованием критерия Стьюдента.

Анализ полученных данных показал, что время двигательной активности у подопытной группы было больше, чем у контрольной: в 1 сутки тестирования в 1,4 раза ($p < 0,05$), на 2 сутки в 1,2 раза ($p < 0,05$), на 3 сутки в 1,6 раза ($p > 0,05$), на 4 сутки в 1,6 раза ($p < 0,05$). На 5 сутки тестирования время двигательной активности у подопытной группы было меньше, чем у контрольной в 1,2 раза ($p > 0,05$). Число вертикальных стоек у экспериментальных особей, получавших НК-2, было выше, чем у контрольных, на 1 сутки в 1,1 раза ($p > 0,05$), на 2 сутки в 1,8 раза ($p < 0,05$), на 3 сутки в 1,9 раза ($p < 0,05$), на 4 сутки в 1,1 раза ($p > 0,05$) и на 5 сутки в 1,3 раза ($p > 0,05$).

Время пребывания в открытых рукавах лабиринта у подопытной группы было больше, чем у контрольной: в 1 сутки на 3,2 раза ($p < 0,05$), на 2 сутки в 2,3 раза ($p > 0,05$), на 3 сутки в 1,3 раза ($p > 0,05$), на 4 сутки в 3,1 раза ($p < 0,05$) и на 5 сутки в 2,8 раза ($p < 0,05$).

Число реакций свешивания у крыс, которым вводили НК-2, было выше, чем у контрольной группы: в 1 сутки в 1,8 раза ($p > 0,05$), на 2 сутки в 1,1 раза ($p > 0,05$), на 3 сутки в 2,7 раза ($p > 0,05$), на 4 сутки в 3,2 раза ($p < 0,05$) и в последний день тестирования в 3,7 раза ($p < 0,05$).

Сравнивая влияние ДГК на компонент тревожности с данными контрольной группы, следует отметить, что этот флавоноид также обладает анксиолитической активностью, но в менее выраженной форме, о чем свидетельствует отсутствие достоверно значимой разницы между показателями контрольной и интактной групп.

Таким образом, НК-2, по сравнению с ДГК, обладает более высокой анксиолитической активностью. Вероятно, данный факт можно связать с отсутствием примесей в соединении НК-2, обнаруживающиеся в ДГК. Дальнейшее исследование фармакологических свойств производных дигидрокверцетина позволит выявить более точные преимущества и недостатки соединений этого ряда.

5. КАК ПРАВИЛЬНО ОРГАНИЗОВАТЬ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ОБЛАСТИ НУТРИЕНТОЛОГИИ (HUMAN NUTRITION)

Коковина А. - 2к.

Научные руководители проф. Е.А. Бородин, проф. И.Г.Меньшикова

Исследования в области нутриентологии (human nutrition) получили достаточно широкое распространение в современной медицинской науке. Эти исследования позволяют оценить эффективность тех или иных пищевых продуктов, БАДов в профилактике и лечении различных заболеваний. Однако, зачастую исследователи не соблюдают довольно строгие правила, предъявляемые согласно международным требованиям к исследованиям подобного рода. Особенностью этих исследований является то, что ожидаемый от приема определенного пищевого продукта или БАДа эффект, как правило, невелик и составляет несколько процентов. Поэтому для достижения статистической значимости различий показателей между исследуемыми группами людей необходимо придерживаться следующих основных правил:

Соблюдать жесткие требования к отбору участников, зависящие от характера исследования, его целей и задач.

Формируемые опытная и контрольная группы должны быть максимально возможно похожи друг на друга по возрастно-половому составу участников, индексам физического развития и определяемым физическим показателям.

На протяжении всего исследования необходимо периодически проводить мониторинг характера питания участников. Калораж суточного рациона не должен резко отличаться день ото дня.

Необходимо периодически осуществлять мониторинг ежедневных физических нагрузок участников исследования.

Участники контрольной группы (placebo) должны принимать продукт, схожий с продуктом для опытной группы, но отличающийся от него отсутствием ключевого компонента, эффект которого и исследуется.

В зависимости от получаемых результатов продолжительность исследования может составить от нескольких недель до нескольких месяцев, а дизайн исследования может быть как параллельным, так и пересекющимся (crossover design).

Результаты исследования должны подвергаться тщательному статистическому анализу. Заключение об эффективности исследуемого пищевого продукта в достижении желаемых целей может быть сделано на основании выявления статистически достоверных различий между значениями анализируемых показателей в опытной группе до и по окончании исследования, а также между опытной и контрольной группами в конце исследования.

Перед началом исследования необходимо получать от задействованных лиц в письменной форме согласие на участие в исследовании. При этом участникам детально объясняются их права и обязанности;

6. МОНИТОРИНГ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ВЛИЯНИЯ СОЕВОГО БЕЛКА И КАЗЕИНА НА ЛИПИДЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ЛЮДЕЙ С УМЕРЕННОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ.

Миусова М., Донцова В.- 2к.

Научный руководитель проф. Е.А. Бородин

Проведение мониторинга физической активности и характера питания участников исследований в области human nutrition является одним из необходимых международных требований к исследованиям подобного рода. При исследовании эффективности соевого белка и казеина на липиды сыворотки крови у людей с умеренной гиперлипидемией мы осуществляли мониторинг физической активности по количеству шагов, которые делает участник

исследования на протяжении суток. Для этого были использованы электронные шагомеры производства фирмы OMRON (Япония) модель HJ-005-E. Мониторинг проводился ежемесячно на протяжении одной недели. Рассчитывалось среднее количество шагов, совершаемых участником за день. Для мониторинга характера питания участников был использован three inconsecutive days a week метод. Участники исследования ежемесячно записывали в течении трех дней одной недели (два рабочих и один выходной) какие продукты и в каком количестве они принимали в пищу и передавали нам эту информацию. С помощью специальных гигиенических таблиц мы определяли содержание основных пищевых компонентов в этих продуктах (белки, жиры, углеводы) и рассчитывали количество килокалорий в суточном рационе. Результаты представлены в таблице.

Определяемый показатель		Начальная величина	Величина на втором месяце исследования
Индекс массы тела	Опытная группа	28,7±0,73	28,8±0,73
	Контрольная группа	29,2±0,72	28,9±0,70
Ккал/день	Опытная группа	1713±110	1670±121
	Контрольная группа	1574±92	1555±138
Шагов/день	Опытная группа	8757±955	8710±640
	Контрольная группа	8910±805	9157±702

Нами не выявлено каких-либо достоверных различий в индексе массы тела, калорийности суточного рациона и физической активности участников контрольной и опытной групп на протяжении исследования. Следовательно, участники соблюдали требования к своему питанию и образу жизни, что способствовало успешному проведению исследования.

7. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ СОЕОВОГО БЕЛКА И КАЗЕИНА НА ЛИПИДЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ЛЮДЕЙ С УМЕРЕННОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Абдуллаева М., Азаров М. - 2к.
 Научный руководитель проф. Е.А. Бородин

В работе проведено исследование влияния эффективности соевого белка и казеина на липиды сыворотки крови у людей с умеренной гиперлипидемией. Для участия в исследовании были отобраны 30 мужчин и женщин в возрасте 32-64 лет, соответствующие следующим критериям: индекс массы тела 22-34 кг/м², общий холестерин сыворотки крови 240-330 мг/дл, ЛПВП-холестерин 40-70 мг/дл, триглицериды 100-280 мг/дл, отсутствие явных признаков заболеваний со стороны эндокринной системы, печени, почек, ЖКТ. Из числа этих людей были сформированы опытная и контрольная группы максимально возможно идентичные по определяемым физическим и биохимическим индексам. Дизайн исследования – пересекающийся (crossover design). Участники опытной и контрольной групп получали на протяжении 2 месяцев соевый белок и казеин в ежедневной дозе около 30 г в виде кондитерских изделий. Ежедневный прием соевого белка сопровождался снижением содержания общего холестерина на 17 мг/дл (6,5 %)

($p=0,0099$), ЛПНП+ЛПОНП-холестерина на 22 мг/дл (11%) ($p=0,0023$), триглицеридов на 31 мг/дл (18%) ($p=0,022$) и увеличением ЛПВП-холестерина на 5,1 mg/dl (9%) ($p=0,0047$). Не выявлено каких-либо достоверных изменений в крови участников опытной группы. При сопоставлении влияния соевого белка на сывороточные липиды и глюкозу у мужчин и женщин выявлено статистически достоверное снижение общего холестерина на 17 мг/дл (5,9%, $p=0,033$), ЛПНП+ЛПОНП-холестерина на 29 мг/дл (12,5%, $p=0,014$) и глюкозы на 9,3 мг/дл (10,2%, $p=0,034$) только у женщин. Достоверное увеличение содержания ЛПВП-холестерина на 5 мг/дл (8,3%, $p=0,039$), напротив, было характерно только для мужчин. Вследствие большого варьирования величин содержания триглицеридов в крови участников отмечаемые различия в содержании этих липидов у мужчин и женщин не были статистически достоверными. Делать окончательное заключение об особенностях влияния соевого белка на липиды и глюкозу крови у мужчин и женщин преждевременно поскольку количество участников мужского пола (9 человек) было недостаточно.

8. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ СОЕВОГО БЕЛКА И КАЗЕИНА НА ГЛЮКОЗУ, ОБЩИЙ БЕЛОК И АКТИВНОСТЬ АМИНОТРАНСФЕРАЗ У ЛЮДЕЙ С УМЕРЕННОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Колесова М., Ищенко И. - 2к.

Научный руководитель проф. Е.А. Бородин

При исследовании влияния эффективности соевого белка и казеина на липиды сыворотки крови у людей с умеренной гиперлипидемией нами одновременно проведено исследование его влияния на общий белок и активность трансаминаз (АлАТ и АсАТ) в сыворотке крови. Количество участников исследования 30 человек (9 мужчин и 21 женщина) в возрасте 32-64 лет. У участников не было выявлено явных признаков заболеваний со стороны эндокринной системы, печени, почек, ЖКТ. Дизайн исследования – пересекающийся (crossover design). Участники опытной и контрольной групп получали на протяжении 2 месяцев соевый белок и казеин, соответственно, в ежедневной дозе около 30 г в виде кондитерских изделий.

Определяемый показатель		Начальная величина	Величина на втором месяце исследования
Глюкоза (мг/дл)	Опытная группа	85,8±4,71	79,0±2,99*
	Контрольная группа	87,8±82,8	88,6±3,64
Общий белок (г/л)	Опытная группа	78,0±1,03	78,9±0,83
	Контрольная группа	76,2±0,83	77,6±1,08
АсАТ (Е/л)	Опытная группа	22,1±2,39	22,2±2,13
	Контрольная группа	17,2±1,39	18,9±1,73
АлАТ (Е/л)	Опытная группа	22,6±3,13	21,1±1,93
	Контрольная группа	16,5±1,75	18,9±1,93

Как видно из представленных в таблице результатов прием соевого белка сопровождался достоверным снижением содержания глюкозы в крови на 9%. Прием соевого белка или казеина на протяжении 2 месяцев не сопровождался изменениями в содержании общего белка и активности трансминаз в сыворотке крови, свидетельствуя об отсутствии влияния этих белков на состояние печени.

9. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНО МОДИФИЦИРОВАННЫХ ЛИПИДОВ В КВВ

Савченко Д. - 2к.

Научный руководитель проф. Е.А. Бородин, доц. Г.П.Бородина

Окислительному стрессу отводится важнейшая роль в развитии хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Для оценки интенсивности окислительных процессов в ткани легкого в последние годы получил развитие биохимический анализ конденсатов выдыхаемого воздуха (КВВ). Наиболее информативными показателями выраженности окислительного стресса принято считать 8-изопростаны и пероксид водорода. Однако, определение этих показателей требует соответствующей аппаратуры (биоанализаторы на H_2O_2 , иммуноферментные анализаторы) и дорогостоящих наборов реактивов. В связи с этим обстоятельством определение других маркеров окислительного стресса, в частности продуктов окислительной модификации липидов также представляет определенный интерес. Нами проведена определенная работа по определению в КВВ продуктов окисления липидов – диеновых конъюгатов и кетодиенов по характеристическому поглощению в ультрафиолетовой области спектра, а именно по поглощению при 233нм и 278 нм. Сам КВВ характеризуется незначительным поглощением в ультрафиолетовой области. В отличие от этого липидные экстракты из КВВ, растворенные в этаноле, обнаруживают выраженное поглощение с максимумами в области указанных длин волн. Определение содержания окислительно модифицированных липидов в КВВ здоровых людей и больных ХОБЛ свидетельствует о значительно большем их содержании в КВВ больных ХОБЛ.

10. АТЕРОСКЛЕРОЗ — СИНДРОМ ДЕФИЦИТА В КЛЕТКАХ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ПОЛИЕНОВЫХ ВЫСШИХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ

Опенько А. – 2 к.

Научный руководитель: доц. Дорошенко Г.К.

Уже почти 100 лет в клинике и эксперименте доминирует холестериновая теория атеросклероза, которая по сути является теорией "упаковки"; на смену ей приходит иная теория - теория «содер-жимого», теория эссенциальных полиеновых ЖК. Публикации последнего десятилетия приводят к мысли, что основу патогенеза атеросклероза составляют нарушения переноса в составе ЛП и активного поглощения клетками эссенциальных полиеновых ЖК, путём апоВ-100-рецепторного эндоцитоза. Спирт холестерин (ХС) – это не действующий фактор патогенеза, а тест, который достоверно отражает происходящие нарушения, но активного участия в них не принимает.

Циркулирующие в межклеточной среде и крови ЛПНП субкласса А и Б не имеют лиганда, поэтому они являются "био-логическим мусором" и подлежат удалению путем фагоцитоза функциональными фагоцитами. Со времен И. И. Мечникова поглощение фагоцитами чего-либо экзогенного (инфекционного) или эндо-генного рассматривают как биологическую реакцию воспаления, часть функции поддержания "чистоты" межклеточной среды многоклеточного организма. Оба субкласса (А и Б) ЛПНП являются флогогенами — эндо-генными инициаторами воспаления. Однако ЛПНП — это эндогенные макромолекулы белка, и прежде чем удалить, их надо физиологично денатурировать. Для этого нейтрофилы секретуют активные формы кислорода (пероксид-радикалы), которые в ЛПНП денатурируют апоВ-100 путем перекисного окисления. Чем выше в межклеточной среде содержание флогогенов

— ЛП субкласса А или В, тем больше будет усилены секреция нейтрофилами активных форм O_2 и усиливается "окислительный стресс". Одновременно в ЛПНП (апоВ-100) активные формы O_2 окисляют и двойные связи в ненасыщенных и полиеновых ЖК, которые к клеткам переносят апоВ-100 ЛП.

Далее денатурированные ЛПНП опсонизируют компоненты комплемента и клетки эндотелия путем трансцитоза переносят флогены в субэндотелиальное пространство интимы. Функционально интимы, как и колонии оседлых макрофагов в иных органах, является ареной биологической реакции воспаления, поддержания "чистоты" внутрисосудистого пула межклеточной среды организма. Поэтому все экзогенные, инфекционные патогены и эндогенные флогены, которые циркулируют в крови, постепенно оказываются сорбируемыми на протеогликановом матриксе интимы артерий. Из матрикса оседлые макрофаги, используя сквенджер-рецепторы (мусорщики), поглощают флогены и патогены и подвергают их протеолизу в лизосомах. Однако при протеолизе в лизосомах апоВ-100 макрофаги не могут гидролизовать полиэферы ХС, поскольку не имеют специфических кислых эстераз. Макрофаги накапливают полиэферы ХС (точнее, этерифицированные спиртом ХС эссенциальные полиеновые ЖК) в цитозоль и превращаются в пенистые клетки. Последние гибнут путем некроза, и все переносимые в ЛПНП полиеновые ЖК навсегда остаются в интимах в форме атероматозных масс. Так происходит формирование наиболее клинически значимого симптома атеросклероза — поражение интимы артерий, атероматоза.

Чем выше в плазме крови уровень ХС ЛПНП, чем более активно формируется атероматоз интимы артерий, тем в большей мере выражен дефицит в клетках эссенциальных полиеновых ЖК. Это уменьшает жидкость аннулярных фосфолипидов в плазматической мембране клеток, нарушает функцию всех интегральных белков мембраны, в том числе и глюкозных транспортеров, приводя к сахарному диабету 2-го типа. При отсутствии в клетках С 20:4 арахидоновой, С 20:5 эйкозапентаеновой и С 22:6 докозагексаеновой эссенциальных ЖК клетки начинают компенсаторно синтезировать суррогатную С 20:3 дигома-гамма-линоленовую ненасыщенную ЖК и использовать ее как предшественник синтеза биологически активных простаглиндов, тромбоксанов и лейкотриенов. Эта замена имеет следствием развитие гиперагрегации тромбоцитов, повышение артериального давления и активацию синдрома системного воспалительного ответа при отсутствии синтеза противовоспалительных липоксинов и резольвинов.

Таким образом, изучая современное состояние этого вопроса, исследователи пришли к выводу, что атеросклероз является синдром блокады рецепторного поглощения клетками и внутриклеточного дефицита эссенциальных полиеновых жирных кислот, синдром патологической компенсации и «болезнь конформации».

11. АДИПОНЕКТИН И ЕГО РОЛЬ В УЧАСТИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ОРГАНИЗМА

Никишина Е. - II курс.

Научные руководители: доц. Г.К.Дорошенко, ст. преп. Е.В.Егоршина

Одним из ключевых факторов, способных «держать» метаболический баланс в норме является белок-регулятор адипонектин. Адипонектин (другие названия ACRP30, GBP28) имеет массу 30 kDa, его секреция адипоцитами стимулируется инсулином. Адипонектин находится в достаточном количестве в крови — около 0,01% общего белка плазмы, его дневной диапазон колеблется от 1,7 до 30 мг/мл. Циркулирующий адипонектин существует в нескольких олигомерных изоформах, включая тримеры, гексамеры и мультимеры более высокого порядка. Биологическая роль олигомеризации еще не выяснена, но показано, что она принципиальна для проявления биологической активности.

Адипонектин регулирует энергетический гомеостаз и оказывает противовоспалительный и антиатерогенный эффекты. Уровень адипонектина снижается при ожирении в отличие от других адипокинов, которые при этом повышаются, включая лептин, резистин и TNF- α . Предполагают, что развитие инсулин-независимого диабета (2 типа) может быть связано с нарушением регуляции секреции адипонектина.

Уже один только факт, что его уровень довольно высок у субъектов не страдающих ожирением, а при ожирении он парадоксально низкий, заставляет рассматривать адипонектин как основной молекулярный регулятор метаболизма жировой ткани. Уровень адипонектина резко снижается при ожирении, и его дефицит коррелирует с развитием инсулиновой устойчивости при диабете 2-го типа.

Адипонектин способствует синтезу молекул, вовлеченных в окисление жирных кислот и сжигание энергии в скелетных мышцах, что приводит к снижению содержания в мышцах триглицеридов. Также адипонектин подавляет стремительность депонирования жирных кислот в печени и снижает глюконеогенез.

Показано, что чем выше содержание гормона, секретируемого жировыми клетками, тем меньше риск развития инфаркта миокарда. Полагают, что гормон противодействует накоплению жиров в стенках артерий, таким образом, уменьшая вероятность образования тромбов, которые могут приводить к инфаркту миокарда. Также существуют данные о том, что адипонектин способствует уменьшению воспалительной реакции, которая вносит свой отрицательный вклад в развитие сердечной патологии.

Таким образом, многочисленные данные свидетельствуют о его антигипергликемических, антиатерогенных, противовоспалительных свойствах. Адипонектин или препараты, стимулирующие его секрецию либо действие, могут играть ключевую роль при лечении заболеваний, которые связаны с ожирением, гипергликемией, а также с диабетом 2-го типа.

12. ВЛИЯНИЕ ТЕРМИЧЕСКИ ОБРАБОТАННОЙ СОИ НА КОГНИТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ САМЦОВ И САМОК ЛАБОРАТОРНЫХ БЕЛЫХ КРЫС, НА ФОНЕ ЭЛЕКТРОКОЖНОГО РАЗДРАЖЕНИЯ.

Авторы: Нахапетян А., Мамчур Я.

Руководитель: Феоктистова Н. А.

В последнее время много внимания уделяется вопросам целесообразности применения соевых продуктов для лечения и профилактики различных заболеваний. Нами сделан акцент на когнитивном показателе (КП) лабораторных белых крыс как удобном объекте изучения его, с целью выяснения влияния соевых продуктов на улучшение КП (внимания, памяти и др.). На основе разработанной схемы эксперимента (Н. А. Феоктистова, 2005–2007 г.), мы изучали КП на фоне электронного раздражения в универсальной проблемной камере (Григорьев Н. Р., 1996г.) у самцов и самок опытной и контрольной групп в возрасте 5 месяцев. Опытную группу составили самцы и самки, полученные от родительских пар, в рационе которых преобладали соевые продукты. По окончании вскармливания молодняк составил, соответственно, опытные группы самцов и самок, и весь период исследования в их рационе преобладали соевые продукты. Контрольную группу составили самцы и самки, полученные от родительских пар, находящихся на обычном рационе.

Результаты эксперимента показали, что:

1. рацион с преобладанием соевых продуктов способствует увеличению значения когнитивного показателя у крыс в опытных группах.

2. большая эффективность применения указанного рациона, как стимулятора когнитивной функции, характерна для самок.

13. БИОХИМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЛИЗОФОСФОЛИПИДОВ

Нахапетян А. – 2к.

Научный руководитель: асс. Н.А.Феоктистова

Лизофосфолипиды (ЛФЛ) широко распространены в природе, встречаются во всех клетках и тканях (обычно 1-3% от общего содержания фосфолипидов). В больших количествах (7-22%) содержатся в плазме крови. Могут накапливаться в тканях при некоторых патологических состояниях, например при ишемии сердечной мышцы, а также в макрофагах, обработанных различными адьювантами (веществами, неспецифически усиливающими иммунный ответ на антиген). ЛФЛ более полярны и легче растворимы в воде, чем диацилфосфолипиды. Обладают высокой поверхностной активностью и проявляют свойства детергентов. Сами по себе ЛФЛ не способны давать бислоиные структуры, но легко формируют их при ассоциации с жирными кислотами и холестерином. Обладая высокой биологической активностью, ЛФЛ вызывают гемолиз эритроцитов, оказывают литическое действие на клеточные мембраны, активируют макрофаги и усиливают образование антител на растворимые белки и некоторые антигены. В небольших (сублитических) концентрациях индуцируют слияние мембран и ингибируют активность некоторых мембранных ферментов, в высоких концентрациях действуют как детергенты, вызывая солиubilization мембранных белков и липидов. ЛФЛ принадлежит существенная доля регуляторных функций фосфолипидов. Концентрация ЛФЛ повышается при активации тромбоцитов, при повреждении тканей, воспалении и неоплазии. Биологические функции ЛФЛ сопряжены с ростом клетки, включая пролиферацию, дифференцировку и процессы ее выживания, а также с подавлением апоптоза. При низких не токсичных концентрациях ЛФЛ могут действовать как липидные вторичные мессенджеры, преобразуя сигналы, полученные от мембранных рецепторов, а также проявляя множественные биологические активности. Лизосфинголипиды образуются при гидролизе СМ с последующим обратимым расщеплением церамида до сфингозина и дальнейшим фосфорилированием последнего до SIP (сфингозин-1-фосфат). Он способен увеличивать пролиферацию и хемотаксис эндотелиальных клеток, стимулировать образование капилляров в культуре клеток, растущих на коллагеновом геле, усиливать действие фактора роста фибробластов на ткани рогового слоя у мышей. Помимо SIP был открыт еще один активный лизосфинголипидный регулятор SPC (сфингозил-фосфорилхолин). Показано, что SIP и SPC являются потенциальными кальций-мобилизующими агонистами: SIP усиливает высвобождение Ca, а SPC может мобилизовать Ca в гладкомышечных и эндотелиальных клетках. Наиболее распространенным лизоглицерофосфолипидом в клеточной мембране является лизоФХ. ЛизоФХ составляет в среднем 6 - 9% от всех ФЛ сыворотки. Увеличение уровня лизоФЛ в результате измененного метаболизма мембранных фосфолипидов связано с развитием ряда заболеваний, таких, как ишемия и аритмия миокарда, ишемия и демиелинизация периферических нервов. Воздействуя на генную экспрессию, лизоФХ оказывает влияние на клеточные ответы. ЛизоФХ участвует в проявлении некоторых биологических функций липопротеинов, стимулирует рост макрофагов. Получены данные, что лизоФХ оказывает митогенный эффект на макрофаги мышей, индуцируя экспрессию генов ростовых факторов, вовлеченных в атерогенез и воспалительные процессы. Он может регулировать экспрессию молекул адгезии на поверхности эндотелиальных клеток, модулировать зависимость от эндотелия артериальную релаксацию, проявляя, таким образом, вазоактивные свойства. ЛизоФХ может также усиливать иммунные ответы. Например, он стимулирует фагоцитоз макрофагов и лейкоцитов. Полагают, что лизоФХ играет определенную роль на ранних стадиях атеросклероза и в воспалительных процессах. Показано также, что лизоФХ и его производные проявляют противоопухолевые свойства и бактерицидную активность. В клеточных мембранах присутствует лизофосфатидная кислота, которая вызывает агрегацию тромбоцитов, сокращение гладкой мускулатуры, пролиферацию и дифференцировку клеток, сокращение аксонов, ассоциацию адгезивных молекул и др. В ряде работ показано участие лизоФК в опухолевом росте, а также, вместе с

простагландинами и ганглиозидами, в ангиогенезе. ЛизоФК, как биологический медиатор генерируется репродуктивными тканями, играя, по всей вероятности, множественную роль и в мужской, и в женской репродуктивной физиологии и патологии. Таким образом, лизоФК, SPC и SIP рассматриваются как важные внеклеточные сигнальные молекулы, которым свойственны различные эффекты, включая митогенез, дифференцировку, миграцию клеток, апоптоз, а также регуляцию агрегации тромбоцитов, сосудосуживающая активность, заживление ран, иммуномодуляция и ангиогенез.

14. ОСОБЕННОСТИ ФОСФОЛИПИДНОГО СОСТАВА ГОЛОВНОГО МОЗГА ЖИВОТНЫХ

Мамчур Я., 2к.

Научный руководитель: асс. Н. А. Феоктистова.

Фосфолипиды являются главными липидными компонентами клеточных мембран, они создают достаточно стойкие двухслойные мембранные структуры, обладающие в то же время необходимой текучестью и обеспечивающие нормальную работу белковых мембранных структур. В настоящее время большое внимание уделяется изучению фосфолипидов. Для этого сопоставляют особенности состава липидов головного мозга животных, принадлежащих к одному виду, но генетически различающихся по структуре ЦНС и поведению. Удобным объектом для такого исследования служат крысы. В составе головного мозга особенно ярко проявляется содержание фосфатидилхолина и фосфатидилэтаноламина – основных фракций, составляющих более 60% всех липидов.

Фосфатидилхолины (ФХ) – каждая из животных клеток способна быстро синтезировать ФХ для собственных нужд. Только два вида клеток – энтероциты и гепатоциты синтезируют их для последующей секреции – «на экспорт» для целей переноса и поглощения клетками ЖК. При этом ФХ, которые синтезируют энтероциты и гепатоциты, отдельно участвуют в переносе, активном и пассивном поглощении клетками как н-ЖК, так и поли-ЖК.

Все ФХ, которые обнаруживают в сыворотке крови, выполняют функцию переноса и поглощения клетками ЖК.

Фосфатидилэтаноламины (ФЭ) – в плазме крови они являются полярной транспортной формой для поли-ЖК. ФЭ является наиболее важным ФЛ в нейронах, ткани мозга и сетчатке глаза.

Фосфатидилсерины (ФС) – имеют разные остатки ЖК и будучи несимметричными, являются третьими по количеству ФЛ в ткани мозга и в нейронах. В плазме крови ФС – это неполярная форма переноса к клеткам поли-ЖК.

Сфингомиелины (СМ) – большое количество СМ содержится в белом веществе мозга, особенно в миелине, но он есть и в сером веществе мозга и в иных тканях. СМ приписывают особую таксономическую роль и связывают его появление с образованием неокортекса.

Исследования фосфолипидов применяются для коррекции метаболических нарушений в печени, вызванных различными токсинами, предупреждения развития ожирения в печени, снижения содержания нейтральных липидов внутри гепатоцитов, предупреждения развития недостаточности ненасыщенных жирных кислот (что ведет к возрастанию простагландинов в печени). Благодаря структурным и биоэффекторным функциям фосфолипиды рассматриваются как универсальные молекулы адаптации. В экспериментах на крысах показано, что введение фосфолипидов достоверно снижает процент клеток, подвергающихся апоптозу под действием алкоголя. Помимо этого, фосфолипиды представляют собой материал для восстановления клеточных мембран – взамен липидов, претерпевших химические превращения. Метод двухмерной ТСХ позволяет четко разделить фосфолипиды больших полушарий головного мозга крысы на 7 фракций: ЛФХ, СФМ, ФХ, ФС, МФН, ФЭА, ФК. Содержание фосфолипидов коры изменяется в следующем порядке: ФХ>>ФЭА>ФС>СФМ>ТФИ>ФК>ЛФК.

15. ПРИМЕНЕНИЕ БЛАГОРОДНЫХ МЕТАЛЛОВ В МЕДИЦИНЕ

Иванова О. – 1 к., пед. факультет

Научный руководитель: зав. кафедрой общей химии Баталова Т.А.

Результаты многих научных исследований, выполненных как в нашей стране, так и за рубежом, свидетельствуют о том, что свойства благородных металлов уникальны, а их применение в медицине обширно.

Благородные металлы - это шесть элементов VIII группы Периодической системы Д.И. Менделеева: в пятом большом периоде - так называемые легкие платиновые металлы - рутений (Ru), родий (Rh), палладий (Pd) с порядковыми номерами соответственно 44, 45, 46 и в шестом - тяжелые осмий (Os), иридий (Ir), платина (Pt), имеющие порядковые номера 76, 77, 78. Вместе с золотом и серебром металлы платиновой группы образуют семейство благородных металлов. Наименование «благородные» связано с тем, что они отличаются низкой химической активностью, высокой коррозионной стойкостью, а изделия из них имеют красивый, благородный внешний вид. Серебро и золото - очень пластичные, тягучие и сравнительно мягкие металлы. Из серебра можно вытянуть проволоку длиной 100 м, масса которой всего 0,045 г; масса золотой проволоки той же длины - 0,04 г. Серебро и золото можно проковать в тончайшие листки (до 0,4 мкм), просвечивающие синевато-зеленым или зеленым цветом. Для придания твердости серебро и золото сплавляют с медью. Из этого сплава изготавливают ювелирные, зубные протезы. Благодаря стойкости серебра против едких щелочей, уксусной кислоты и других веществ из него изготавливают аппаратуру для химических заводов, фармацевтических заводов, а также лабораторную посуду. Оно служит катализатором в некоторых производствах (например, окисления спиртов в альдегиды). Сплавы на основе серебра применяют также для изготовления ювелирных изделий, зубных протезов. Соли серебра используют в медицине и фотографии.

Иодид серебра AgI в виде аэрозоля получил применение для искусственного вызывания дождя. Мельчайшие кристаллики иодида серебра, введенные в облако, служат центрами, на которых происходит конденсация водяного пара и слияние мельчайших капелек воды в крупные дождевые капли.

В онкологии применяется специальный комплекс платины способствующий уменьшению опухолей. Комплекс дихлордиамминоплатина (II) цис-строения - $[Pt(NH_3)_2Cl_2]$ (цис-ДЦП) обладает антиканцерогенными свойствами и внедрен в клиническую практику как эффективный препарат в химиотерапии рака. Интересно, что комплекс платины(II) того же состава, но транс-строения противоопухолевой активностью не обладают. Препарат ДЦП стал родоначальником нескольких новых поколений противоопухолевых препаратов цитостатического действия. Биологической активностью обладают соединения и других платиновых металлов, например комплексы рутения с диметилсульфоксидом и имидазолом.

Применение препаратов золота, серебра и платины имеет место и в «нетрадиционной» медицине при лечении туберкулеза, алкоголизма, при лечении простудных заболеваний, стабилизации механизмов терморегуляции. Таким образом, на сегодняшний день благородные металлы все более укрепляют и завоевывают свои позиции в медицине, расширяя области их применения.

16. ХИМИЯ БИОГЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ IA и IIA ГРУПП

Вихрева Д. – 1к.

Научный руководитель: асс. каф. общей химии Таракановская О.В.

Элементы IA-группы (Li, Na, K, Rb, Cs, Fr) и IIA- группы (Be, Mg, Ca, Sr, Ba, Ra) относят к s-элементам. Химические свойства s-элементов IA- и IIA- групп сходны. S- Элементы легко отдают валентные s-электроны., т. е. они представляют собой сильные восстановители. Элементные вещества – типичные металлы, обладающие блеском, высокой электрической проводимостью и теплопроводностью, химически весьма активны.

s-Элементы имеют малые значения энергии ионизации при относительно больших радиусах атомов и ионов.

Элементы IA – группы – щелочные металлы. Наибольшее значение для организма имеют макроэлементы Na и K, образующие, при взаимодействии с кислородом, пероксиды (Na_2O_2) и надпероксиды (KO_2). Ионы K^+ и Na^+ принимают участие в биокатализе, образуя смешанные комплексы типа фермент – катион – субстрат.

Наиболее важными для живых организмов среди элементов IIA- группы являются макроэлементы Mg и Ca и микроэлементы Sr и Ba. Элементы IIA- группы, за исключением Be, обладают выраженными металлическими свойствами, являются сильными восстановителями. Be, его оксид и гидроксид обладают амфотерными свойствами.

Ионы Li, Na, K, Be, Mg, Ca, Sr, Ba подвергаются качественному анализу. Т. е. имеются качественные реакции, позволяющие обнаружить эти ионы в растворах и смесях.

Катионы IA- и IIA-групп изменяют окраску пламени.

Щелочные металлы в виде различных соединений входят в состав тканей человека и животных. Велика их физиологическая и химическая роль. Соединения Li, Na, K (такие как NaCl, NaHCO_3 , KCl) широко используются в медицине. Большое значение получило свойство взаимозамещаемости Li и Na, K^+ Rb^+ и Cs^+ , обусловленное сходством строения их атомов.

Жизненно необходимыми элементами IIA- группы являются Ca и Mg. Близость физико-химических свойств Ca, Sr и Ba, обусловленная сходством электронного строения, проявляется в биологическом действии их ионов (взаимозамещаемости).

Соли Be и Ba токсичны для организма. Соли Ba вызывают гипокалиемию и др., соли Be – бериллиевый рахит, бериллиоз и т. д.

Различия в электронном строении s-элементов IIA-группы, проявляющиеся, прежде всего в способности к комплексообразованию, обуславливают индивидуальность действия их ионов, в частности токсичность бериллиевых и бариевых солей.

17. ПОЛИМЕРЫ В МЕДИЦИНЕ

Спекторенко А. – 1к.

Научный руководитель: доц. каф. общей химии Баталова Т.А.

В последние десятилетия возрос интерес к созданию к исследованию полимеров и материалов на их основе, необходимых в процессах жизнедеятельности организма человека.

Основные направления использования полимеров в медико-биологических областях:

Материалы ,применяемые в замещении (замене) и других методах лечения органов и тканей с использованием хирургических методов;

Материалы для биологически активных систем (компоненты лекарственных систем, полимерные биоциды и биорегуляторы);

Материалы для биоинженерных методов;

Материалы для высокоэффективных биокатализаторов;

Мембранные и сорбционные материалы для разделения и очистки биологически активных веществ;

Материалы для биоанализа;

Материалы для создания изделий и объектов, используемых в медицине вне организма.

Современные медицинские методы включают широкий круг вмешательств с использованием полимеров для замены органов и тканей, пораженных в результате патологических процессов или травм. Во многих случаях применение синтетических материалов представляется предпочтительным, а иногда единственно возможным.

Поражения элементов сердечно-сосудистой системы;

Замещение костных и сухожильных элементов;

Соединение рассеченных тканей;

Протезирование связок и сухожилий, мягких тканей;
Повреждение кожного покрова;
Поражения зубов;
Поражение системы органов зрения и слуха.

Используются металлы и сплавы, силикатные и неорганические материалы, материалы на основе углерода, но чаще полимеры и композиты на их основе.
Общие требования: имплантант не должен выделять в организм вредные вещества (канцерогены, аллергены и т.п.), должен выдерживать условия стерилизации, изготавливаться из доступных материалов. В зависимости от ситуации к полимеру предъявляются определенные требования. Биоинертность – свойство материала не оказывать биологического действия на окружающие ткани и организм в целом, и быть устойчивым к их воздействию. Биосовместимость – свойство материала выполнять определенную функцию в организме в течение требуемого времени без вреда для него. Биодegradация – способность материала к уменьшению размера и массы в процессе функционирования в организме. Биореакционная способность – способность полимера химически и/или биохимически вступать в реакции под влиянием окружающих тканей и сред. Биоамещение – процесс замещения имплантанта живой тканью параллельно с процессом биодegradации.
Несмотря на большие успехи, задачи замещения органов и тканей для многих случаев не решены. Нельзя выделить какой-то материал, пригодный для применения во всех случаях.

18. ОСНОВЫ ФАРМАКИНЕТИКИ КАК НАУКИ.

Тарасюк Е.В.-3 к.,
Научный руководитель: доц. В. И.Тиханов.

В данной работе освещаются основные исторические вехи в развитии фармакокинетики как науки. Освещаются теоретические вопросы связанные с всасыванием, экскрецией, метаболизмом лекарственных соединений в организме человека. Предлагаются вниманию слушателя основные положения связанные с моделированием фармакокинетического эксперимента. Обсуждаются и вопросы связанные с воздействием различных факторов внешней среды на фармакокинетические процессы возникающие в биологической системе.

19. ИНФОРМАЦИОННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЭФФЕКТОВ ПЛАЦЕБО

Анкудинова Я. – 3к.
Научные руководители: доц. В.А. Максименко, доц. А.П. Матыцин

В 1955 году бостонский врач Генри Бичер опубликовал статью о результатах 15 клинических испытаний, в которых обнаружилось, что примерно треть пациентов выздоравливают от таблеток-пустышек (плацебо), не содержащих действующих веществ. Этот феномен Бичер назвал «эффектом плацебо». Статья Бичера привлекла внимание медиков и психологов к этому эффекту, сделав его предметом систематических научных исследований. За прошедшие с тех пор полвека с лишним словосочетание «эффект плацебо» не только стало известно практически любому образованному человеку, но и значительно расширило свой первоначальный смысл. Как показали обстоятельные исследования, в действительности существуют три вида эффектов плацебо: положительный, отрицательный и смешанный (микст).

Положительный эффект плацебо – это позитивные изменения после плацебо, которые выражаются в виде улучшения самочувствия и ослабления объективной симптоматики заболевания.

Отрицательный эффект плацебо — прямо противоположные изменения: ухудшение показателей здоровья или болезни, появление нежелательных явлений или болезненных симптомов.

Средство, вызывающее подобный эффект, иногда обозначают термином "ноцебо". Отрицательный эффект плацебо (ноцебо эффект) дифференцируют с побочными и токсическими эффектами лекарственных средств.

Смешанный эффект плацебо – когда имеют место и положительные, и отрицательные сдвиги у одного и того же лица.

Было установлено, что эффекты плацебо могут наблюдаться у людей разного возраста и пола, разных этнических групп, религий и профессий, у пациентов с самыми разнообразными заболеваниями.

Многочисленными исследованиями на тысячах лиц выявлено, что плацебо эффект (один из трех видов) наблюдается в среднем у трети (33%) здоровых и больных различными заболеваниями. Результаты этих работ позволили установить ряд свойств и закономерностей этого феномена.

Обнаружилось, что способность плацебо повлиять на состояние организма зависит от вида расстройств и заболеваний. Лучше всего пустышками лечатся такие недуги, как повышенная тревожность, депрессия, бессонница. Столь же эффективна плацебо-терапия психосоматических расстройств: бронхиальной астмы, экзем, дерматитов и т. п. Плацебо нередко творит чудеса и в снятии боли – но отнюдь не всякой. Лучше всего оно помогает при болях центрального происхождения, а вот в подавлении боли от выраженной внешней травмы плацебо малоэффективно.

Плацебо-тесты позволили выявить людей с положительным и отрицательным плацебо-эффектами и лиц, у которых сколько-нибудь существенный плацебо-эффект отсутствовал (плацебо-нореакторы). Плацебо стали назначать и на длительное время для косвенной психотерапии или так называемой медикаментозной психотерапии. Наиболее выраженные плацебо-реакции наблюдаются у внушаемых, конформных, боязливых пациентов, готовых к безусловному сотрудничеству со специалистом. Вместе с тем, ряд авторов обращают внимание на нестабильность эффектов плацебо: они могут быть или отсутствовать у одного и того же субъекта в разные дни.

Данные о механизмах действия плацебо до настоящего времени содержат больше вопросов, чем ответов. Хотя и общепризнанно, что секрет плацебо кроется во внушении и самовнушении, однако это положение не объясняет самого механизма его действия на организм. Наибольшие успехи в разрешении этого вопроса достигнуты при изучении плацебо-индуцированной анальгезии. Углубленные экспериментальные исследования позволили установить, что анальгетический эффект плацебо в значительной мере определяется активацией опиоидо-серотонинергической системы организма. Под влиянием плацебо происходит повышение концентрации эндорфинов в плазме крови и в ликворе, блокатор опиоидных рецепторов налоксон заметно ослабляет плацебо-анальгезию. Поскольку налоксон устраняет эту анальгезию не полностью, предполагают, что существует еще и неизвестный неопиоидный механизм анальгезии, вызванной плацебо. Как выяснилось, подобная картина наблюдается и при других немедикаментозных методах обезболивания.

Хотя абсолютно индифферентных веществ для организма не существует, совершенно очевидно, что эффект плацебо не является результатом воздействия «вещества» на организм, так характерного для фармакотерапии, составляющей основу ортодоксальной медицины. Мы полагаем, что в основе эффектов плацебо лежит чисто информационный тип влияния на живой организм, изучение которого возможно при обязательном использовании информационного подхода. Результативность данного подхода в плане объяснения механизмов подобных явлений доказана авторами информационной концепции боли (О.В. Петров, В.В. Лихванцев, В.В. Субботин и др., 1998), которые установили, что при нефармакологических методах обезболивания происходит «перепрограммирование образа боли» или конкурентное вытеснение ноцицептивной информации. Нам представляется, что разработка информационной концепции эффектов плацебо в клинических и экспериментальных условиях поможет понять как человеческий организм перепрограммируется на болезнь и выздоровление.

20. НАНОПАТОЛОГИЯ - АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ПАТОФИЗИОЛОГИИ (НАУЧНЫЙ ОБЗОР)

Верейкина А. – 3к.

Научные руководители: доц. В.А. Максименко, д.м.н., доц. А.Г. Кудрин

Бурное развитие нанотехнологий несомненно приведет к тому, что в ближайшие годы наноматериалы войдут в нашу повседневную жизнь. И неудивительно, что все чаще стали обращать внимание на возможные эффекты их воздействия на живую природу. Оценка безопасности наноматериалов должна иметь высший приоритет в условиях ожидаемого распространения их по всему миру и вероятного воздействия на людей непосредственно или через выделение в окружающую среду (воздух, воду, почву). Важную роль в решении этой проблемы призвана сыграть нанопатология.

Нанопатология – современное направление общей патологии, изучающее патогенные эффекты неорганических ультрамикромалых микрочастиц и живых нанобактерий.

Сегодня для решения этой проблемы использован принятый в патофизиологии междисциплинарный подход, включающий участие исследователей в области токсикологии, физики, химии, материаловедения, медицины, молекулярной биологии, биоинформатики.

Однако неправильно было бы считать, что влияние наноматериалов на людей, животных и окружающую среду стали изучать лишь недавно. Существует довольно много старых данных эпидемиологических и токсикологических исследований, относящихся к ультрамалым частицам в воздухе. Как отмечают авторы, люди подвергались воздействию находящихся в воздухе наноразмерных частиц на всех стадиях эволюции. К примеру, такие частицы (включая фуллерены) образуются естественным путем в процессах сгорания - при лесных пожарах, в вулканах. С началом промышленной революции воздействие резко возросло из-за антропогенных источников (двигатели внутреннего сгорания, электростанции, плавка, сварка, термообработка полимеров и др.), а быстро развивающаяся область нанотехнологий, вероятно, скоро станет еще одним таким источником воздействия. Подобные частицы металлов и кристаллических минералов, имеющие размер порядка 10-100 нанометров, могут попадать в организм через рот — при наличии зубных протезов, изготовленных из материалов, считающихся в стоматологии инертными. Они могут проникать в организм при вдыхании пыли и вместе с косметикой, например, с железосодержащими видами губной помады. Установлено, что наночастицы малоизученным путем, предположительно, при участии макрофагов, распространяются по организму, проникают в клеточные ядра и способны вызывать системные микрогранулематозные процессы, тромбозы, а также повреждения ДНК, особенно если содержат тяжелые металлы или радионуклиды. Имеются доказанные случаи тяжелых поражений печени, легких и других органов с участием наночастиц. С этими механизмами связана этиология и патогенез массовых поражений внутренних органов у участников американо-иракской войны, жертв вулканических извержений и промышленных аварий, разрушения всемирного торгового центра в Нью-Йорке и, возможно, часть медицинских последствий аварии на ЧАЭС. По-видимому, проникновение наночастиц в организм современного человека — заурядное явление, особенно для жителей индустриализованной части мира. Его истинные патофизиологические последствия только предстоит оценить, но уже сейчас ясно, что медицине придется пересматривать представления о том, с какими материалами организма могут контактировать без вреда, а с какими — нет. Ставится под сомнение и использование металлов в виде производных алюминия — в составе вакцин и антацидов, а также в составе самого обычного бариевого контраста, используемого в рентгенологии. Дело в том, что имеются данные о патогенном действии алюмо- и бариеосодержащих наночастиц, приводящих к микрогранулематозу и эмболии.

Вообще результаты исследований токсичности углеродных наноматериалов довольно противоречивы и вызывают много новых вопросов. Авторы единодушны, пожалуй, в одном - нужны

дальнейшие исследования. При этом следует учитывать, что большинство экспериментов проводится в искусственных условиях, и уровни доз далеко не всегда отражают реальную картину. Не менее актуален вопрос и о патогенном действии нанобактерий, проникающих внутрь организма. Впервые они были обнаружены в горячих источниках, минералах и метеоритах. Доказано участие нанобактерий в процессах минерализации и кристаллообразования в геологии, установлено их большое распространение в различных объектах окружающей среды, включая и водозаборы. Нанобактерии обнаружены в почечных камнях, зубном налете и очагах кальциноза, в частности, при распаде злокачественной опухоли яичника и при атеросклерозе. Предполагается, что нанобактериальная инфекция может служить заправочным механизмом для кальциноза и таких заболеваний, как уронефролитиаз, холелитиаз и сиалолитиаз. Удалось показать, что нанобактерии воспроизводятся и их рост усиливается в невесомости, что ставит вопрос о роли космических полетов как фактора риска уронефролитиаза. Многие зарубежные и отечественные ученые высказывают мнение, что нанобактерия может играть важную роль в канцерогенезе и этиологии таких заболеваний, как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, мочекаменная болезнь, кариез, поликистоз почек, катаракта, болезнь Альцгеймера и т.д. Как бы там ни было, похоже, что эффективного иммунитета от нанобактерий у людей не существует. Важно отметить, что многие эндогенные процессы в организме, осуществляемые на субмолекулярном уровне, например, взаимодействие рецепторов с лигандами, также идут в нанодиапазоне. В связи с этим патофизиолог, академик А. А. Кубатиев (2005) указывает на значение эндогенной нанопатологии при развитии болезней. Таким образом, нанопатология является актуальной проблемой современной патофизиологии и эта проблема может быть решена только совместными усилиями специалистов различных областей науки и техники.

21. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АДАПТОГЕНОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПРИ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ НА ТЕПЛОКРОВНЫЙ ОРГАНИЗМ

Лазарева К.В.- 324 гр., Герасимец Е.А. - 323 гр.

Научный руководитель: проф., д.м.н. Коршунова Н.В.

В нетрадиционной медицине широко используются растительные средства, которые обладают восстанавливающими свойствами при поражении различных органов и систем. Кроме того, применение известных фармакологических средств целесообразно одновременно с адаптогенными растениями, которые бы смягчали побочные эффекты действия, а так же экологическую нагрузку на организм.

Среди растительных адаптогенов возможно широко использовать женьшень (*Panax ginseng*), элеутерококк (*Eleutherococcus senticosus*), алоэ (*Aloe arborescens*), родиолу розовую (*Rhodiola rosea*), и крапиву (*Urtica dioica*).

Известно что женьшень – это многолетнее травянистое растение, которое применяется для усиления процессов возбуждения в структурах головного мозга и усиления рефлекторной деятельности, а так же для увеличения аппетита.

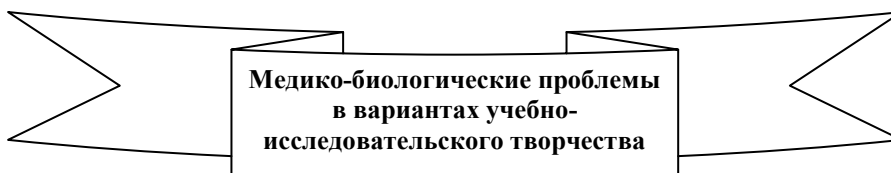
Элеутерококк – это высокий кустарник с прямостоящими стеблями, ветви покрыты светло-серой корой, а игольчатые шипы легко обламываются и впиваются в кожу, за что его прозвали «Чёртов куст». Основное применение в психиатрии, гомеопатии и косметологии. Он оказывает стимулирующее влияние на углеводный и жировой обмена, возбуждает ЦНС.

Алоэ – это растение, листья которого содержат водянистый сок, необычайно горького вкуса. Основными действиями является успокаивающее, смягчающее, увлажняющее. Так же применяется как косметическое средство и средство по уходу за волосами.

Родиола розовая – это многолетнее травянистое растение, оказывающее сильное воздействие на поперечно-полосатую мышечную ткань, а так же на ЦНС и сердечно-сосудистую систему.

Крапива – многолетнее травянистое растение, покрытое длинными волосками, главное применение которого основано на его гемостатическом свойстве, а именно повышать свертываемость крови и нормализовывать деятельность сердечно-сосудистой системы.

Таким образом, на фоне повреждающего действия химических факторов на теплокровный организм перспективно применение адаптогенных средств растительного происхождения.



**Медико-биологические проблемы
в вариантах учебно-
исследовательского творчества**

Научный руководитель: д.м.н. проф. А.Д. Чертов
Председатель: Д. Левчук—1к.
Секретарь: Р. Жданова—1к.

**1. АКАДЕМИКУ Н.И.ВАВИЛОВУ 120 ЛЕТ – МЫСЛИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ОБРАЗЦА
ТВОРЧЕСТВА В ТРАГИЧЕСКОЙ СУДЬБЕ ГРАЖДАНИНА МИРА**

Иванова О., Арсенова Т., Левчук Д., Моисеенко А., Сколубович А., Лихобаба Е., Шарифова З.,
Жданова Р., Дегушева О., Бруева О., Гаврилина Д. - 1 к.

Научный руководитель – проф. Е.Н.Гордиенко

В 1987 году на заре перестройки, на волне подлинно демократических устремлений в будущее наша страна, в то время – Советский Союз, ученые всего мира с большими почестями праздновали 100-летие великого отечественного ученого генетика академика Н.И.Вавилова. Спустя 20 лет в год 120-летия со дня его рождения нам, студентам АГМА первого десятилетия XXI века представляется важным оценка этой личности как в истории теоретической и прикладной генетики, так и влияние научного наследия ученого на развитие современной молекулярной биологии. Организованные и осуществленные нами на первом курсе Вавиловские чтения позволили прикоснуться к судьбе гениального ученого и оценить его вклад в создание теоретической и прикладной генетики. Мы с гордостью убедились в приоритетах нашего Отечества в областях естественно-научного знания. В сложнейшие для его судьбы 20-30-е годы XX века СССР стал родиной великих идей, всемирно известных открытий, страной, где государством в считанные годы после социалистической революции были вновь созданы крупнейшие научно-исследовательские лаборатории, академические центры, институты, куда приезжали перенимать опыт и идеи Т.-Х.Морган, Г.Меллер – будущие лауреаты Нобелевской премии. В числе авторов этих заслуг в первую очередь назван юбиляр - Николай Иванович Вавилов, крупнейший ученый - энциклопедист с мировым именем, талантливый организатор отечественной биологической и сельскохозяйственной науки. Мы изучали огромный и бесценный вклад этой личности в мировую науку: учение о генотипическом иммунитете растений к инфекционным заболеваниям, закон гомологических рядов в наследственной изменчивости, теории центров происхождения культурных растений, основные положения теории научной селекции и интродукции растений, и другие. Убедились в том, что научное наследие Н.И.Вавилова и его соратников продолжает приносить пользу и сегодня, являясь источником идей во многих областях биологии и не только. Исследуя происхождение земледельческих культур, как оказалось, Н.И.Вавилов внес новые знания в другие отрасли культуры - этнографию, лингвистику. Однако нас - поколение новой России XXI века, интересует не только творческое наследие признанного всем мировым научным сообществом великого соплеменника. Это и личностные качества ученого, выделявшие его среди современников – гениальная прозорливость, удивительная способность мыслить масштабно, великолепные организаторские способности, умение ставить и решать сложнейшие задачи, и в то же время – душевная цельность, щедрость и человеколюбие, бескорытность, великое уважение к человеку любого социального положения, любой национальности, вероисповедания! Едва ли не УЗНАВАНИЕ этого из биографии ряда отечественных великих биологов (Н.К.Кольцов, Н.В.Тимофеев-Ресовский, К.И.Скрябин и др.) -

главная образовательная цель для нас, студентов-медиков, будущих целителей российского народа, интеллигенции. Однако есть еще один познавательный аспект этой подлинно трагической судьбы – смерть ученого, положившего бескорыстно всю свою жизнь на алтарь науки и практики. 6 августа 1940 года, находясь в экспедиции, Вавилов был арестован. Академик Прянишников, узнав об этом, воскликнул: «Что они сделали! Они посадили в клетку гражданина мира!» Изучая юбилейные материалы, опубликованные к 100-летию Н.И.Вавилова, мы убедились в причинно-следственных отношениях великой трагедии, имевшей место с 1937 по 50-е годы, в результате чего было остановлено развитие отечественной генетики как фундаментальной, так и прикладной. Это - причины политического и субъективного характера, они уничтожили не только морально, но и физически целую плеяду талантливых ученых – генетиков: Н.И.Вавилова, Г.А.Левитского, Г.Д.Карпеченко и многих других, «взошедших на костер» за свои убеждения. Они отбросили науку в нашей стране, в том числе медицинскую генетику, намного лет назад, преподавание генетики было запрещено вплоть до 1963 года. Вынужден был покинуть родину Георгий Гамов, не вернулся в СССР Феодосий Добжанский, принесший впоследствии славу Америке. Скончался от инфаркта великий Н.К.Кольцов, писавший прошения в ЦК КПСС в защиту Н.И.Вавилова, и узнавший, что Вавилов остается в саратовской тюрьме в тяжелом состоянии. Эти факты полны горечи, они – свидетельство черной страницы в истории нашей страны. 20 лет назад, в 1988 году на волне перестройки состоялось Всесоюзное совещание «О состоянии и перспективах развития генетики» под председательством академика Г.П.Георгиева, при активном участии академиков Н.П.Дубинина, А.А.Баева, Н.П.Бочкова, А.А.Созинова, С.Г.Инге-Вечтомова и других. Мы владеем информацией о том, что все ниже перечисленные ученые приложили максимум усилий для активного и полноценного участия нашей страны в Международном проекте «Геном человека». Однако уже в 1991 году финансирование нашего участия было прекращено. Мы отмечаем вновь вмешательство политической ситуации в нашей стране – развал Советского Союза - определившей прекращение важнейших фундаментальных научных исследований! Мы убеждаемся в том, как тесно переплетаются судьбы страны, науки, великих и безымянных людей. Не в этом ли уроки Жизни, изучая которые мы должны извлекать позитивный опыт и не повторять страшных ошибок? В связи с этим мы воссоздаем генеалогии великих ученых, которые в основе которых - не только родство кровное, но и духовное единение, позволившее им оставить после себя мировую память. Н.И.Вавилов любил всегда добавлять: «Жизнь коротка, надо спешить». Нам есть, чему учиться у великих и у истории Отечества, ибо «время – дано!»

2. БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ КОНЦЕПЦИИ ГЕРОНТОГЕНЕЗА – ВАРИАНТЫ РАЗВЕРТЫВАНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ

Борисова С. - 1 к., Номеровская Т. - 3 к., Степанцова А., Димова М. - 2 к., Кунилова М. - 1 к.
Научный руководитель – проф. Е.Н.Гордиенко

Наш интерес к изучению проблем старения двойственен. Субъективное мнение таково, что «нам это не грозит», или «что может быть интересного для меня в таком явлении, как старость?» Однако именно медицинская биология в разделе «Онтогенетика человека» дает возможность переоценить наши взгляды на то, что «нас ждет впереди». Знакомясь с современной термодинамической концепцией онтогенеза, мы убеждаемся, что геронтогенез занимает особое место. В первую очередь это связано с временным регламентом: процесс старения является едва ли не самым протяженным этапом жизни человека при видовой продолжительности *Homo sapiens sapiens* до 125 лет. Этот естественный биологический показатель отражает генетическую программу вида, свидетельствует о возрастных резервах физиологической, структурной и метаболической нормы реакции, о реальных возможностях их реализации. В этом убеждает оценка демографической ситуации в мире, объективно демонстрирующая несомненный рост показателей постарения населения многих, в первую очередь, цивилизованных стран мира

(«платиновые леда» Англии, «уникальные бабушки» Японии). Есть прикладная подоплека нашего интереса к проблеме, т.к. всегда в медицине клинической, социальной велика была, есть и будет вероятность встречи и решения проблем геронтогенеза. Изучая современную модель онтогенеза, мы рано начинаем понимать, что в будущем как врачи любой специальности, мы должны быть мотивированы на то, что нашими пациентками, пациентами будут преимущественно те, «кому за» 55 – 60 и более лет. Однако главным в этой многогранной проблеме остается биологический аспект. В первую очередь он связан с проблемами механизма старения. Изучение нами существующих многочисленных теорий геронтогенеза позволяет думать, что они скорее дополняют друг друга в стремлении понять неизбежность грустного процесса и попытках его приостановить. Однако, наша исследовательская работа с литературными данными, собственным фенотипированием вариантов старения (прогерии - синдромы Вернера, Хатчинсона-Гилфорда, при которых «хронометр жизни» резко ускоряет свой темп, и, в то же время, естественное физиологическое старение) позволила нам сделать выводы: - «износ» организма генетически детерминирован и реализуется по типу полигенной мультифакториальной наследственности; - в реализации процесса старения едва ли не главная роль принадлежит средовым факторам, в том числе эмоциональному стрессу; - процесс старения может носить выраженную генетическую природу по типу менделевского варианта рецессивного гомозиготного наследования и требует ранней пренатальной диагностики и внедрения методов эффективной генокоррекции; - «полноценность» старения во многом обусловлена корреляцией и координацией хронобиологических и онтобиологических проявлений возрастных процессов на уровне индивидуума с учетом средовых факторов, сопровождающих его онтогенез; - старение есть неотъемлемая составляющая онтогенеза человека, естественное продолжение периода мезогенеза; - этап геронтогенеза реализует свои общебиологические и социальные (у человека) цели и функции здоровья, в связи с чем является полноценным этапом индивидуального развития.

Проблемы старения человека тесно связаны с социальными проблемами, в т.ч. молодой семьи, ее ценностями в ролевом воплощении, этническими, религиозными особенностями, нравственными установками конкретного человека. Важна формирующаяся активно самооценка своей роли в реализации функций онтогенеза и понимание роли средовых факторов «за и против» в реализации наследственной информации на критических этапах онтогенеза, в том числе в пострепродуктивном возрасте. Семья как социальное понятие дается в концепции биологической модели «Онтогенезы семи Я». Едва ли не главными императивами в собственной трансформации знаний по настоящей проблеме является идея чести «Не вреди», а также «Познай себя», «Создай себя».

3. СЕРДЦЕ В СИСТЕМЕ БИОЛОГО-МЕДИЦИНСКОГО ЗНАНИЯ – ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ АСПЕКТОВ ИЗУЧЕНИЯ

Комусиди К., Литовченко Е., Нуриева Ю., Братухина Е., Вернер Т., Федоров А. - 1 к.
Научные руководители – проф. Е.Н.Гордиенко, асс. Ю.В.Вахненко

«Не бывает в природе простого, бывает лишь разная степень сложности» - этот афоризм можно с полным правом отнести, как оказалось, к изучению сердечно-сосудистой системы человека в эволюционном аспекте, включая в объекты познания и наших меньших братьев. Представленный нами в варианте методического пособия для студентов обучающий материал включает важные разделы: - актуальность изучения сердечно-сосудистой системы в XXI веке; - филогенез циркуляторных систем и сердца в эволюции Беспозвоночных и Хордовых; - этапы развития в эмбриогенезе человека, как проявление не только основного биогенетического закона Э.Геккеля - Ф.Мюллера, но и закона филэмбриогенезов А.Н.Северцова (1910); - изучение филогенетических основ формирования врожденных пороков сердца и сосудов; - факторы, вызывающие нарушение механизмов индивидуального развития, в т.ч. ВПР сердца. Этот мате-

риал оказался не только полезным, но и любопытным. Безусловно, интерес представляет мотивация изучения сердечно-сосудистой системы, которую представляет эпидемиология заболеваемости, смертности, инвалидизации населения в связи с мультифакториальным типом наследования данной патологии. Учтя это мы сочли необходимым на основании опроса выяснить распространенность многообразной сердечно-сосудистой патологии среди студентов, их родителей и родственников, и прогноз для следующего поколения – детей студентов. Главное наше впечатление при анализе мнения респондентов – заинтересованность в оценке своего здоровья и здоровья будущего потомства.

Не менее интересным оказался биологический материал, презентующий нам разнообразные модели сердца в Природе. Верно сказали великие: «Экономична мудрость бытия, все новое в нем шьется из старья». Это касается возникновения циркуляторных систем у многоклеточных во всех проявлениях арогенеза и может быть экстраполировано на развитие сердечно-сосудистой системы в организме человека на критических периодах эмбриогенеза. Удивительный по своей простоте и совершенству орган – сердце – впервые появляется как специальный пульсирующий орган, способствующий циркуляции крови у **моллюсков и членистоногих**. У беззубки **Anodonta cygnea** имеется сложное многокамерное сердце, расположенное дорсально в серозной оболочке – перикарде. Оно состоит из веретенообразной формы желудка и 2 предсердий, соединенных с ним посредством отверстий. Предсердия получают артериальную кровь из жабер, перекачивают ее в желудочек и далее в артерии. Эта эволюционная «модель» сердца любопытна тем, что перекачивает только артериальную кровь. У представителей класса **Ракообразные** (Crustacea) сердце мешковидной формы, не разделено на камеры. Его сокращением кровь перегоняется по отходящей от него аорте в миксоцель – межорганные лакуны, где происходит передача кислорода тканям. Из лакун кровь собирается в венозные синусы, из которых она поступает в жабры. Окисленная в жабрах кровь насыщается в околосердечном пространстве, откуда поступает через щели сердца в его полость. Относительно автономная система существования Насекомых, их великодушная адаптация к экстремальным условиям существования имеет в основе также этот принцип работы сердца. Однако следует учитывать, равно как у человека, принципы корреляции, координации, интеграции с другими системами организма, включая нервную. На примере типа **Кольчатые черви** (Annelidae) мы знакомимся с понятием «микроциркуляторное русло» и его функциями, определяющими сложные адаптивные реакции уникальных организмов. Едва ли не с целью познать себя в развитии мы изучаем филогенез сердечно-сосудистой системы Хордовых. Их удивительная упорядоченность в ароморфозах заставляет задуматься о происхождении этой непостижимой целесообразности и ее механизмах, приводящих «все в движение». На наш взгляд главными остаются закономерности и законы исторического развития вида и их воплощение в реалиях Биоты на уровне организмов, органов и систем. Именно последний в эмбриогенезе в вариантах архаллаксиса, девиации, анаболии «творит» новое и закрепляет его в популяции вида. Это в полной мере касается сердца.

Однако есть еще один аспект, который мы хотели бы выделить при изучении сердца в биологии и медицине – нравственный, этический. Он не связан с актуальными и лично значимыми проблемами пересадки сердца, операций на сердце и другими. Речь идет о накопленном культурой, религиями литературном Слове (логосе) о сердце, в котором много драгоценного как для будущего врача, так и для пациента. «Ритм сердца – ритм здоровья», «Увы, на свете вечных нет сердец, я в этом мире временный желец!» (Н.Доризо), «Не кладите вы мне, не кладите остроласковый лавр на виски, лучше сердце мое расколите вы на чистого неба куски..» (С.Есенин). Мы ограничимся в цитатах, и позволим Вам пристальнее взглянуть на отечественную литературу и не только и удивиться ее близости к Природе и Медицине!

4. ВАРИАНТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГЕНОВ В МНОГООБРАЗИИ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИЛИ - «Я, КАК БИОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН И ОБЪЕКТ ДЛЯ САМОПОЗНАНИЯ»

Литовченко Е., Левчук Д., Нуриева Ю., Головцов Е., Вернер Т., Федоров А., Шульга А. - 1 к.
Научный руководитель – проф. Е.Н.Гордиенко

Фундаментальные знания, которые мы получаем на 1 курсе в медицинской академии в разных дисциплинах (анатомия, гистология, биохимия, физика, физиология и др.) непременно имеют генетические корни. Общая генетика представляется совершенно самостоятельной дисциплиной, объясняющей общие закономерности наследственности, изменчивости и наследования, присущие видам всех представителей Биоты. Однако сегодня она должна вводить нас в новый раздел Биологии – Онтогенетику. Последняя изучает сущность структурированности, функциональности отдельного организма и главное - механизмы его развития. Она является отраслью биолого-медицинского знания и, накапливая факты с участием геномики, феногенетики, экогенетики, становится все более емкой объективной наукой. Располагая как академическими фундаментальными сведениями о тонких механизмах индивидуального развития, начиная с оплодотворения и завершая смертью системы, так и прикладными – современными и традиционными диагностическими методами на уровне организма, технологиями терапии, включая генотерапию и генокоррекцию, Онтогенетика имеет огромные перспективы развития. Именно на уровне организменной системы мы убеждаемся в сложности реализации генома отдельных клеток в составе генотипа, в вариантах взаимодействия генов, позволяющих получить феномен разнообразия в пределах нормы реакции, или с выходом – ту или иную патологию. Онтогенетика позволяет нам на конкретных примерах иметь дело с вариантами взаимодействия генов, индивидуальными проявлениями мутационной изменчивости, сложностью формирования признаков (фенов) или их нарушениями – врожденными пороками развития. Наши исследования посвящены вариантам реализации индивидуальных генотипов: неполному доминированию (серповидно-клеточная анемия, леворукость), плейотропному эффекту (синдром Марфана), дефициту дозы X-хромосомы (синдром Шерешевского-Тернера), генетическим, клеточным и межклеточным механизмам формирования врожденных пороков развития центральной нервной системы. При выполнении работ изучалась современная и историческая литература, посвященная этим нозологиям. Анализировались: - их распределение в популяциях человека в мире, в России, в Амурской области; - особенности фенотипа в конкретных историях болезни, методы диагностики клинические, генотипические и геномные; прогнозы социальный и репродуктивный; методы коррекции – реальные в лечебных учреждениях Амурской области и современные (генотерапия, генокоррекция). Несомненно, мы «вгрызались» в геномику конкретной патологии, локализацию генов, качественный и количественный состав нуклеотидной последовательности и аминокислотной, варианты мутации этих генов, включая не только структурные, но и акцепторные, сплайсинговые, поп-мутации и др. и пришли к выводу о том. Что изученные как моногенные варианты мутаций являются в большинстве своем полигенными, мультифакториальными. В связи с этим усиливается значение факторов реализации генной активности – эпигеномные и средовые факторы. Однако не меньший интерес представляет экскурс в историю заболеваний, их открытие, участие ученых в изучении проблем, а нередко и собственно великие пациенты, которые, не подозревая того, оставили на века свои гено- и фенотипы врачам и нам – любопытствующим студентам. Так, великий Л.Поллинг – дважды лауреат Нобелевской премии – в 1949 году исследовал причины развития серповидно-клеточной анемии, а великими «Марфанами» был не только Н.Паганини, и к числу великих «левшей» принадлежал не только А.Эйнштейн.

Важным является возможность Онтогенетики объединить, интегрировать науки, которые имеют прямое отношение к индивидуальному развитию в конкретном проявлении: биохими-

мию, геномику, биофизику, гистологию, физиологию, эпидемиологию, экогенетику, психологию, все клинические дисциплины. Отдельно хотелось бы выделить биоэтику, которая не существует сама по себе, а возникает в решении проблем каждого конкретного пациента, личности, обязана защищать в том числе, права его и его генома на независимость и свободу существования. Речь идет не только о здоровье личности, поколении, ибо понятие «здоровье» становится все более сложным в XXI веке, но и социальном здоровье общества, гарантиях здоровья личности юридических в реалиях нашего Отечества, в котором предстоит жить не только нам, но и нашему поколению. Каждая проблема, изучавшаяся нами в течение года обучения на кафедре биологии, оформлена в варианте обучающего методического пособия и, надеемся, принесет пользу тем, кто после нас придет в АГМА.

5. ПАЗАРИТОЗЫ – ОБОСНОВАНИЕ «ПОПУЛЯРНОСТИ» БИОЛОГИЧЕСКИХ ОСНОВ ЗНАНИЯ – ПАРАДОКСЫ АКТУАЛЬНОСТИ В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА

Духовный Е., Олиферов Д., Моисеенко А., Титов Д., Шишликова Ю., Астахова Е., Езекян А., Детушева О., Жданова Р., Сколупович А. -1 к.

Научные руководители – проф. Е.Н.Гордиенко, проф. А.Д.Чертов, асс. В.А.Науменко, асс.

Р.Н.Подолько

Изучая биологию на 1 курсе, мы сталкиваемся с одной из глобальных проблем в изучении Жизни - паразитизмом. Он рассматривается в качестве проявления важнейшей закономерности эволюции Биоты. Однако этот интереснейший аспект сегодня имеет не только историческую (филогенетическую) ценность. Понятие «паразитизм» охватывает все проявления **взаимодействия организмов друг с другом**, в том числе в вариантах истинного паразитизма, когда один организм (паразит) использует другой - хозяина в качестве источника питания, среды обитания и размножения (в некоторых случаях). Участники паразитизма – одно из самых обширных понятий в биологии и медицине: в роли возбудителей как инфекционные агенты (вирусы, бактерии, грибы), так и инвазионные – одноклеточные паразиты (протозойные), и многоклеточные, в том числе, гельминты. Этот подход рационален, так как исключает редукционизм и абсолютизацию роли возбудителя, ибо речь идет о сущности явления – системном взаимодействии двух и более организмов, как варианте сообществ. Однако для студента-медика, изучающего основы паразитологии, привлекателен медицинский аспект образования. В подготовленном нами методическом пособии отражены в первую очередь биологические основы знания некоторых нематод, цестод, простейших: систематика, особенности строения паразита, жизненный цикл с участием хозяев (дефинитивный, промежуточный), ареал распространения. В основе образовательной парадигмы положена главная проблема - «адаптация к паразитизму». Однако мотивация начинается с медицинской актуальности, в т.ч. эпидемиологии. Из общего числа 1415-ти паразитов - 353 вида относятся к собственно инвазиям, из числа которых 73 вида – простейшие, 280 – гельминты. Наиболее широко распространено 50 видов. Введенные в пособие эпидемиологические данные позволили сделать вывод о том, что на фоне остальных острых медицинских проблем в России, Амурской области инвазии остаются достаточно актуальными (около 20 видов), не являются забытыми проблемами, в первую очередь это касается нематодозов. Сокупность природно-климатических факторов и социально-экономических предпосылок определяет преимущественное их распространение в развивающихся странах, в то время как в развитых странах заболеваемость достаточно низкая. По мнению экспертов ВОЗ нематодозы в настоящее время в какой-то мере стали «забытыми болезнями» — абсолютно во всем мире наблюдается значительная и неоправданная недооценка их медико-социальной значимости. В РФ с конца 20-х годов прошлого века велась научно обоснованная борьба с нематодозами (академик К.И.Скрябин, его школа), что привело к значительному снижению заболеваемости у населения. Однако в начале 90-х годов отмечена тенденция к увеличению пораженности некоторыми нематодозами и, прежде всего энтеробиозом и аскаридозом, растет число зарезстрированных больных токсокарозом, трихинеллезом.

Ведущей инвазией на территории Амурской области остается энтеробиоз. Уровень заболеваемости энтеробиозом в 2006 году соответствует уровню 2005 годом и составил 339,2 на 100000 населения. Среди заболевших дети до 14 лет составляют 86,5 %, показатель заболеваемости которых (1842,66) значительно превышает показатель заболеваемости взрослого населения (54,14). Аскаридоз является эндемичной инвазией для области. В 2006 году уровень заболеваемости, в сравнении 2005 годом, вырос на 26,88 % и составил 58,13 на 100000 населения (2005 год – 45,85). Высокие показатели заболеваемости на протяжении ряда лет регистрируются на территории г. Райчихинска, Архаринского, Константиновского, Завитинского, Октябрьского, Серышевского и Мазановского районов. Удельный вес детей до 14 лет в общем числе инвазированных составляет 59,8 %, показатель заболеваемости в 8 раз выше уровня заболеваемости взрослого населения. Актуальным остается изучение трихоцефалеза. Инвазия регистрируется как среди детского, так и среди взрослого населения. При изучении нематодозов считаем важным отметить: число взрослых особей нематод в организме человека обычно не увеличивается (при исключении повторного заражения), что существенно отличает нематодозы от вирусных, бактериальных, протозойных болезней и микозов. На развитие патологического процесса оказывают влияние пути и способы проникновения возбудителя в организм (перорально или перкутанно, или сочетанно), степень адаптации гельминта к организму человека, плотность популяции паразита, сопутствующие инфекции (ВИЧ) и другие факторы, связанные с состоянием «хозяина». Однако более выраженные патологические изменения вызывают личиночные и развивающиеся стадии гельминтов. Личинки способны паразитировать в различных органах и тканях или совершать сложный путь миграции в организме, в то время как для взрослых особей характерна весьма стабильная локализация. В зависимости от места локализации возбудителя различают нематодозы просветные и тканевые. При всей «популярности» нематод мы подробно изучали не менее актуальных широкого лентеца, трихоцефалез и цистицеркоз, как осложнение тениоза. Важнейшей проблемой считаем диагностику гельминтозов, в т.ч. гено-, иммуно- и традиционную лабораторную микроскопическую диагностику и профилактику инвазий. Мы не должны забывать о собственной защите от паразитов. Интерес исследователей возник при углубленном изучении к «популярной» в цивилизованных странах (Франция, Англия, США), в том числе среди животных, паразитарной инвазии - токсоплазмоза и об отсутствии адекватной информации на территории Амурской области. Столь ли благополучны мы по токсоплазмозу, этот и другие вопросы рождает желание познать!

Морфология

Научный руководитель: д.м.н. проф. С.С. Целуйко
Председатель: Зверев А. – 3к.
Секретарь: Сержанова Н. – 3к.

1. ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Марушенко И. – 3 курс

Научный руководитель: д.м.н., профессор Родионов А.А.

Нами проведено антропометрическое исследование детей в возрасте от 3 до 17 лет. Всего обследовано 118 детей, уроженцев г. Благовещенска. Из них 45 девочек и 73 мальчика; 70 дошкольников, 48 школьников.

Изучение физического развития детей дошкольного возраста г. Благовещенска показало, что рост тела в длину как у мальчиков, так и у девочек происходит равномерно с незначительными внутривозрастными колебаниями. Мальчики несколько выше девочек, однако, эта разница постепенно уменьшается с 1,36 см в 3 года до 0,08 см в 7 лет. Окружность грудной клетки у мальчиков больше, чем у девочек. Годовые прибавки в пределах 0,5 – 1,6 см. Мальчики тяжелее девочек, причем разница в трехлетнем возрасте составляет 500 грамм, а к семи годам эта разница увеличивается до 50 грамм. Корреляция между ростом и весом у дошкольников Благовещенска значительно выше, чем между ростом и окружностью грудной клетки. Коэффициент корреляции между ростом и весом у мальчиков колеблется в пределах 0,708-0,771, у девочек – в пределах 0,667-0,955. Корреляция между ростом и окружностью грудной клетки у мальчиков колеблется от 0,343 до 0,532, у девочек – 0,345-0,538.

Изучение физического развития школьников г. Благовещенска показало, что рост тела в длину происходит волнообразно. Мальчики в возрасте от 7 до 12 лет тяжелее девочек- сверстниц в пределах 0,04 -1,66 кг. В 13 девочки становятся тяжелее мальчиков на 1,5 кг. В 15 лет мальчики и девочки имеют почти одинаковый вес. В 16 лет мальчики снова обгоняют девочек. По показателю окружности грудной клетки мальчики школьного возраста г. Благовещенска превосходят девочек во всех возрастах

Корреляция между ростом и весом у школьников значительно выше, чем между ростом и окружностью грудной клетки. Коэффициент корреляции между ростом и весом у мальчиков колеблется в пределах 0,678 – 0,820, у девочек – в пределах 0,556 – 0,843. Корреляция между ростом и окружностью грудной клетки у мальчиков колеблется (0,337 – 0,647), у девочек – в пределах 0,288 – 0,657.

Таким образом, корреляция между ростом и весом у мальчиков и девочек прямая, что говорит о гармоничном физическом развитии дошкольников и школьников г. Благовещенска.

2. ТИПЫ СОМАТИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ У СТУДЕНТОВ I КУРСА АГМА

Духовный Е., Астахова Е. – 1 курс

Научный руководитель: ст. преп. Н. П. Амбросьева

Для определения типов соматических конституций нами было обследовано 40 студентов АГМА (20 юношей и 20 девушек) в возрасте от 17 до 20 лет.

Проводилась антропометрия по следующим показателям: рост, вес, окружность грудной клетки. На основе полученных данных высчитывался индекс Пинье.

По данным обследования среди юношей первокурсников 45 % составляют лица гиперстенического (брахиморфного) типа телосложения. У 40 % юношей – нормостенический (мезоморфный) тип телосложения, а у 15 % – астенический (долихоморфный) тип конституции.

У девушек первокурсниц преобладает нормостенический тип телосложения, который выявлен у 70 % данной группы. Гиперстенический и астенический тип телосложения составляют 10 % и 20 % соответственно.

3. ОБЪЕМНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭПИДУРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ДО 7 ЛЕТ.

Воловик Л.-2 к.

Научный руководитель: проф. А.А. Родионов

Перидуральное обезболивание в настоящее время во всем мире переживает второе рождение. Однако, до сих пор вопросы анатомического обоснования этого вида обезболивания не получили достаточного развития. Для клиницистов в первую очередь важны объемные характеристики эпидурального пространства не только на уровне того или иного его отдела, но и сегментарно. Этот момент и явился побудительным мотивом нашего исследования, проведенного на 26 препаратах позвоночного столба новорожденных и детей до 7 лет.

Сегментарный объем эпидурального пространства рассчитывали на основании высоты тел каждого позвонка с прилегающим межпозвоночным диском и площади эпидурального пространства, измеренной под бинокулярным микроскопом МБС-9 на уровне середины тела позвонка.

В качестве исходных величин взяты показатели объема эпидурального пространства у новорожденных. Так, на уровне C_6 он составляет $376,0 \text{ мм}^3$; на Th_4 – $346,0$; на Th_{11} – $458,0$; на L_5 – $684,0$; на S_1 – $274,0$.

Объем эпидурального пространства у новорожденных наибольших своих значений достигает в области шеи на C_5 - C_7 , в грудном отделе на Th_1 - Th_3 и Th_{11} - Th_{12} , в поясничном на L_3 - L_5 , а в крестцовом на S_1 - S_2 . Эта закономерность характерна и для детей грудного возраста, раннего и первого детства.

У детей первого детства, по сравнению с новорожденными, объем эпидурального пространства значительно увеличивается и составляет на C_6 - $1492,0$ (TP- 397%) мм^3 ; Th_4 – $1761,0$ (TP- 509%); Th_{11} – $2910,0$ (TP- 635%); L_5 – $5944,0$ (TP- 869%); S_3 – $1640,0$ (TP- 598%) мм^3 .

В этот возрастной промежуток темпы прироста объема эпидурального пространства наиболее значимы в раннем и первом детстве и особенно высоки на уровне L_5 ($3830,8$) в раннем детстве - $+147,2$.

Нарастание объема эпидурального пространства у детей до 7 лет происходит постепенно и максимальных своих значений у новорожденных достигает на уровне L_3 ($668,2$), L_4 ($706,7$), L_5 ($683,6$); в грудном возрасте на L_4 ($1158,7$), L_5 ($1550,0$), S_1 ($1181,1$); в раннем детстве на L_4 ($2863,2$), L_5 ($3830,8$), S_1 ($2775,9$); в первом детстве на L_5 ($5944,3$), S_1 ($4769,8$) мм^3 . Именно эти уровни могут быть рекомендованы для успешных эпидуральных инъекций у детей до 7 лет.

4. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ И УРОДСТВА ЧЕЛОВЕКА.

Масленникова К.- 1 к.

Научные руководители: асс. Жерепа Л.Г., Павлова А.Е.

За последние годы увеличилось количество генетических и тератогенных заболеваний, сопровождающихся аномалиями и пороками развития. По современной международной номенклатуре таких заболеваний более 5000.

Частота встречаемости врожденных пороков развития у всех родившихся детей составляет 2-3%. Около 10% причин смертности детей в неонатальном периоде также обусловлены врожденной патологией (В.А.Соловьев, А.Ф. Виноградов, 1998 г.). На первом месте среди всех пороков развития занимают пороки развития опорно-двигательного аппарата, при этом 3/4 из них приходится на пороки развития конечностей. По данным Г.А. Добровольского, Г.Ф. Андреевой (1992г.) второе место по частоте приходится на долю врожденных пороков сердечно-сосудистой системы, что составляет 23,6% от умерших детей. При этом в 59,4% наблюдаются изолированные пороки и в 40,6% сочетанные с пороками других систем. У 23% детей, умерших от врожденных пороков, встречаются пороки развития центральной нервной системы. Пороки развития мочеполовой системы отмечаются в 12,6% случаев, дыхательной- в 3,5% (от числа умерших от пороков).

Все пороки развития человека классифицируют по распространенности в организме, по характеру повреждения структуры органа, по этиологическому фактору, в зависимости от объекта и времени воздействия тератогенных факторов, по последовательности возникновения. Причинами пороков развития являются: генетические факторы-10%, факторы внешней среды -10%, комбинированное воздействие генетических и тератогенных факторов -80% (Соловьев В.А., Виноградов А.Ф. -1998г.). Считается многими авторами, что пороки развития чаще всего обусловлены наследственной патологией, где большое значение придается изменению наследственного аппарата клетки под влиянием внешней среды. Мутации возникают от воздействия на генетический аппарат физических, химических и биологических факторов. Патогенез возникновения пороков развития связан с нарушением процессов размножения, миграции, дифференцировки клеток, нарушения их редукции и рассасывания

На нашей кафедре создан музей, где в настоящее время имеется 43 демонстрационных препарата по порокам развития. За последние три года было изготовлено нашими студентами 1 и 2 курсов 9 препаратов. Из них: артрогриппоз, анцефалия в сочетании с заячьей губой и волчьей пастью, хондродисплазия, зеркальное расположение органов, пупочная грыжа в 16 недель, тератома крестцово-копчиковой области, мозговая грыжа, асцит, черепно-мозговая грыжа, полидактилия, циклопия. Из имеющихся музейных препаратов преобладают анцефалия с различными пороками развития, сиамские близнецы, заячья губа и волчья пасть, циклопия, сиреномилия.

Наши препараты являются не только демонстрационным учебным пособием для студентов педиатрического и лечебного факультетов, но и помогают проводить разъяснительную работу по пропаганде здорового образа жизни среди школьников и студентов других вузов.

5. НОВЫЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МОРФОЛОГИИ - ПОЛИМЕРНОЕ БАЛЬЗАМИРОВАНИЕ.

Писоцкий Р. – 1 к.

Научный руководитель: асс. Жерепа Л.Г.

На кафедрах анатомии традиционно применяют методы бальзамирования мертвых тел при помощи формалина, карболовой кислоты и глицерина. Они вредны для здоровья профессорско-преподавательского состава и обучающихся, а также не могут обеспечить длительного

хранения бальзамированных органов на открытом воздухе без герметичной упаковки.

Прообразом современной техники полимерного бальзамирования можно считать опыты Диженира и Берндта в 1914 году и Хохштеллера и Шнайделя в 1924. Они применяли для получения сухих анатомических препаратов парафин, насыщая им межклеточное пространство органов после обезвоживания и обезжиривания. В начале восьмидесятых годов двадцатого столетия преподаватель анатомии Гейдельбергского университета (Германия) профессор фон Хагенс разработал технологию импрегнации межклеточного пространства целых органов разнообразными полимерами (силикон, полиэфирные и эпоксидные смолы). С 1998 года на кафедре нормальной анатомии Военно-медицинской академии проводится поиск новых способов консервации анатомических и биологических объектов под руководством профессора И.В.Гайворонского с использованием недорогих полимеров отечественного производства, было разработано несколько технологических процессов, целью которых является замещение воды и липидов биологических тканей на силиконовый полимер, получивших название - полимерное бальзамирование.

В этом процессе можно выделить пять основных стадий, выполняемых последовательно:

- 1) консервация объекта в фиксирующих формалинсодержащих растворах;
- 2) изготовление препарата;
- 3) дегидратация и обезжиривание;
- 4) пропитывание полимером;
- 5) полимеризация.

Биологические объекты, полученные способом полимерного бальзамирования, обладают следующими преимуществами:

1. Пропитанные полимером анатомические препараты совершенно нетоксичны, лишены запаха и не оказывают вредного воздействия на организм преподавателей и учащихся.
2. Эти образцы обладают высокой наглядностью, так как применяемые полимеры не изменяют естественный цвет и форму бальзамируемых органов и тканей.
3. Препараты хранятся неограниченно долгий срок на воздухе, без применения герметично закрытых контейнеров.
4. Силиконовые полимеры значительно увеличивают срок их использования в учебном процессе, что делает их применение экономически выгодным.

Таким образом, внедрение технологии полимерного бальзамирования в учебный процесс на кафедре нормальной анатомии АГМА приведет к тому, что анатомия, наконец, перестанет быть наукой, которая дурно пахнет и вызывает отрицательные эмоции, а станет дисциплиной, способной доставлять эстетическое наслаждение от изучения сложного строения человеческого организма.

6. ГИСТО-ФИЗИОЛОГИЯ ЗУБА В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

Андрюшкевич А.А. 1 к

Руководитель: ассистент Козлова В.С.

Зубы – твердые органы, обеспечивающие пережевывание пищи. Они необходимы для членораздельной речи и выполняют определенную эстетическую функцию. У человека имеется два прикуса зубов – временные (молочные) и постоянные. Во временном имеется 20 зубов, в постоянном – 32 зуба, которые подразделяются на 4 группы: резцы (8), клыки (4), малые коренные (премоляры) (8) и большие коренные (моляры) (12). Зуб состоит из эмали, дентина, цемента, пульпы и поддерживающего аппарата зуба. Эмаль — самая твердая ткань организма человека, белого или слегка желтоватого цвета, покрывающая снаружи анатомическую коронку зуба и придающая ей твердость. Эмаль содержит 95% минеральных веществ (преимущественно гидроксиапатита, карбонатапатита, фторапатита и др.), 1,2% — органических, 3,8% приходится на воду — связанную с кристаллами и органическими компонентами и свободную. Эмаль образована эмалевыми призмами и межпризменным веществом,

покрыта кутикулой. Дентин — обызвествленная ткань зуба, образующая его основную массу и определяющая его форму. Дентин часто рассматривают как специализированную костную ткань. В области коронки он покрыт эмалью, в корне — цементом. Дентин имеет светло-желтую окраску, обладает некоторой эластичностью; он прочнее кости и цемента, но в 4-5 раз мягче эмали. Зрелый дентин содержит 70% неорганических веществ (преимущественно гидроксиапатита), 20% органических (в основном коллагена I типа) и 10% воды. Благодаря своим свойствам дентин препятствует растрескиванию более твердой, но хрупкой эмали, покрывающей его в области коронки. Дентин состоит из обызвещенного межклеточного вещества, пронизанного дентинными трубочками, содержащими отростки одонтобластов. Цемент — обызвещенная ткань зуба, сходная с костной, но, в отличие от нее, лишена сосудов и не подвержена постоянной перестройке. Цемент покрывает корни и шейку зуба. Цемент содержит 50-60% неорганических веществ (преимущественно фосфата кальция в виде гидроксиапатита) и 30-40% органических (в основном коллагена). Он состоит из клеток — цемтоцитов и цемтобластов — и обызвещенного межклеточного вещества (матрикса), включающего коллагеновые волокна и основное вещество. Пульпа зуба — обильно васкуляризованная и иннервированная специализированная рыхлая волокнистая соединительная ткань, заполняющая пульпарную камеру коронки и канал корня, образована клетками и межклеточным веществом. Поддерживающий аппарат зуба (пародонт) включает: цемент, периодонт, стенку зубной альвеолы и десну.

7. НОВАЯ ТЕОРИЯ СТАРЕНИЯ

Борисова С.-1к

Научный руководитель: Саяпина И.Ю

В настоящее время наблюдаются глубокие демографические сдвиги, которые заключаются в прогрессирующем старении населения многих стран мира, т.е. увеличении как относительной, так и абсолютной численности людей старших возрастов, поэтому свое развитие получила такая наука как геронтология. Теорий старения достаточно много: гипотезы износа, гено-регуляторная гипотеза, нейроэндокринные и иммунные гипотезы, молекулярно-генетические гипотезы, старение по ошибке, истребление свободных радикалов, но я хотела бы обратить ваше внимание на новую теорию старения разработанную Гамильтоном и Рональдом Ли. Я полагаю, что этот новаторский труд имеет важное значение для геронтологии. Классическая теория объясняет старение, изучая естественный отбор и плодовитость на протяжении жизненного цикла. Данная теория стала классическим объяснением того, как эволюция приспособляет гены, которые формируют жизненный цикл каждого вида. По мнению Ли, важное значение имеет родительская забота. Когда люди начинают жизнь, они получают родительскую заботу, но постепенно начинают сами ее отдавать, когда у них появляются дети, тем самым, продлевая себе жизнь. Это первая теория, которая рассматривает показатели смертности человека с момента рождения.

Целью данного исследования стало изучение на практике новой теории старения, разработанной Гамильтоном и его коллегами.

Для достижения поставленной цели были разработаны следующие задачи:

- 1) отследить и сравнить продолжительность жизни в зависимости от количества детей;
- 2) отследить продолжительность жизни родителей с асоциальным характером поведения;
- 3) сравнить продолжительность жизни родителей заботящихся о своих детях и родителей с асоциальным характером поведения.

В работе был использован метод анкетирования с последующей статистической обработкой полученных данных. Мною было опрошено 60 респондентов среди жителей 35г. Благовещенска. В ходе анкетирования меня интересовали следующие сведения: продолжительность жизни бабушек и дедушек респондентов, а также количество их детей.

Данные статистического анализа показали что с рождением 3 ребенка продолжительность жизни на 1,08% с рождением 4 ребенка - на 3,5%; с рождением 5 ребенка – на 3,7%; с рождением 7 ребенка – на 5%; с рожд.8 ребенка - на 11%; с рождением .9 ребенка - на 18,07%. Согласно статистическим данным в 2006 году (на 1 декабря) по городу Благовещенск было лишено родительских прав 94 человека, что привело к тому, что 90 детей остались без родительской опеки. Анализ продолжительность жизни этих людей показал, что 27% из них умерли в течение 3 лет после лишения родительских прав. У родителей с асоциальным характером поведения продолжительность жизни в сравнении с родителями заботящимися о своих детях намного меньше.

Таким образом, данные моего исследования подтверждают основные положения теории старения, разработанной Гамильтоном и его коллегами. Данная теория находит свою реализацию в жизни и заслуживает большего внимания и дальнейшего более углубленного изучения.

8. СЕКРЕЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ЧТО ЭТО ТАКОЕ И КАК ЕЮ «УПРАВЛЯТЬ»?

Выполнила: Верещагина Н. - 2 к.

Научный руководитель: асс. Огородникова Т.Л.

Нарушения работы секрети поджелудочной железы – очень часто встречающаяся патология, заставляющая всерьез заниматься проблемами коррекции данного недуга, а чтобы делать это профессионально и эффективно, нужно детально разбираться во всем сложном и неоднозначном процессе и его регуляции. Общеизвестно, что поджелудочная железа является одной из крупных желез пищеварительного тракта и одновременно представляет собой орган смешанной секреции.

У человека экзокринная часть железы, выполняющая внешнесекреторную функцию путем выведения панкреатического сока в просвет двенадцатиперстной кишки, оставляет основную массу органа и имеет альвеолярно-трубчатое строение.

Ациноциты поджелудочной железы являются классической моделью для изучения секреторного процесса. Было получено представление о фазах секреторного цикла и скорости внутриклеточного синтеза экспортируемого белка. Количество фаз секреторного цикла варьируют, но это в основном: поступление вещества в клетку, синтез первичного секрета, созревание секрета, накопление секрета, выделение секрета

Выведение зимогена из экзокринных панкреатитов в протоки железы осуществляется по типу мерокриновой секреции.

Механизм регуляции секреции поджелудочной железы необходим в соответствии с тем, сколько желудочного содержимого попадает в двенадцатиперстную кишку. Механизм существует в виде двух гормонов, вырабатываемых слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки, когда в нее попадает кислое желудочное содержимое. Секретин возбуждает выделение не ферментных компонентов панкреатического сока; поэтому считают, что он оказывает свое влияние в основном на клетки мелких протоков. Второй гормон, панкреозимин, значительно более эффективно, чем секретин, стимулирует секрецию богатого ферментами панкреатического сока, поэтому предполагается, что он воздействует на ацинозные клетки.

В островках Лангерганса идентифицировано несколько типов клеток, секретирующих пептидные гормоны, оказывающие разнообразные влияния на различные органы и системы органов организма в целом и его частей в частности.

1. Инсулин – главный регулятор энергетического обмена в организме – контролирует обмен углеводов (стимуляция гликолиза и подавление глюконеогенеза), липидов (стимуляция липогенеза), белков (стимуляция синтеза белка), а так же стимулирует пролиферацию клеток

(митоген).

Регуляторы секреции инсулина

СТИМУЛИРУЮТ:

Глюкоза, гиперкалиемия, аминокислоты (аргинин, лейцин, аланин и лизин), производные сульфаниламочевин, ацетилхолин, холецистокинин, гастрин, гастрин-релизинг гормон, глюканоподобный пептид 1 - самый мощный стимулятор секреции инсулина

ИНГИБИТОРЫ СЕКРЕЦИИ ИНСУЛИНА:

Адреналин и норадреналин, физическая нагрузка, стресс, соматотропин и нейропептид галанин, пищевой режим

II. Глюкагон – антагонист инсулина – стимулирует гликогенолиз и липолиз, что ведет к быстрой мобилизации источников энергии (глюкоза и жирные кислоты). Ген глюкагона кодирует так же структуру так называемых энтероглюкагонов – глицентина и глюкагоноподобного пептида – стимуляторов секреции инсулина.

СТИМУЛИРУЮТ секрецию глюкагона:

Аминокислоты (в особенности аргинин и аланин), гипокликемия, инсулин, гастрин, холецистокинин, кортизол, физическая нагрузка, голодание, b – адренергические стимуляторы, прием пищи

(особенно богатой белком)

ИНГИБИРУЮТ секрецию глюкагона:

Глюкоза, инсулин, соматостатин, секретин, свободные жирные кислоты, кетоновые тела, адренергические стимуляторы

III. Соматостатин – подавляет в островках поджелудочной железы секрецию инсулина и глюкагона.

IV. Панкреатический полипептид - состоит из 36 аминокислотных остатков. Его относят к регуляторам пищевого режима, в частности этот гормон угнетает секрецию экзокринной части поджелудочной железы. Секрецию гормона стимулирует богатая белком пища, гипогликемия, голодание, физическая нагрузка.

Осветив в своей работе секреторную деятельность поджелудочной железы и проследив механизмы действия гормонов и их регуляцию, была сделана попытка на морфофункциональном уровне показать то, что лежит в основе нормы, и изменение чего может привести к дисфункции. Ведь проблем связанных с заболеваниями поджелудочной железы год от года не становится меньше.

9. РЕПРОДУКТИВНАЯ СИСТЕМА ЖЕНЩИНЫ. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТКИ. МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ И ЕГО ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ

Герасименко Д. – 2 курс

Научный руководитель : асс. Огородникова Т.Л.

В современном мире становятся всё более актуальными вопросы, касающиеся репродуктивного здоровья. Что касается меня, то для изучения, я выбрала женскую репродуктивную систему. Основной акцент я сделала на гистологическое строение. Гистологическое изучение того или иного органа, даёт полное представление не только о его морфологическом строении, но и о функциональном, физиологическом. В своей работе я рассмотрела клеточные структуры матки, их особенности, функции, важнейшие биологические процессы, связанные с органом в целом. Уделено особое внимание особенностям в строении трёх оболочек матки: эндометрия, миометрия, периметрия; половому циклу и его регуляции, а именно фазам менструального цикла: менструальной фазе, постменструальной фазе, пременструальной фазе.

Необходимо отметить и важность рассмотрения вопроса о гормональной регуляции

циклических изменений в организме женщины, то есть влияние гормонов: гонадотропных гормонов (место выработки, функция гормонов, влияние на ход менструального цикла), гормонов яичника (женские половые гормоны), фолликулярного гормона (биологическое свойство эстрогенов), гормона желтого тела – прогестерона. Упомянута функция каждого из гормонов, влияние того или иного гормона в определенную фазу цикла, опасность в избыточной и недостаточной секреции гормонов, патогенно влияющих на здоровье организма.

Большое внимание уделено сохранению и поддержанию здоровья репродуктивной системы женского организма. Сейчас, в современном мире, появляется всё больше и больше проблем, связанных с репродуктивным здоровьем. Несомненно, что репродуктивное здоровье определяет полное физическое, умственное и социальное благополучие!

10. ДЕЙСТВИЕ ДИГИДРОКВЕРЦЕТИНА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧКИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ.

Зверев А. С., Сержанова Н.С. – 3 курс.

Научный руководитель - проф., д. м. н. Красавина Н. П.

При хронической гипергликемии часто развиваются осложнения, среди которых ведущим является почечная недостаточность, причины развития которой окончательно не установлены. Проблема поиска и разработки новых препаратов, влияющих на основные звенья патогенеза сахарного диабета (СД), является очень актуальной.

Дигидрокверцетин (ДКВ) - относится к группе флаванолов и отличается широким спектром биологической активности, он обладает антиоксидантными свойствами и капилляропротекторной активностью.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на трех группах белых крыс (самцах). Первая группа - интактные. Вторая - животные в течение 8 недель ежедневно получали глюкозу: перорально в дозе 1,2 гр. и внутривентриально - 0,7 гр. Третья группа - на фоне созданной гипергликемии получала перорально препарат ДКВ в дозе 6 мг. Контроль содержания глюкозы в крови определялся глюкометром one touch BASIC PLUS. Структуру почки изучали общеморфологическими и гистохимическими методами. Биохимически определяли содержание продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в сыворотке крови и в ткани почки. Уровень гипергликемии определяли через 4 недели, он составил у животных натощак - 5,9 ммоль/ л; через 45 мин., после введения глюкозы – 7,1; а через 60 мин. – 11,5 ммоль/л. К восьмой неделе эксперимента показатель глюкозы в крови натощак был равен 6,4 ммоль/ л. В условиях данного эксперимента сохраняется общий план строения почки, но изменяется локализация значительного числа почечных телец корковых нефронов, часть из них резко уменьшены и деструктивно изменены. Достаточно часто выявляется расширение полости капсул. Выявляется высокая ШИК-позитивная реакция в базальных мембранах капсулы и очаговое увеличение нейтральных полисахаридов и гликозаминогликанов в почечном клубочке. Интерстициальная ткань вокруг большинства почечных телец уплотнена.

На фоне экспериментальной гипергликемии применение ДКВ приводит к достоверному снижению уровня глюкозы в сыворотке крови. При этом, в сыворотке крови и ткани почки достоверно снижаются показатели диеновых конъюгатов и повышается уровень витамина Е. Большая часть почечных телец по морфологии близка к норме. Просвет капсул незначительно расширен, либо в пределах нормы. В просвете проксимальных канальцев умеренное количество бесструктурных масс. Содержание гликозаминогликанов несколько увеличено в наружном листке капсулы и сосудистом клубочке. Довольно однородная реакция на гликозаминогликаны выявляется в базальной мембране собирательных трубочек и в интерстиции мозгового вещества.

Таким образом, применение ДКВ оказывает положительный эффект на обменные реакции организма, что приводит к положительной динамике структурных изменений в почках при экспериментальной гипергликемии.

11. РЕГЕНЕРАЦИЯ НОГТЕЙ В НОРМЕ И ПОСЛЕ НАРАЩИВАНИЯ

Жданова Р. - 1 к., Детушева О. - 1 к.

Научный руководитель: доц. каф. гистологии Саяпина И.Ю.

В настоящее время стало модным производить наращивание ногтей. Многие женщины и девушки совершенно не знают, что кроме красоты это может принести еще и вред. В связи с этим целью данной работы явилось изучение в сравнительном аспекте влияния гелевого и акрилового наращивания ногтей на процессы физиологической регенерации ногтей.

Для этого были поставлены следующие задачи:

- Изучить вопросы строения и физиологической регенерации ногтей;
- Выяснить и доказать достоинства и недостатки наращивания ногтей;
- Изучить влияние акрилового наращивания на структуру и регенерацию ногтей;
- Изучить влияние гелевого наращивания на структуру и регенерацию ногтей;
- Провести сравнение гелевого и акрилового наращивания на структуру и восстановлении ногтевой пластины.

Ногтевая пластина растет в длину непрерывно пополняясь клетками в своем матриксе. Матрикс состоит из крупных слабодифференцированных эпителиальных клеток онихобластов. В матриксе онихобласты размножаются и затем подвергаются кератинизации, превращаясь в роговые чешуйки ногтевой пластинки. При этом отторжения роговых клеток с поверхности ногтя не происходит. В процессе роста край ногтя постоянно увеличивается, поэтому его регулярно подрезают. Рост ногтевой пластинки происходит и на остальной части ногтевого ложа, но гораздо медленнее, и главным образом в толщину.

Наращивание ногтей – это нанесение искусственного защитного покрытия на ногтевую пластину с применением самоотверждаемых или светоотверждаемых материалов. В настоящее время в наращивании ногтей используют акриловую и гелевую технологии.

Ногти на основе акрила очень удобны, они обладают высокой прочностью, гибкостью, не трескаются при сильных изгибах. Однако акрил даже высокого качества не пропускает воздуха, и спустя три недели его нужно снимать, чтобы ногти подышали, в противном случае повышается возможность возникновения грибка под синтетической поверхностью. Кроме того, акриловое покрытие требует особой подпилки и шлифовки, а такая пыль очень сильно и неприятно пахнет и может вызвать аллергические реакции. К тому же со временем акриловые ногти начинают желтеть.

Для наращивания гелевых ногтей применяются бескислотные материалы, которые представляют наименьшую опасность для ногтей. После нанесения геля на ногтевую пластину его оставляют для затвердения под УФ лампой, что исключает возможность появления грибка. У обработки УФ лампой есть и обратная сторона: происходит фотохимическая реакция, которая сопровождается выделением тепла, и ногти очень «печет». В результате гель образует крепкое эластичное покрытие, схожее по структуре с натуральным ногтем. Но когда гель снимают, его приходится удалять пилкой (спиливать) или аппаратом, что может травмировать ноготь. Гель сохраняет нормальную дыхательную активность ногтевой пластины, т.к. это пористый природный полимер, пропускающий воздух. Он не вызывает раздражений и является на сегодняшний день лучшим из известных материалов для наращивания.

Изучив механизмы наращивания ногтей, нами были опрошены девушки в возрасте от 16 до 20 лет в количестве 50 человек. Опрос показал, что производили наращивание ногтей гелем 15% опрошенных, акрилом – 3%. Не производили наращивание 32% девушек. Из них получали консультацию врача-дерматолога для наращивания гелем – 1%, а для наращивания акрилом – 2%. Возникли проблемы ногтевой пластины после снятия гелевых ногтей у 6% опрошенных, у 2% - после снятия акриловых ногтей. Проходили курс лечения у врача – дерматолога после снятия гелевых ногтей 5%, после снятия акриловых – 1%. Из 50 опрошенных знали о проблемах, которые могут возникнуть после снятия искусственных ногтей всего 10%. У 1% опрошенных пыль от опиловки и шлифовки вызвала аллергические реакции.

Результаты опроса позволили сделать следующие выводы:

У девушек, использовавших наращивание акрилом, выявлено нарушение в строении и регенерации ногтя. При использовании акрила даже высокого качества ногти становятся тонкими, ломкими и слоющимися. Пыль от опиловки и шлифовки часто вызывает аллергию.

Наращивание гелем в меньшей степени изменяет структуру и не нарушает регенерацию ногтя. Он пропускает воздух и дает дышать ногтям. К тому же обработка ультрафиолетом исключает возможность появления грибка, и ногти под гелем перестают слоиться.

Повреждение зоны роста ногтя во время спиливания гелевых ногтей нарушает процесс регенерации ногтя, вследствие чего происходит изменение формы ногтевой пластинки, появлению на ней продольных бороздок, трещин.

Несмотря на то, что искусственные ногти могут скрыть некоторые дефекты натуральных, ни один из предложенных методов не дает стопроцентной гарантии здоровья ногтевых пластин. Отсюда следует, что искусственные ногти несут лишь эстетическую функцию.

12. ВОСЕМЬ НЕДЕЛЬ ЖИЗНИ ЭМБРИОНА ЧЕЛОВЕКА

Димова М.– 2к.

Научный руководитель: проф. Красавина Н.П.

Внутриутробное развитие человека длится 265—270 дней. За этот период времени из одной единственной клетки образуется более 200 миллионов. Жизнь нового организма начинается с процесса оплодотворения, когда в яйцеклетку проникает один сперматозоид. Далее следует слияние половых гамет и образование единой клетки — зиготы. Сам факт появления зиготы означает зарождение новой жизни. Она содержит двойной набор хромосом и несет в себе комплексную генетическую информацию, полученную и от матери, и от отца. Первое дробление происходит через **30 часов** после оплодотворения, в результате чего образуются две абсолютно одинаковые клетки эмбриона. Второе дробление происходит через **40 часов** и приводит к образованию 4х-клеточного эмбриона.

Через 70 часов. Десяти клеточный человеческий эмбрион имеет настолько малые размеры, что его можно уместить на острие иголки. Примерно на четвертые сутки эмбрион состоит из 16 клеток. На этой стадии развития заканчивается период дробления в маточной трубе.

На пятый день жизни эмбрион, который уже называется бластулой, попадает в полость матки, в которую через 50 часов прочно врастает. В этот период начинается период деления клеток зародыша на поверхностный слой - трофобласт, представленный мелкими клетками, и внутренний, состоящий из скопления крупных клеток, - эмбриобласт (зародышевый узелок). Начиная с **шестого дня** бластула вырабатывает фермент, разрыхляющий поверхностный слой слизистой оболочки матки. Трофобласт образует многочисленные ворсинки, которые, передвигаясь, внедряются в стенку матки и превращаются в питательную оболочку зародыша – хорион.

В дальнейшем из хориона и слизистой оболочки развивается плацента, через которую эмбрион получает питательные вещества и выводит продукты обмена.

На 2-3 недели жизни внутренние клетки эмбриона дифференцируются на три зародышевых листка. Каждый из них дает начало развитию определенных органов и тканей. Первой развивается нервная система. Из среднего листка образуются глубокие слои кожи, мышцы и позвонки,

брюшная, плевральная и перикардальная полости, каналцы почек. Из внутреннего — легкие, слизистая пищеварительного тракта, печень, поджелудочная, щитовидная и паращитовидные железы и мочевого пузырь. После трех недель развития зародыш имеет длину 2 мм. **На 5 недель** длина зародыша составляет около 10 мм, у него есть хвост, конечности напоминают культи. Сердце, имеющее S-образную форму. Кровеносные сосуды, идущие из зародыша, соединяются с теми, что находятся в плаценте, и образуют пуповину. Самая крупная часть зародыша — голова. Головной мозг представлен пятью мозговыми пузырями. На лице видны глаза, начинают формироваться рот и челюсти. **На 6 недель** зародыш имеет длину 13—15 мм. Головной и спинной мозг уже практически сформированы. Продолжается развитие пищеварительной и мочевой систем, хотя печень и почки еще не функционируют. **К концу 8 недель** зародыш имеет длину 40 мм и весит около 10 г. Почти все внутренние органы хорошо сформированы, нервы, суставы и мышцы развиты. Голова большая и наклонена вниз на грудь. Зародыш начинает внешне напоминать человека. **С начала 9-й недели он уже называется плодом.**

13. MORFOFUNKЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКЗОКРИННОЙ ЧАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Никишина Е. – 2.к.

Научный руководитель: ассистент Козлова В.С.

Тонкая морфологическая структура поджелудочной железы представлена экзокринным и эндокринным отделами. Экзокринный отдел очень состоит из разветвленной протоковой системы и железистых долек (ацинусов), которые составляют основную массу паренхимы железы и имеют шаровидную, овальную или удлинённую форму. Эпителиальные клетки ацинусов имеют форму пирамиды, обращённой основанием к базальной мембране ацинуса. Апоикальная часть клетки обращена к центроацинарному отделу протоковой системы. Протоковая система начинается центроацинарным отделом, переходящим во вставочный. Последний переходит в междольковые протоки, собирающиеся в протоки второго и первого порядка, которые открываются в главный проток железы. Основной секреторный процесс электролитов и воды осуществляется преимущественно в дистальных отделах протоковой системы. Электронно-микроскопические, гистологические и автордиографические исследования последних лет показали, что экзокринная часть поджелудочной железы морфологической и функциональной гетерогенностью приспособлена для синтеза различных панкреатических ферментов, секреции воды и электролитов. Синтез и транспортировка ферментов и электролитов через систему межклеточных и внутриклеточных мембран энергетически обеспечиваются АТФазной активностью при участии иона кальция. Экзокринная деятельность поджелудочной железы имеет исключительно важное значение для пищеварения. Железа под влиянием раздражителей синтезирует и секретирует в двенадцатиперстную кишку более 20 гидрокиназ, вызывающих расщепление различных составных частей пищи до частиц, способных всасываться через слизистую тонкого кишечника. Способность к синтезу и секреции ферментов получила название экболической деятельности железы, в отличие от гидрокинетической, заключающейся в секреции воды, бикарбонатов и других электролитов. Гидрокинетическая деятельность железы обеспечивает создание в кишечнике среды, оптимальной для действия ферментов.

15. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Панько Я. – 2 курс.

Научные руководители: проф. Целуйко С.С., проф. Красавина Н.П.

Стволовая клетка – это незрелая клетка, способная к активному делению и трансформации в любые специализированные клетки организма (нервные, мышечные, печеночные и т.д.).

Известно несколько видов стволовых клеток: эмбриональная стволовая клетка (из бластоцисты); стволовая клетка эмбриональных тканей; стволовая клетка дифференцированных тканей (соматическая стволовая клетка). Все стволовые клетки, независимо от происхождения и

источника выделения, обладают тремя общими уникальными свойствами - способны к амподдержанию в течение длительного времени; не специализированы, то есть не имеют каких-либо тканеспецифических маркеров, ответственных за выполнение специальных функций; способны к дифференцировке в любые специализированные клетки.

Для изучения закономерности морфогенетических событий в культуре стволовых клеток используются современные методы культуры клеток и ткани, электронной микроскопии, иммуногистохимии, компьютерного анализа изображения, автордиографии и другие. В настоящее время стволовые клетки широко применяются в таких отраслях науки как клеточная и тканевая инженерия. Стволовые клетки - это действительно открытие науки. Лечение стволовыми клетками - это прорыв в медицине, признанный открытием века, способный изменить традиционные подходы в лечении многих болезней и дать людям главное - здоровье, молодость, долголетие. Без таблеток!

Основной смысл лечения стволовыми клетками заключается в том, что весь потенциал для оздоровления, оказывается, в нашем организме заложен с самого начала. На сегодняшний день лечение стволовыми клетками наиболее эффективный из существующих методов, позволяющих справиться с серьезным заболеванием, а подчас и единственный, который может спасти жизнь пациента!

16. ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА. СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ.

Пендюрова Е.Л. – 2 курс.

Научный руководитель: ассистент Козлова В.С.

Регуляция менструального цикла является сложным нейрогуморальным механизмом, который осуществляется с участием пяти основных звеньев регуляции. К ним относятся: кора головного мозга, гипоталамус, гипофиз, половые железы, периферические органы и ткани (органы-мишени). В гипоталамусе происходит секреция нейрогормонов, которые по кровеносной системе попадают в переднюю долю гипофиза. В гипофизе секретируется 2 вида гонадотропных гормонов – фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) и лютеинизирующий гормон (ЛГ). ФСГ стимулирует рост фолликула, пролиферацию гранулезных клеток, индуцирует образование рецепторов ЛГ на поверхности клеток гранулезы. ЛГ стимулирует образование андрогенов (предшественников эстрогенов) в тека-клетках, совместно с ФСГ способствует овуляции и стимулирует синтез прогестерона в лютеинизированных клетках гранулезы проовулировавшего фолликула. Под влиянием половых гормонов, выделяемых яичниками, происходят изменения в слизистой оболочке матки, изменяется тонус, возбудимость и кровенаполнение сосудов. Слизистая оболочка матки в этот период претерпевает ряд изменений: десквамацию (слищивание), проявляющуюся собственно кровотечением и совпадающую с началом обратного развития желтого тела в яичнике; регенерацию (восстановление), начинающуюся еще в период менструации и заканчивающуюся обычно к 5-6-му дню цикла; пролиферацию (разрастание), совпадающую с процессом созревания фолликула и секрецию, совпадающую с фазой развития желтого тела, в результате чего создаются благоприятные условия для внедрения и развития зародыша.

13. ДЕРМАТОГЛИФИКА В МЕДИЦИНЕ

Микеладзе Нана Зурабовна – 2 к.

Научный руководитель :асс. Огородникова Татьяна Леонидо

В настоящее время внедрение новых методов исследования в медицину наблюдается довольно часто. Одним из таких является метод исследования кожных рисунков – дерматоглифический анализ, применяющийся в клинической генетике при подозрении на наличие патологии неизвестной природы или тератогенного воздействия. Данный анализ, на мой взгляд, является очень актуальным, поскольку изменения в дерматоглифике могут быть стигматом

врожденной аномалии (болезни).

Слово «**дерматоглифика**» образовано из двух слов *derma* (кожа) и *glyphe* (гравировать). Дерматоглифика изучает линии и складки на всей поверхности кожи тела человека, однако обычно исследуются кисти и реже – стопы. По объекту исследования различают несколько разделов дерматоглифики: дактилоскопия, пальмоскопия, плантароскопия. Наиболее подробно я расскажу о пальмоскопии - исследовании кожи ладоней и дактилоскопии – исследовании кожи пальцев.

Кожа ладоней имеет определенные морфологические особенности. Кожные гребешки (папиллярные линии) представляют собой линейные утолщения эпидермиса. На верхушках эпидермальных гребней видны отверстия потовых желез, сами железы лежат в толстом слое дермы. Различные дермальные сосочки содержат пучки капилляров и чувствительные нервные окончания. Эмбриональное развитие структур дермальной кожи (волярные подушечки, складки и эпидермальные гребни) начинается с 6 недели внутриутробного развития и полностью завершается на 17 неделе.

На ладонях выделяют 4 основные складки:

- **дистальная поперечная**, берущая начало между указательным и средним пальцами и оканчивающаяся на ульнарном крае ладони;
- **проксимальная поперечная**, берущая начало между большим и указательным пальцами и обрывающаяся в ульнарной части ладони;
- **запястная, или браслетная**, которая проксимально ограничивает ладонь;
- **сгибательная складка большого пальца**, идущая наклонно от проксимальной поперечной сгибательной складки к средней части проксимального края ладони (как бы окружает большой палец).

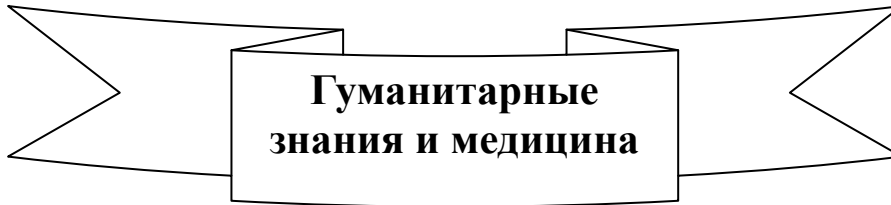
На наших пальцах ученые выделяют в самом общем виде 3 типа узоров: **завитки**, которые считаются самыми сложными, **петли** и наименее сложные – **дуги**. Как я говорила, некоторые особенности кожных узоров могут свидетельствовать о различных врожденных заболеваниях или предрасположенности к заболеваниям, которые разовьются с возрастом.

В некоторых случаях отклонения от нормы в дерматоглифике могут помочь распознать болезнь, если ее диагностика затруднена. Наиболее иллюстративна диагностическая значимость дерматоглифики при хромосомной патологии, так, например, использование восьми признаков дермальной кожи достаточно для уверенной диагностики болезни Дауна у 95% пациентов с этой патологией.

Суммируя современные знания о возможностях дерматоглифического анализа можно привести наиболее значимые области медицины, где этот анализ наиболее эффективен:

- летальные формы патологии плода не уточненной этиологии
- синдромальные формы задержки внутриутробного развития
- хромосомный мозаицизм
- врожденные дефекты конечностей
- синдромальные формы врожденных дефектов не уточненной этиологии и т.д.

В заключении хотелось бы упомянуть знаменитую латинскую поговорку: «Что хорошо диагностируется, то хорошо лечится». Следовательно, метод дерматоглифического анализа – еще одна возможность распознать болезнь на ранних этапах ее возникновения и предотвратить ее дальнейшее протекание.



Научный руководитель: к.м.н. доц. А.И. Коваленко
Председатель: Верещагина Н.– 2к.
Секретарь: Мазанко Н.– 2к.

1. ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ УСЛОВИЕ ПРАВОМЕРНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Бурлачук Д.В., 5 курс, юридический факультет БФ МосАП
Научный руководитель: Пискун А.И.

Главным критерием правомерности медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие, в основе которого – признание личной и физической неприкосновенности человека.

В действующем законодательстве России закреплено право пациента на информированное согласие. Норма, согласно которой необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина, содержится в ст. 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

В ч. 1 ст. 31 этого нормативного акта зафиксировано, что каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Ввиду того, что, ст. 32 не содержит прямых ссылок на норму ст. 31 и право граждан на информацию о состоянии своего здоровья и право на информированное добровольное согласие фигурируют в Основах законодательства как два различных, самостоятельных права, имеются основания для двоякого толкования: либо данные права никак не связаны друг с другом, и по этой причине нельзя использовать правила ст. 31 при определении содержания предоставляемой гражданину информации для получения его согласия на медицинское вмешательство, либо данные нормы взаимно дополняют друг друга и, соответственно, для получения согласия пациента ему должна быть предоставлена информация, предусмотренная в ст. 31 Основ. Для устранения двоякого толкования закона необходимо ввести в ст. 32 Основ законодательства указание на то, что содержание информации, подлежащей предоставлению пациенту, определяется в соответствии с ч. 1 ст. 31.

Однако данного изменения недостаточно для решения вопроса о юридическом критерии надлежащего предоставления информации, поскольку в ст. 31 говорится лишь о вопросах, по которым информация должна быть предоставлена пациенту, но не содержится правило об объеме, в котором она должна быть предоставлена, отсутствует критерий полноты предоставляемой информации. Поэтому российское законодательство должно быть дополнено правилом, позволяющим разграничить надлежащее и ненадлежащее предоставление информации пациенту в целях защиты его прав.

Остается открытым вопрос об оптимальной форме документа, подтверждающего получение такого согласия. В настоящее время какая-либо определенная форма информирован-

ного согласия не регламентируется ни нормативными документами, ни законодательной базой.

Поэтому в законодательстве в целях защиты как пациента от вреда, полученного им в результате сокрытия медперсоналом необходимой информации, так и врача от необоснованных претензий со стороны надлежащим образом информированного пациента должны быть предусмотрены:

1. Какой минимум информации должен получить пациент, чтобы его согласие на медицинское вмешательство было действительно информированным.

2. Документом, подтверждающим получение необходимой информации пациентом должна быть специальная форма, подписанная пациентом, где приводятся вышеуказанные данные, что пациент имел возможность задать вопросы и детализировать необходимую, но не затронутую информацию. Содержание документа может отражать специфику лечебного учреждения.

2. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОРГАННОГО ДОНОРСТВА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Коротких Е.В., 3 курс, юридический факультет БФ МосАП

Научный руководитель: Пискун А.И.

Проблема правового регулирования трансплантации органов связана со многими вопросами, имеющими отношение к этике и праву. Проблему правового регулирования трансплантации органов можно разделить на две составляющие: изъятие органов у живого донора и изъятие органов после подтверждения наступления смерти.

Существуют две основные юридические модели, законодательно регулирующие процедуру получения согласия на изъятие органов.

К ним относится система «испрошенного согласия» – явно выраженного согласия на изъятие органов от умерших, в соответствии с которым до своей кончины умерший явным образом заявил, что он не возражает против изъятия органа, либо соответствующий член семьи выражает согласие в том случае, когда умерший не оставил никакого заявления или иного свидетельства противоположного мнения.

Система отсутствия согласия, или «не испрошенное согласие», при котором предполагается, что органы для пересадки могут удаляться из тела умершего, если он, будучи живым, не высказал возражений или иные лица, близкие к нему, не заявляли в соответствующее время, что он имел бы возражения против того, чтобы с его телом после смерти обращались подобным образом. Эта система также известна как «презумпция согласия».

Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» использует в своей основе презумпцию согласия как юридическую модель правомерности изъятия органов умерших людей для трансплантации. Ст. 8 данного закона, вводит термин «презумпция согласия» на изъятие органов и (или) тканей в своем названии. Однако в тексте статьи раскрытие этого термина отсутствует, данная правовая норма не уточняет форму несогласия. Изъятие органов умершего человека для трансплантации производится с разрешения руководителя учреждения здравоохранения, за исключением случаев, если на момент изъятия органов или тканей учреждение было поставлено в известность о том, что при жизни сам человек, его близкие родственники или законные представители заявили о своем несогласии на изъятие его органов или тканей после смерти для трансплантации реципиенту.

В то же время, в Законе РФ «О погребении и похоронном деле» декларируется презумпция несогласия. Закон вводит правовую норму, в соответствии с которой уточняется в какой же форме должно быть согласие или несогласие на изъятие органов и (или) тканей. В частности волеизъявление лица о достойном отношении к его телу после смерти - это пожелание, выраженное в устной форме в присутствии свидетелей или в письменной форме о согласии или несогласии быть подвергнутым патологоанатомическому вскрытию, о согласии или несогласии на изъятие органов и (или) тканей из его тела.

Для устранения неясности в правовом регулировании изъятия органов и тканей из

тела умерших людей необходимо остановится на одной из юридических моделей, законодательно регулирующих процедуру получения согласия на изъятие органов, внеся соответствующие изменения в один из вышеуказанных законов, однако у каждой модели есть как свои плюсы, так и минусы.

Устранить сложившуюся коллизию, не вмешиваясь в правомерную деятельность медиков и не нарушая прав и свобод человека можно путем замены в законе о трансплантации понятия «презумпция согласия» на «испрошенное прямое согласие», прижизненно оформленное в виде донорских карт, что естественно потребует много времени и средств.

3. ЛОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ КАК ОСНОВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА.

Выполнила: Котельникова М. А., 2 курс, 222 гр.

Научный руководитель: асс. кафедры гуманитарных наук Гриценко Т. Н.

Обучение и жизненный опыт вырабатывают у каждого человека специфические навыки и направленность мышления. Обучение в медицинском ВУЗе и клиническая практика способствует формированию клинического мышления.

Специфичность клинического мышления определяется тремя обстоятельствами:

- характер объекта познания; объект – больной человек с биологической и социальной точки зрения представляет сложную систему.
- специфичность задач, которые стоят перед врачом-клиницистом. Одна из них – установить психологический контакт с больным и изучить его как личность в диагностических и лечебных целях.
- помощь больному, построение плана лечения и контроль за его выполнением.

Клиническое мышление обладает рядом особенностей, отвечающих требованиям задач, которые призван решать врач.

Настоящая результативность клинического мышления присуща врачам, для которых характерен творческий подход к каждому конкретному больному, полное исключение элементов шаблонности. Изменчивость клинической картины, особенно в случаях остро текущих заболеваний, делает процесс клинического мышления исключительно творческим. В этом отношении мышление врача-практика должно обладать еще одним качеством, которое удачнее всего назвать гибкостью или мобильностью. Не менее важно требование объективности мышления. Субъективизм в оценке фактов и в диагностических заключениях – наиболее частая причина диагностических ошибок.

Следующее общее требование к клиническому мышлению, которое можно назвать решительностью, вытекает из важнейшей специфической особенности врачебной работы – необходимости в любом случае действовать, лечить.

Личные качества врача и его отношение к своей профессии позволяет выделить еще одно общее условие правильности клинического мышления – это добросовестное отношение к своим обязанностям и способность к самокритике.

Разве может быть сформировано клиническое мышление без знаний философии и ее раздела – логики? Однозначно – нет. Все вышеизложенное наглядно иллюстрирует то, что все требования, предъявляемые к профессии врача, есть всего лишь частное преломление философских общеметодологических постулатов. Современное научное мышление есть мышление диалектическое. Глубокое и творческое усвоение диалектико-материалистического мировоззрения позволяет с более широких позиций оценивать проблемы своей специальности и тем самым предохраняет от профессиональной ограниченности, дает возможность овладеть философскими категориями как ступеньками, опорными пунктами познания. Между тем, нельзя обеспечить правильное клиническое мышление без применения основных принципов диалектической логики: объективность и всесторонность исследования, изучение предмета в развитии, раскрытие противоречий в самой сущности предметов, единства количественных и качественных

анализов и ряда других.

Только диалектическое мышление позволяет понять развитие столь сложного процесса, как заболевание человека. Строгое соблюдение законов и правил формальной логики – неперемненное условие правильного мышления клинициста.

4. МОРАЛЬНО - ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛОНИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА.

Поддубный А. - 3к.

Научный руководитель: Т.В. Тимошенко.

Клонирование - решающий фактор в победе над неизлечимыми болезнями. Но вокруг этой проблемы ведутся дискуссии. Например, не могут оставить равнодушным, наверное, ни одного человека в мире моральные и правовые аспекты проблемы клонирования человека. Растет число стран, запрещающих проведение подобных экспериментов на своей территории, в том числе и Россия. Несмотря на это, почти в каждой стране появились компании и фирмы, готовые за весьма крупную сумму обеспечить своим клиентам «генетическое бессмертие».

С биологической точки зрения, трудно рассчитывать сейчас на успешное клонирование человека. Проблема имеет несколько аспектов. Например, процент выхода составляет всего 2%. То есть, чтобы получить одну мышку, понадобится сотня приемных матерей. А для человека — это почти двести матерей. Не говоря уже о том, что точной копии не получится. С этической точки зрения это большая проблема. Проблема также заключается и в том, что становление человека как личности базируется не только на биологической наследственности, оно определяется также семейной, социальной и культурной идеей. При клонировании индивида невозможно создать все те условия воспитания, обучения, которые сформировали личность его прототипа. Негативная реакция сводится к беспокойству о детях, о том вреде, который может быть нанесен им процедурой клонирования, и особенно, о психологическом ущербе. Это может отразиться на семейной жизни, привести к деградации родительских отношений. Если клонирование получит широкое распространение, велика опасность того, что человека будут рассматривать не как личность, а как объект для манипулирования, что может привести к разрушению важных социальных ценностей, к обесцениванию жизни каждого отдельного человека и угрозе человеческого достоинства. Клонирование позволяет пока только теоретически получить, абсолютно физического двойника человека. Поэтому с юридической стороны встают такие проблемы, как: будет ли копия обладать правами человека и гражданина при живом оригинале, если да, то какими; кто должен считаться отцом ребенка, если клонируется женская клетка, а в процедуре участвуют три особи (донор клетки, донор яйцеклетки, суррогатная мать)?

Сегодня учёные считают, что перед человечеством не стоит угроза эпидемии клонирования и, если появятся клонированные люди, они, как и обычные граждане, будут иметь все конституционные права. Однако придётся пересмотреть юридические разделы в наследственных и финансовых правах. Говорить о клонировании человека можно пока только теоретически. Очевидно, что сегодня вероятность отрицательных последствий этой процедуры значительно превалирует над ее выгодами, но и остановить запретительными методами работы по клонированию человека невозможно. Поэтому необходимы разумные международные соглашения о рамках исследований в этом направлении.

5. ФИЛОСОФИЯ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ЗНАНИЯ

Никишина Е. - II курс.

Научный руководитель: Асташова Н. М.

Философия как наука о наиболее общих закономерностях движения и развития природы, человеческого общества и мышления преподается в медицинском вузе с целью расширения кругозора студентов, развития их способности видеть за множеством частных проявлений

различных болезней человека некоторые общие закономерности их возникновения, течение и исход, умение глубже понимать сущность патологических процессов и на основе этого повышать эффективность их профилактики, диагностики и лечения. Курс философии в медицинском вузе состоит:

во-первых, из краткого изложения общей истории философии.

во-вторых, из детального ознакомления студентов с центральной философской проблемой - диалектикой и основными законами и категориями диалектики.

Современная медицинская наука остро нуждается в строгой философско-методической ориентации при проведении экспериментов и их теоретической обработке. Специалист-медик имеет дело с самым сложным объектом познания и исследования в мире - человеком. Ни один орган человека не функционирует автономно, не завися друг от друга. Человеческий организм работает целостно, как единая система. И хотя каждая часть нашего тела имеет свою «логику» поведения, подчиняется единому органу - мозгу. Медицинское знание социально обусловлено и целостно предопределено объектом своего исследования, а именно конкретным человеком. А он является неотъемлемой частью как природы, так и определенной «эпохи» - науки, искусства и, прежде всего - философии.

Методологические проблемы стратегии и тактики диагностики становятся весьма трудно решаемыми, если врач полагается лишь на свой индивидуальный опыт клинициста, который всегда ограничен. Но если он приобретает логическую культуру, овладевает законами и диалектической логикой (философской наукой о законах и формах познающего мышления), то он становится на голову выше самого себя. Овладение логикой формирует у врача навык обращать внимание и критически оценивать собственные рассуждения.

Философия и медицинские знания должны существовать, взаимно проникая, и обогащая друг друга. И именно в этом состоит значение философского образования будущего врача: оно связывает воедино скопление голых, часто разрозненных фактов, придавая им, общий смысл и тем самым наводит студента на поиски общих закономерностей, лежащих в их основе.

5. К ВОПРОСУ О ДЕМОГРАФИИ И ПОЛИТИКЕ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Выполнила: Верещагина Н.,

Руководитель: Сиротин Ю. В., кандидат философских наук

Все чаще и чаще приходится слышать фразы о демографической политике: для кого-то это просто красивые слова, пропитанные долей своеобразного патриотизма, но только не для медиков...

Состояние здоровья населения области, типичное для России в целом, несет на себе отпечаток специфических проблем, вызванных переходным периодом.

По мнению ученых области, исследовавших динамику состояния здоровья, можно выделить 3 основные группы причин, оказывающих влияние на уровень смертности населения в современный период:

- первая - это потери в результате преждевременной смертности, так или иначе связанные с алкоголизацией населения, резким расширением доступности алкоголя и ухудшением его качества;

- вторая из них обусловлена ухудшением условий жизни и расширением зоны социального неблагополучия (маргинализация населения в процессе реформ);

- третья составляющая - это причины, ответственность за которые в значительной степени лежит на здравоохранении (рост смертности от предотвратимых причин, омоложение смертности от всей соматической патологии - свидетельство ухода здравоохранения от профилактики и значительного ухудшения качества лечения).

Прогнозная оценка состояния здоровья населения свидетельствует, что:

кроме количественных изменений в численности ожидаются существенные изменения качественного состава населения;

резко уменьшится доля здоровых лиц, особенно среди новорожденных;

продолжится процесс хронизации патологии, особенно в сторону охвата все более молодых возрастов

Дав такие прогнозы, и проследив причины повышения смертности и состояние рождаемости, нужно говорить непосредственно о реализации основных направлений политики в сфере здравоохранения, упомянуть о проблеме оптимизации здравоохранения, о проблеме выделения системы здравоохранения как определенного сектора экономики: сегодня здравоохранение пытаются представить как своеобразный сектор экономики, который должен развиваться в условиях рыночных отношений. Это верно лишь отчасти. Здравоохранение - прежде всего социальная сфера, его задача - сбережение народа, обеспечение демографической безопасности. Все остальное вторично. К сожалению, рыночный подход сегодня начинает превалировать. Приоритетным направлением государственной политики *в области охраны здоровья* граждан должно стать оздоровление населения, снижение уровня его смертности, особенно в трудоспособном возрасте, повышение средней продолжительности предстоящей жизни. Для его реализации необходим комплекс мероприятий, направленных на укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, изменение уровня и порядка его финансирования, реорганизацию первичной медико-санитарной помощи населению, формирование здорового образа жизни.

Необходимо привести величину государственных расходов на медицину в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, т.е. не менее 5% валового внутреннего продукта. (В 2007 г. на медицину вместе со спортом было выделено 3.8% от ВВП, в бюджете на 2010 г. запланировано на это направление всего 3.4%).

Результируя, надо сказать, что лавным направлением государственной политики в сфере здравоохранения должна быть профилактика здоровья, системное осуществление государственных мер по обязательной диспансеризации населения, проведению вакцинации, утверждению здорового образа жизни. В конечном итоге системные меры по развитию профилактической медицины обернутся не только укреплением общественного здоровья, но и значительным экономическим эффектом в масштабах государства. Как показывает статистика, в Амурской области один рубль, затраченный на профилактику туберкулеза, дает экономии 38.5 руб., а на профилактику полиомиелита - 42 рубля. Надо отметить, что сегодня профилактическая медицина в Приамурье, хотя и робко, начинает обретать реальные очертания.

7. ЭВТАНАЗИЯ. ВОПРОСЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ.

Хамрай Е.В., 4 к. МосАП

Научный руководитель: Пискун А.И.

Эвтаназия (эутаназия, эйтаназия) – это осознанные волевые действия медицинских работников, направленные на удовлетворение просьбы неизлечимо больного о прекращении страданий, заключающиеся в ускорении наступления его смерти. Необходимость изучения правовых проблем эвтаназии объясняется сложной природой самой эвтаназии, где тесно переплелись вопросы медицины и права.

Повышенный интерес к эвтаназии объясняется как прогрессом медицины, позволяющим длительное время бороться за жизнь человека, так и приоритетным правом человека на жизнь, что подразумевает под собой свободу выбора, в том числе и в отношении продолжения жизни.

Существует активная и пассивная формы эвтаназии. Активная эвтаназия – это проведение каких-либо действий, введение лекарственных средств, которые ускоряют смертельный исход. Пассивная эвтаназия – это неприменение средств и невыполнение врачебных манипуляций, которые поддерживали бы определенное время жизнь тяжелобольного пациента.

По степени участия больного в решении вопроса об уходе из жизни выделяют добровольную и недобровольную эвтаназию. Добровольной является эвтаназия, осуществляемая по настойчивой просьбе самого пациента, находящегося в ясном сознании и объективно информированного о состоянии своего здоровья. Недобровольной эвтаназия считается в тех случаях, когда просьбы пациента о прекращении его жизни нет. Как правило, речь идет о неизлечимо

больных, находящихся в бессознательном состоянии, а также о детях (особенно новорожденных) с тяжелой incurable патологией.

В настоящее время подход к проблеме эвтаназии характеризуется подчас полярностью мнений. Если сторонники отождествляют ее с облегчением больному его страданий, с «приятной, легкой смертью», то противники прямо связывают это с убийством. Следует отметить, что в ряде стран нормативно-правовая база содержит нормы, разрешающие осуществление пассивной эвтаназии.

В современном российском законодательстве эвтаназии посвящена лишь ст. 45 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, в которой эвтаназия прямо запрещена. Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии – удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

На наш взгляд в современном российском обществе внедрение эвтаназии, как формы воздействия пусть даже и на безнадежных больных, пока еще не имеет под собой достаточных оснований. Связано это с невозможностью должным образом определить правомерность осуществления эвтаназии и вероятностью злоупотреблений со стороны медицинского персонала. К тому же необходимо учитывать и зачастую неадекватную оценку происходящего больными, находящимися в крайне тяжелом состоянии.

Для решения проблем правового регулирования необходимо объединить усилия юристов и медицинских работников, что позволит четко определить значение термина «эвтаназия» и разграничить понятие «активной» и «пассивной» эвтаназии, обеспечивать соблюдение конституционных прав и свобод граждан. Наряду с этим требуется повышать доступность и качество медицинского обслуживания и лекарственного обеспечения, развивать систему паллиативной помощи. Уважая свободу выбора человека, в том числе между жизнью и смертью общество должно помочь ему сделать этот выбор в пользу жизни.

8. ЭВТАНАЗИЯ: ПРОБЛЕМА МОРАЛЬНОГО ВЫБОРА

Мазанко Ю. – 3 к.

Научный руководитель: доц. А.И. Коваленко

Развитие новых медицинских технологий жизнеподдерживающего лечения и движение за права человека вновь поставили проблему эвтаназии в центр внимания.

Эвтаназия (эйтаназия, аутаназия, эфтаназия) в переводе означает благую, легкую смерть. Впервые этот термин был использован Ф. Бэконом. В современной биоэтике выделяют четыре значения эвтаназии:

- ускорение смерти тех, кто переживает тяжелые страдания;
- прекращение жизни лишних, социально неблагополучных людей;
- способ заботы об умирающих;
- реализация права человека умереть достойно.

В современной дискуссии об эвтаназии четко определился конфликт двух главных моральных принципов – не навреди и автономии личности. Первый из них рассматривается с точки зрения минимизации вреда. Принцип автономии предполагает, что решение об эвтаназии принимается пациентом или его близкими добровольно и осознанно. Возникающая при этом коллизия связана с тем, как понимать действительное благо пациента. Состоит ли оно в максимальном продлении жизни обреченного на смерть больного, испытывающего тяжелые страдания? Или лучшее для него благо самому распорядиться собственной жизнью? Какова позиция врача в решении данного вопроса?

Исходя из приоритета личных ценностей и собственного морального выбора определились две тенденции в отношении к эвтаназии

Сторонники эвтаназии считают:

Человеку должно быть предоставлено право самоопределения вплоть до свободного выбора продолжать ему жизнь или оборвать ее.

Человек должен быть защищен от жестокого негуманного лечения, т.е. больной может отдать предпочтение смерти и избавиться от страдания.

Человеку предпочтительны альтруистические ценности, он хочет освободить от бремени близких, высвободить нерационально используемые ресурсы, направив их на более рациональные и полезные дела.

В условиях ресурсодефицитного здравоохранения следует перераспределить средства и направить их на лечение тех, кого еще можно вылечить.

Аргументы противников эвтаназии:

Активная эвтаназия – покушение на непреходящую ценность – здоровье и жизнь человека. Во всех религиозных конфессиях высшей ценностью является святость человеческой жизни. Самоубийство и эвтаназия рассматриваются как нарушение божьей воли. Ценность жизни является сильным моральным требованием и в светской культуре. Нарушение этого требования есть свидетельство моральной деградации общества. Поэтому легализация эвтаназии чревата глубочайшим потрясением всего нормативно-ценностного порядка.

Всегда возможна диагностическая и прогностическая ошибка врача.

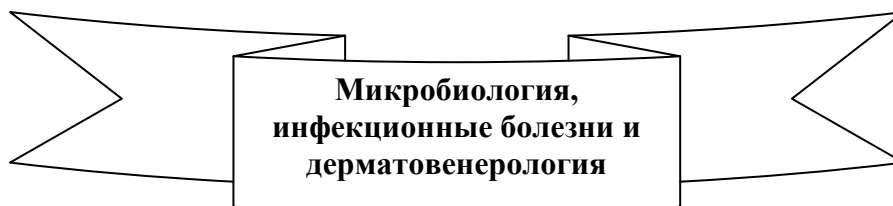
При появлении новых лекарственных препаратов и способов лечения станет возможным облегчить страдания и сделать излечимым то, что ранее считалось не излечимым.

Появляются эффективные болеутоляющие средства. Они снимают сильную боль, но не освобождают прикованного к постели больного от сильной зависимости от окружающих.

Имеется риск злоупотреблений со стороны медицинского персонала, возможность использования узаконенной эвтаназии во вред пациенту.

Неизбежны социальные злоупотребления, вызванные желанием отдельных членов общества использовать смерть больного в корыстных целях.

Необходимость дискуссий по проблемам эвтаназии очевидна. В результате ее принимаются соответствующие правовые акты.



**Микробиология,
инфекционные болезни и
дерматовенерология**

Научный руководитель: д.м.н. проф. Г.И. Чубенко
Председатель: Панько Я.– 2к.
Секретарь: Никитин А.– 2к

1.ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ – МИФ ИЛИ СКРЫТАЯ УГРОЗА?

Степанцова А., 2 курс.

Научный руководитель: ассистент Ермаков Г.А.

Прошло около столетия после первого описания цитомегалии (наличие характерных образований в клетках слюнных желез и почек новорожденных было известно врачам еще с 1904 года) и треть века после открытия цитомегаловируса CMV, но только недавно выяснилось широкое распространение этой инфекции и ее значение в акушерстве, неонатологии, педиатрии, клинической вирусологии, трансфузиологии и трансплантологии. Однако до настоящего времени нет полного взаимопонимания у врачей разных специальностей по поводу значения CMV-инфекции и ее участия в формировании патологического процесса. Точки зрения расходятся вплоть до того, что существование проблемы некоторыми специалистами не воспринимается, за исключением тех случаев, когда речь идет о патологии новорожденных или иммунокомпрометированных пациентах. Надо признаться, что сегодня сама попытка осмысления роли CMV-инфекции, методы диагностики и их трактовка, объем необходимой терапии вызывают больше вопросов, чем дают ответов. По данным разных авторов, CMV инфицированы около 50-99% всего взрослого населения. Надо полагать, что вторая цифра существенно ближе к истине, чем первая.

Цитомегаловирус (герпетический вирус 5-го типа) относится к семейству Herpes viridae (род Cytomegalovirus). Впервые выделен и описан в 1956 году М. Smith. Обладает полигистiotропностью и может явиться этиологическим агентом самых различных органических поражений. По данным ВОЗ(1972), цитомегаловирус отнесен к группе бесспорных вирусных тератогенов. Состоит из капсида, вирусной матрицы и вирусной оболочки. Является b-герпесвирусом (медленно размножающимся вирусом). Вирусный геном состоит из линейной двойной молекулы ДНК и является самым большим геномом в семействе герпетических вирусов. В настоящее время известны 3 штамма вируса: Davis, АД-169 и Kerr. Некоторые авторы называют еще штамм Towne. Вирусы видоспецифичны, вызывают заболевание только у человека.

Источником инфекции является только человек, больной клинически манифестной или латентной формой инфекции. Вирус может быть выделен из слюны, мочи, фекалий, спермы, слезного секрета, половых путей, крови и грудного молока, а также амниотической и спинномозговой жидкости и дыхательных секретов. Содержится в тканях и органах, используемых для трансплантации. Это определяет механизмы и пути передачи. Взрослые после заражения выделяют вирус со слюной до 4-х недель, а с мочой - до нескольких лет. Основными механизмами и путями передачи являются контактный, воздушно-капельный, фекально-оральный, половой и парентеральный.

Цитомегаловирусная инфекция – заболевание, протекающее в острой, латентной или хронической формах, характеризующееся разнообразными клиническими проявлениями и

преимущественным поражением гематоэпителиальной системы. Развивается, как правило, в условиях первичного или вторичного иммунодефицита, и отнесена к группе оппортунистических инфекций, являющихся индикаторами иммунологической недостаточности. В последнее время становится все очевиднее, что и сама цитомегаловирусная инфекция является причиной иммуносупрессии. CMV-пневмонии – одна из причин высокой смертности у больных СПИДом (после трансплантации органов, операций с искусственным кровообращением). Считается, что CMV является причиной хронического отторжения трансплантата или недостаточности органа. Ряд авторов рассматривают CMV как потенциально онкогенный ДНК-содержащий вирус. Внутриутробная CMV-инфекция занимает существенное место в патологии плода и новорожденных детей и является одной из наиболее часто диагностируемых в данном возрасте. В США к 1-2% всех новорожденных CMV определяется в моче при рождении. Частота выявления антител к CMV у женщин в разных странах варьирует от 40 до 100%, а выделение CMV из шейки матки имеет место почти у 10% здоровых женщин. Актуальность цитомегаловирусной инфекции возрастает и в связи с ухудшением качества окружающей среды, приводящего к нарушениям системы иммунитета.

2. ВИРУС ПРОСТОГО ГЕРПЕСА.

Димова М.А., 2 курс.

Научный руководитель – ассистент Ермаков Г.А.

Герпес - инфекционное заболевание, возбудителем которого является вирус простого герпеса (ВПГ; *Herpes simplex virus*, HSV). Различают два типа вируса простого герпеса - ВПГ-1 (HSV-1), обычно вызывающий поражения полости рта, и ВПГ-2 (HSV-2), который обнаруживают преимущественно при поражении половых органов. Большинство людей контактирует с HSV-1 с раннего детского возраста, в то время как "знакомство" с HSV-2 происходит с началом половой жизни. Коварство ВПГ состоит в том, что, единожды внедрившись в организм, почти всегда он остаётся в нём пожизненно. В то же время, носительство ВПГ отнюдь не фатально: антитела к нему есть почти у 100% взрослого населения России. При хорошей напряжённости иммунитета (либо при грамотной его коррекции), при соблюдении определённых норм здорового образа жизни организм не даёт небольшому количеству дремлющих вирусов выйти из клеток, где возбудители и находятся. При ослаблении иммунитета (характерный случай - после простуды, хотя причин может быть множество) вирусы герпеса активизируются, размножаются и по отросткам поражённых нервных клеток выходят на иннервируемые последними участки эпителия, вызывая характерную клиническую картину обострения герпетической инфекции. Беременность очень часто является физиологическим иммуносупрессивным фактором (происходит закономерное снижение иммунитета).

Классически вирус простого герпеса обнаруживали культуральным методом, в частности, выращиванием вируса на куриных эмбрионах. В последнее время на смену этому методу приходят молекулярно-биологические методы - ДОТ-гибридизация, выявление антигенов, регистрация иммунного ответа к ВПГ, цитоморфологические методы, оценка иммунного статуса и ПЦР. Эти высокочувствительные методы основаны на выявлении ДНК вируса. Реакция организма на внедрение вируса оценивается по уровню вырабатываемых антител к ВПГ - иммуноглобулинов (Ig). Считается, что IgG отражают факт имевшегося когда-либо инфицирования вирусом герпеса (IgG к ВПГ имеются у подавляющей части взрослого населения России), а IgM - маркер свежей инфекции или обострение хронической (при первой противогерпетической IgG отсутствуют, а при второй - обнаруживаются). Наиболее часто вирус поражает: кожу; глаза (конъюнктивит, кератит); слизистые оболочки лица; слизистые оболочки половых органов; центральную нервную систему (энцефалит, менингит).

Как правило, вирус попадает в организм человека через слизистые оболочки и кожу. За счет попадания в аксон нерва возможно его проникновение в нервные клетки дорзальных кошек ганглиев, в которых вирус способен существовать в латентном состоянии. Генетиче-

ские механизмы организма блокируют репликацию вируса, однако эта блокада со временем может быть устранена, тогда наступает реактивация вируса.

Основными свойствами ВПГ являются латентность и нейровирулентность (возможность реплицироваться в центральной нервной системе и вызывать неврологические заболевания). Особенностью ВПГ является нейроинвазия, его способность проникать из периферических нервных клеток в ЦНС. Нарушая работу иммунной системы, вирус становится причиной вторичного иммунодефицита. Рецидивирующее заболевание нарушает нормальное течение жизни и может привести к нервно-психическим расстройствам. Существует несколько видов герпетической инфекции: первичная; непервичная; рецидивирующая.

При первичной инфекции в организме человека еще нет антител к герпесу. Болезнь может протекать бессимптомно, но возможно и проявление определенных симптомов. Примерно на 2 – 14 день с момента заражения появляются местные и общие симптомы, начинается выделение вируса, образуются герпетические высыпания. Больной жалуется на головную боль, недомогание, возможна лихорадка. Непервичная инфекция встречается у людей, которые уже имеют антитела к одному из типов герпеса. Бессимптомное выделение вируса в данном случае встречается достаточно редко. Наиболее часто происходит заражение человека, имеющего антитела к ВПГ-1, типом ВПГ-2.

Рецидивирующая инфекция наблюдается у пациентов, у которых обнаруживаются антитела к реактивированному типу вируса и симптомы генитального герпеса. Для диагностирования этой инфекции необходимо использование типоспецифических серологических и тонких культуральных методов исследования. Клинические проявления при рецидивах носят слабо выраженный характер, а период заживления эпителия составляет до 4 дней.

3. ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ.

Павличенко Е., Котельникова М., Черепанова М. - 1 курс
Научный руководитель: врач-бактериолог Кулакова Е.С.

Заболевания органов дыхания у детей продолжают доминировать в структуре заболеваемости и занимать одно из первых мест среди младенческой смертности. Это отражается в различных отечественных и зарубежных публикациях.

Этиологический спектр пневмотропных возбудителей в последнее время меняется, возрастает роль атипичных возбудителей, таких как *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*. Достоверным для этиологической диагностики считается высеив возбудителя из клинического материала. Основным материалом для исследования является мокрота. Для получения аспирата из верхних дыхательных путей, бронхоальвеолярной и плевральной жидкости, пунктата легкого используются инвазивные методы и в детской практике они применяются крайне редко.

Необходимо отметить, что наблюдается высокая контаминация слизистых оболочек верхних дыхательных путей такими микроорганизмами как: *Streptococcus pneumoniae* (92,6%), *Haemophilus influenzae* (70,2%), *Moraxella catarrhalis* (38,3%), и низкая - *Mycoplasma pneumoniae* (2,1%), *S. agalactiae* (3,2%), *E. faecium* (1,06%) у здоровых детей. Такие возбудители как *Chlamydia pneumoniae*, и *E. faecalis* в ротоглотке здоровых детей не выявлены.

Согласно рекомендациям ВОЗ, все наиболее часто встречающиеся патогены - возбудители инфекций нижних дыхательных путей разделены по уровням приоритетности на три группы:

Патогены высокого уровня приоритетности (кроме микобактерий туберкулеза): *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*.

Патогены среднего уровня приоритетности: энтеробактерии, *Candida albicans*, *Moraxella catarrhalis*.

Патогены низкого уровня приоритетности: *Pseudomonas aeruginosa*, *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia spp.* и др.

При проведении микробиологического исследования, которое является «золотым» стан-

дартром при диагностике внебольничных пневмоний, для разделения этиологически значимой микрофлоры от микробов-контаминантов используется количественный метод учета выделенных микроорганизмов. При этом исходят из того, что возбудитель находится в материале в значительно большем количестве, чем микробы-симбионты человека.

Критическое число или диагностический значимый титр при количественном исследовании мокроты является 10^6 КОЕ/мл, для бронхиальных смывов, полученных с помощью бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ) диагностическим считают титр 10^4 КОЕ/мл.

По данным ученых Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания СО РАМН - НИИ охраны материнства и детства и проведенному анализу полученных данных в лаборатории клинической микробиологии МУЗ Детская городская клиническая больница на первом месте среди возбудителей острой внебольничной пневмонии у детей находится *Streptococcus pneumoniae* с частотой высева от 30-85% случаев. На втором месте находится *Haemophilus influenzae* в 10-28% случаев, далее в порядке убывания регистрируются *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* и др.

В последние годы у детей старше 5 лет признают этиологическую роль таких представителей как *Moraxella catarrhalis*, *Mycoplasma pneumoniae*. Стоит отметить, что в осенне-зимний период в мокроте и бронхиальных смывах у детей с бронхолегочными заболеваниями наиболее часто регистрируются *Streptococcus pneumoniae*(68,4-83,3%), *Haemophilus influenzae*(33,3-42,1%), *Mycoplasma pneumoniae*(15,8-16,6%). Весной спектр пневмотропных возбудителей меняется частота высева *Streptococcus pneumoniae*и *Haemophilus influenzae* снижается и увеличивается частота выявления *Moraxella catarrhalis*. *Mycoplasma pneumoniae* чаще всего выявляется в осенне-зимний период при острых пневмониях.

4. ВОЗБУДИТЕЛИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ИХ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ.

Орлова В., Нахапетян А., 2 курс

Научный руководитель: д.м.н., профессор Г.И.Чубенко

Проблема лечения острых инфекционных заболеваний ЛОР-органов не теряет своей актуальности. По данным различных эпидемиологических исследований, проведенных за последние 5 лет более чем в 30 странах, заболеваемость риносинуситом за последние 10 лет увеличилась в 2 раза, а удельный вес госпитализированных по этому поводу возрастает ежегодно на 1,5-2%.

Возбудителями острых инфекций верхних дыхательных путей могут быть вирусы и бактерии, среди последних доминируют *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes*.

Основной возбудитель острых инфекционно-воспалительных заболеваний глотки - *Streptococcus pyogenes* в 80-100%, реже выделяют стрептококки группы С и G, *Streptococcus pneumoniae*.

Выбор антибиотика для лечения амбулаторных инфекций дыхательных путей остается довольно трудной задачей, несмотря на обилие антимикробных средств различных химических групп. Трудности выбора определяются вынужденным эмпирическим подходом к антибиотикотерапии, изменением спектра возбудителей в зависимости от эпидемиологической ситуации и сезона, отсутствием полноценного наблюдения за течением заболевания

Современные препараты амоксициллин, амоксициллин/клавуланат, рассматриваемые как препараты первого выбора при лечении бактериальных инфекционных заболеваний ЛОР-органов, характеризуются:

- высокой степенью микробиологической активности;
- уникальным механизмом действия и фармакокинетическими свойствами;
- широким спектром противомикробной активности, в первую очередь в отношении основных возбудителей риносинуситов, тонзиллофарингитов, отитов (в том числе осложненных форм);

- высокой степенью проникновения в ткани;
- возможностью применения на этапе эмпирической противомикробной терапии;
- хорошей переносимостью, относительно небольшой частотой побочных реакций, удобным режимом дозирования.

В последние 10 лет все более актуальной проблемой становится резистентность респираторных патогенов. Уровень резистентности (высокой и умеренной) *S.pneumoniae* к пенициллину в России составляет около 20%, сходный уровень резистентности (в пределах 20%) отмечается среди *S.pneumoniae* к макролидным антибиотикам.

Гемофильная палочка высокочувствительна к "защищенным" пенициллинам, цефалоспорином II поколения, фторхинолонам, азалидам (азитромицин) и некоторым макролидам (кларитромицин, рокситромицин). Она малочувствительна к бензилпенициллину, а ампициллин часто оказывается неэффективным из-за инактивирующего действия бета-лактамаз, частота продукции которых отмечается у 20-40% штаммов.

Streptococcus pneumoniae является чувствительным к пенициллинам и цефалоспорином II поколения. В то же время в 12,6% случаев выявлена резистентность к эритромицину, перекрестная с другими макролидами. Устойчивость к тетрациклину составила 60%, что свидетельствует о бесперспективности применения тетрациклинов при тонзиллофарингите.

В отношении *S.pneumoniae* наиболее активно применяются: бета-лактамы (пенициллин, амоксициллин, амоксициллин/клавуланат, цефтриаксон/цефотаксим), макролиды, линкозамиды, левофлоксацин, моксифлоксацин, хлорамфеникол и ванкомицин. В отношении пневмококков сохраняют высокую активность ванкомицин, левофлоксацин, моксифлоксацин. Уровень полирезистентности пневмококков в 2004-2005 гг. составил 9,6%.

Таким образом, важнейший аспект антибактериальной терапии - профилактика развития устойчивости патогенной микрофлоры. Необходимо назначать антибиотики в оптимальной дозировке и строго регламентировать продолжительность терапевтического курса, поскольку излишне короткий курс, только «до исчезновения выраженных клинических проявлений» может привести к рецидиву заболевания либо к развитию осложнений, а чрезмерно длительный курс - к формированию резистентности возбудителя, возникновению нежелательных «побочных» реакций.

5. МОНИТОРИНГ АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ БОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Панько Я., 2 курс

Научный руководитель: д.м.н., профессор Г.И.Чубенко

Согласно определению ВОЗ к внутрибольничным инфекциям относят: любые клинически распознаваемые болезни микробной этиологии, которые поражают больного в результате его пребывания в больнице или обращении в нее за лечебной помощью, или сотрудника больницы вследствие его работы в данном учреждении.

Вентилятор ассоциированные пневмонии являются одной из распространенных форм госпитальных инфекций. Они могут выступать как в качестве самостоятельного осложнения, так и присоединяться на определенном этапе течения полиорганной недостаточности. Длительность искусственной вентиляции повышает риск возникновения пневмонии.

Распространенность ВАП подвержена значительным колебаниям от 6 до 68 %.

В возникновении и развитии ВАП выделяют два источника инфицирования - экзогенный и эндогенный. К внешним источникам относят: воздух ОРИТ, ингалируемая воздушно-кислородная смесь, увлажнители, катетеры для санации трахеобронхиального дерева, микрофлора персонала и других пациентов.

Эндогенный источник - включает в себя микрофлору ротоглотки, придаточных пазух носа, желудочно-кишечного тракта, кожного покрова и других очагов инфекции.

За время пребывания в стационаре ротоглотка и верхние дыхательные пути колонизируются потенциально патогенной госпитальной флорой. Реальным является и лимфогенный и гематогенный пути проникновения бактерий.

Важную роль в этиологии ВАП играют: *Pseudomonas* spp., *Acinetobacter* spp., MRSA. Полимикробный характер этиологии ВАП зарегистрирован в 40 % случаев.

Возникновение ВАП в первые 7 дней искусственной вентиляции у больных без предшествующей антибактериальной терапии обусловлено пневмококками, гемофильными бактериями, энтеробактериями и стафилококками.

При длительности искусственной вентиляции более 7 суток и предшествующей антимикробной терапии этиологическими агентами наиболее часто выступают *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, MRSA, *Stenotrophomonas maltophilia*. Доминирующим возбудителем является синегнойная палочка.

По мнению Б.Р.Гельфанда пневмонию, возникающую у больного на фоне проведения ИВЛ уже в первые сутки вентиляции, следует расценивать как нозокомиальную.

Правильный выбор эмпирической терапии имеет принципиальное значение. Для оптимального выбора схемы антибактериальной терапии необходимо учитывать 5 факторов:

- время развития пневмонии (первые 5-7 дней или позже);
- наличие или отсутствие предшествующей антибиотикотерапии;
- тяжесть состояния связанная с основным заболеванием или сопутствующей патологией и возможность прогноза длительности ИВЛ и исхода заболевания;
- этиологическая структура ВАП в конкретном лечебном учреждении и уровень антибиотикорезистентности возбудителей;
- наличие контролируемых исследований доказывающих эффективность конкретной схемы АБТ.

Преимущество комбинированной терапии с доавлением аминогликозидов доказано лишь в случае синегнойной, клебсиеллезной или ацинетобактерной пневмонии.

При пневмонии вызванной MRSA в 90% *S.aureus* резистентны к гентамицину, тобрамицину, нетилмицину, амикацину, стрептомицину и эритромицину. Устойчивость к хинолону, ципрофлоксацину была найдена у 17%.

Стандарт терапии предусматривает применение антибиотиков (карбапенемы, цефепим) в виде монотерапии или в комбинации с аминогликозидами. В последние годы доказана большая клиническая эффективность комбинации цефепим/амикацин и монотерапии меропенемом.

Скорость эрадикации возбудителя коррелирует со временем поддержания концентрации препарата в крови выше минимально подавляющей (МПК) для данного возбудителя. Важным для повышения эффективности проводимой терапии является назначение антибактериальных препаратов в максимальных дозах и увеличение кратности их введения.

6. ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГИТОВ

Тоцкая И., Харина Д., 2 курс

Научный руководитель: врач-бактериолог Слепцова Л.С.

Возбудителями менингитов могут быть самые разнообразные микроорганизмы — вирусы, бактерии, грибы, простейшие и даже гельминты (на микроскопических стадиях их развития), однако чаще всего менингиты вызывают вирусы и бактерии. Гнойные менингиты имеют тяжелое течение, дают высокие показатели летальности (от 10 до 60%) и остающиеся неврологические осложнения (20—40%). Возбудителями гнойных менингитов, как правило, являются бактерии.

Распространенность бактериальных менингитов в США составляет 3 на 100 тыс. населения (Е.Деконенко, 2001). В России распространенность бактериальных менингитов составляет 9-12 на 100 тыс. населения. Летальность соответственно в США -10 на 100 заболевших, в России -14 на 100 заболевших.

Из них в РФ средний показатель заболеваемости менингококковой инфекцией составил - за 1992-1996 г- 3,5 на 100 тыс. населения, в 1997-2001 г.-2,8 на 100 тыс.населения, 2002-2006 гг.заболеваемость менингококковой инфекцией в Российской Федерации стабилизировалась на уровне 2-3 случая на 100 тысяч населения.

Бактериальные менингиты делятся на первичные и вторичные. Возбудителями первичных бактериальных менингитов чаще являются: Менингококки (*Neisseria meningitidis*), гемофильные бактерии (*Haemophilus influenzae*) и пневмококки (*Streptococcus pneumoniae*), а также достаточно прихотливые стрептококки группы В, энтерококки, листерии.

Вторичные менингиты возникают как результат генерализации острой очаговой или хронической бактериальной инфекции, травм, а также при хирургической патологии. Носят, как правило, гематогенный, лимфогенный, посттравматический и др. характер.

Проведен анализ эффективности бактериологического исследования менингитов по данным бактериологической лаборатории областной клинической инфекционной больницы за 2007 г. Было проведено 151 исследование материалов от больных. Из них 37% составили мазки из носоглотки, 29,1% мазок-толстая капля из периферической крови, 17,8%- ликвор, 15,9%- венозная кровь. В 19,2 % случаев были получены положительные результаты бактериологического исследования. Менингококки обнаружены в 16 мазках из носоглотки (29,6%), 7 пробах ликвора (25,9%), 3 пробах из центрального кровяного русла (12,5%). Пневмококки обнаружены в 2 случаях исследования ликвора (7,4%) и 1 пробе венозной крови (4,1%), гемофильные бактерии - в одном случае (3,7%) при исследовании ликвора.

7. ПРОГРАММА ЛИКВИДАЦИИ КОРИ К 2010 ГОДУ

Мамчур Я., 2 курс

Научный руководитель: д.м.н., профессор Г.И.Чубенко

- Национальная программа элиминации кори осуществляется в три этапа:
- (2002-2004гг.)—достижение повсеместной стабилизации показателей заболеваемости корью на спорадическом уровне на всех территориях России.
 - (2005-2007 гг.) – создание условий для предупреждения возникновения случаев кори и полного искоренения коревой инфекции в России.
 - (2008-2010 гг.) – сертификация территорий, свободных от кори

Для проведения этой работы на базе МНИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского создан Национальный центр по надзору за корью, основной задачей которого является координация деятельности по созданию условий для повсеместной стабилизации показателей заболеваемости на спорадическом уровне и определения стратегии вакцинопрофилактики в этих условиях. Помимо национального создано 10 региональных центров на базе учреждений Роспотребнадзора в субъектах Российской Федерации.

Средний показатель заболеваемости корью в Российской Федерации за последние пять лет составил 1,1 на 100 тыс населения и снизился по сравнению с аналогичным показателем за предшествующие пять лет почти в 3 раза. (Онищенко Г.Г., 2007 г.)

В 2005 году уровень заболеваемости составил 0,3 на 100 тысяч населения и был самым низким за все время регистрации этой инфекции. В 2006 году произошло увеличение заболеваемости корью по сравнению с 2005 годом в 2,5 раза (показатели соответственно 0,71 и 0,29). При этом отмечается неравномерное её распределение.

Если в 28 субъектах Российской Федерации имела место спорадическая заболеваемость (менее 5 случаев), то в ряде регионов регистрируются недопустимо высокие показатели: в Чеченской республике 725 на 100 тысяч населения, в республиках Дагестан и Ингушетия, Амурской области – 28-35, республике Северная Осетия и Карачаево-Черкесской республике – 11-16.

Подъемы заболеваемости корью отмечались также в городе Москве, Белгородской, Курской, Орловской областях, Алтайском крае и были обусловлены вспышечной и группой заболеваемостью.

По результатам оценки напряженности и анализа заболеваемости установлено, что в настоящее время контингентами, определяющими заболеваемость корью, являются подростки и взрослые, среди которых имеется значительное количество лиц, восприимчивых к инфекции,

в том числе среди привитых против кори.

В 2005 году Россия вступила во второй этап реализации программы ликвидации кори к 2010 году, основной задачей которого является создание условий для предупреждения возникновения и распространения этой инфекции.

Экспертами ВОЗ установлен регламентированный показатель элиминации кори в европейском регионе менее одного случая на миллион населения. Такой уровень заболеваемости в 2005 году отмечался в половине регионов страны. Однако рост заболеваемости корью в 2006 году свидетельствует о необходимости принятия адекватных мер для достижения указанного показателя.

Возросла роль завозных случаев в формировании очагов кори, особенно в приграничных регионах. Нерешенной остается проблема регистрации заболеваемости кори среди привитых. В 2005 году среди заболевших привитые ЖКД составили 20,5%, из них 21,2% - дети в возрасте 1-2 лет. Среди заболевших лиц, имеющих две прививки, школьники 7-14 лет составили 10%, подростки 15-17 лет – 22%, лица старше 17 лет – 68%. Это в значительной мере может явиться следствием недостоверных сведений о проведенных прививках.

На IX съезде Всероссийского научно-практического общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов было отмечено, что стоит важная задача усовершенствования тактики иммунизации в условиях спорадической заболеваемости корью, изучение механизмов формирования и поддержания гуморального и клеточного иммунитета при отсутствии бустер эффекта, разработка простых методов оценки клеточного иммунитета и выявление вируснейтрализующих антител, повышение эффективности надзора за корью, в том числе проведение лабораторных обследований лиц с экзантемными заболеваниями.

8. АНТИМИКРОБНЫЕ ПЕПТИДЫ – ВОЗМОЖНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННЫМ АНТИБИОТИКАМ.

Зверев А., Сержанова Н.- третий курс

Научный руководитель: к. м. н., доцент, Губа Л. А.

На пороге XXI века медики и фармацевты столкнулись с проблемой поиска альтернативы традиционным антибиотикам. Для этой цели использование антимикробных пептидов может оказаться весьма эффективным.

Со времен открытия Флемингом пенициллина в 1928 году, фармацевтами были созданы тысячи различных антибиотиков, которые должны были покончить с инфекционными заболеваниями раз и навсегда. Однако быстрой и легкой победы над патогенными микроорганизмами достичь не удалось. Фактически, человечество простилось только с оспой.

В цивилизованных странах в последние годы часто наблюдаются рецидивы ряда «забытых болезней» (бубонная чума, коклюш и т.д.), в то время как в странах «третьего мира» ни о какой даже временной победе над инфекцией говорить не приходится. Оказалось, что любые бактерии способны достаточно быстро выработать устойчивость к практически любому антибиотику.

По – видимому, принципиально новым классом природных антибиотиков, которые могут прийти на смену традиционным препаратам, являются так называемые антимикробные пептиды. На сегодняшний день охарактеризовано более 800 таких пептидов. Они включают в себя молекулы из многих тканей и типов клеток беспозвоночных, позвоночных, растений и грибов, некоторые хемокины и цитокины, нейропептиды, нейрогормоны и фрагменты белков. Выделяют два основных способа действия антимикробных пептидов на клетки: ингибирование метаболических процессов или нарушение целостности клеточной мембраны. Несмотря на то, что для антимикробных пептидов характерно довольно высокие действующие концентрации и низкая селективность, они обладают преимуществами: способность быстро убивать клетки-мишени, широкий спектр действия, активность в отношении штаммов, резистентных к другим антибиотикам, а также относительная трудность в развитии устойчивости.

Таким образом, на сегодняшний день существует достаточно широкое поле действия с

целью разработки, поиска и созидания функционально модифицированных антимикробных препаратов, особенно на фоне снижения потенциала обычных антибиотиков, для альтернативного нового подхода к лечению инфекционных заболеваний.

9. ЛЕПТОСПИРОЗ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Тарасенко К. – 5 к., Чекмарев М. – 5 к., Горин А. – 5 к., Ворбьева В. – 5 к.

Научные руководители : до. Р.С. Матеишен, асс. А.В. Гаврилов

Лептоспироз относится к зоонозным природно - очаговым инфекционным заболеваниям Амурской области и характеризуется острым клиническим течением с лихорадкой, интоксикацией, явлениями универсального капилляротоксикоза и поражением печени, почек и нервной системы. Заболевание имеет другие синонимы: болезнь Васильева – Вейля, инфекционная желтуха, водная лихорадка, покосно - луговая лихорадка. При тяжелых клинических формах болезни наблюдается желтуха, геморрагический синдром, острая почечная недостаточность и менингит. Возбудителем болезни является лептоспира, спирохетообразный, спиралевидный микроорганизм, длиной – 4 - 14 нм и шириной – 0,3- 0,5 нм. Лептоспиры имеют около 200 патогенных серотипов, но наиболее часто встречаются в Амурской области *L. Pomona*, *L. Grippotiphosa*, *L. icterohemoragiae*. Лептоспиры при низких температурах могут сохраняться несколько месяцев во внешней среде, способны переживать зиму в водоемах и влажных почвах. Быстро погибают при кипячении и высушивании.

Источники инфекции подразделяются на 2 группы. К первой - относятся грызуны являющиеся основным резервуаром инфекции в природе, ко второй- относятся домашние животные (свиньи, крупный рогатый скот, овцы, козы, лошади, собаки), а так же пушные звери клеточного содержания (лисицы, песцы, нутрии) формирующие антропоургические (сельскохозяйственные) очаги. Так, в Тындинском районе (поселок Усть-Нюкжа) по данным областного центра санэпиднадзора АО в сыворотке крови 286 оленей и 168 чернобурых лисиц клеточного содержания был выявлен высокий титр антител к лептоспирам . Реакция агглютинации лептоспир оказалась положительной у 38 местных жителей. От 234 грызунов отловленных на окраине этого поселка, было выявлено 4 культуры лептоспиры Тарасова (1,6%) и 1 культура лептоспиры Помона (0,3%). Так, что и в северных районах обнаружен эпидемический природный очаг. Большой человек эпидемиологической опасности не представляет. Механизм передачи инфекции фекально-оральный Путь передачи - водный. Возможно непосредственное внедрение лептоспир через поврежденные кожные покровы, а также пищевой путь (при употреблении пищи загрязненной мочей грызунов). Чаще всего люди заражаются при купании, или использовании для бытовых нужд воды из открытых водоемов, при рыбной ловле, или во время сельскохозяйственных работ на заболоченных местах, при уходе за больными домашними животными. Заболеваемость лептоспирозом носит сезонный характер (июль, август) во время купания в водоемах. Однако, среди работников животноводческих ферм, мясокомбинатов, сотрудников вивариев возможна спорадическая заболеваемость в любое время года. Заболеваемость населения в РФ лептоспирозом носит природно- очаговый характер. Так, в 2006 году в России зарегистрировано 645 случаев заболевания (в 2005 году- 742) с показателем заболеваемости – 0,45 на 100000 населения..

Кафедра инфекционных болезней АГМА на протяжении 30 лет занимается изучением заболеваемости лептоспирозом..населения Амурской области. Случаи лептоспироза были зарегистрированы в 14 районах. Самые северные очаги расположены между 53 и 54-й параллелями с.ш. (Зейский и Тындинский районы). Нами проведено нозогеографическое районирование очагов , в результате было выделено 4 зоны: I. Амурская лесостепная зона (южная); II- Зейско-Буреинская ; III - Амуро-Зейская-притаежная; и IV.- горно-таежная зона. Самое большое число случаев лептоспироза было зарегистрировано в Бурейском районе (II-зона)- 72% больных и далее идут Ивановский, Константиновский, Белогорский и Михайловский районы (I зона). Таким образом, было установлено, что основные очаги лептоспироза располагаются в наиболее густо населенных районах, с высоко развитым животноводством.

Клиника заболевания у больных амурчан протекала классически. Для примера приводим архивную выписку из истории болезни больного М., 20 лет, жителя областного центра. Заболел остро 7 августа 1995 года, когда повысилась температура до 39,8, появился озноб, общая слабость, боли в поясничной области и икроножных мышцах, желтуха кожных покровов и склер, потемнение мочи. Свое заболевание связывает с купанием на Владимировском озере. Дома принимал парацетамол, но состояние не улучшалось. Каретой скорой помощи был доставлен в областную инфекционную больницу 12 августа с диагнозом вирусный гепатит. При обследовании больного, в крови отмечен лейкоцитоз (20×10^9) со сдвигом влево, ускоренная СОЭ - до 30 мм 1 час. В моче белок до 0,25 г/л, в осадке - лейкоциты до 30 в п.з. Проба по Ничипоренко: лейкоциты- 11.200, эритроциты- 240. Маркеры на вирусный гепатит типа В и С - отрицательны. Было проведено исследование крови на лептоспироз от 16.08.95. Серологическая реакция оказалась положительной в разведении 1 : 400 с лептоспирой Помона. Больному был выставлен диагноз лептоспироз, желтушная форма, средне -тяжелое течение. В лечение больного использовалась этиотропная, патогенетическая и симптоматическая терапия. Был назначен пенициллин по 1 млн.х 4 раза в сутки внутримышечно в течении 10 суток. В результате проведенного лечения больной был выписан в хорошем состоянии под наблюдение участкового врача. В стационаре больной провел 30 койко-дней. Приведенный пример свидетельствует о необходимости проведения дифференциальной диагностики с вирусными гепатитами. В отличие от лептоспироза при вирусных гепатитах лихорадка в желтушном периоде отсутствует, лейкоцитоз в крови не типичен, СОЭ нормальная, а изменения со стороны почек отсутствуют.

Таким образом, в Амурской области имеются природные очаги лептоспироза и заболевание протекает в желтушной форме, что требует проведения дифференциального диагноза с вирусными гепатитами.

10. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ НА ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС НАВОДНЕНИЙ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Пузырева А. – 5 к., Шангина А. – 5 к., Горин А. – 5 к., Анисимова А. – 5 к.
Научные руководители: доц. Р.С Матеишен, доц. В.А. Гаврилов

В Амурской области имеется 29 тысяч рек, их общая длина превышает 77 тысяч километров, и в период наибольшего количества осадков и таяния снегов в горной местности могут возникать паводки средней и сильной водности. Обычные летние подъемы воды на реках часто переходят в наводнения. Катастрофические паводки в бассейнах рек Дальнего Востока (Амур, Зeya, Бурейа и др.) повторяются, примерно раз в 7 лет. По сводному показателю паводковой опасности, Амурская область занимает 24 место среди субъектов Российской Федерации. Самое сильное наводнение на Амуре произошло в июле 1872 года, когда уровень воды у Благовещенска поднялся до 1017 см (при среднем многолетнем уровне 310 см). Тогда от наводнения пострадало 27 станиц. Наводнение на реке Зее в 1928 году уничтожило 70% строений. В это время уровень воды у Зейских ворот поднялся до 1065 см. Только в 2003 году ущерб от наводнений в Амурской области составил 299,7 млн. руб. Летом 2007 года из-за вынужденного сброса на Зейской плотине было подтоплено несколько поселков (Овсянка и др.), где люди лишились жилья. В случае возможного наводнения в результате подъема воды в реках Амур, Зeya, Бурейа, Селемджа в зону затопления может попасть до 80 населенных пунктов с общей численностью населения до 56 тысяч человек.

К гидродинамическим объектам относятся и две плотины в нашей области (Зейская и Бурейская ГЭС). Опасность возрастает в связи с тем, что область расположена в зоне сейсмической активности с интенсивностью до 7- 8 баллов. На основании карты сейсмической активности АН России и прогнозов Института земной коры в северных районах области землетрясения большой мощности могут происходить раз в 100 лет и более. Только в январе 2004 года в Зейском районе было зарегистрировано три толчка силой 2-4 балла по шкале Рихтера. Прорыв

плотины Зейской ГЭС приведет к человеческим жертвам, к большим потерям на объектах экономики, к нарушению движения транспортных средств (поезда, автомобили), разрушению линий электропередач и обесточиванию зоны Дальнего Востока (Амурская область, Хабаровский край, Саха республика). По прогнозу возможен выход из строя 300 км автодорог, 120 км железнодорожных путей и 96 мостов. Важное значение, помимо санитарных потерь, могут иметь санитарно-эпидемиологические последствия. В зонах наводнения могут разрушаться системы водоснабжения, канализации, банно-прачечных сточных вод, места сбора мусора и все эти нечистоты оказываются в воде и распространяются вниз по течению, что ведет к опасности возникновения и распространения инфекционных заболеваний. В зоне затопления население выходит в безопасные районы, где люди живут в палаточных городках, или приспособленных помещений. Скученность населения на данной территории, отсутствие элементарных условий санитарно-гигиенического содержания будет способствовать росту кишечных инфекций. Как показал пример наводнения в 1989 году в Приморье, заболеваемость кишечными инфекциями среди населения пострадавших районов увеличилась в 7 раз. Активизируются и очаги природно-очаговых заболеваний, особенно связанных с насекомыми-переносчиками инфекционных заболеваний и грызунами что не исключает возможности возникновения трансмиссивных инфекций (клещевой энцефалит, клещевой риккетсиоз, клещевой системный боррелиоз и др.). Грызуны могут способствовать возникновению зоонозов, таких как туляремия, лептоспироз, ГЛПС. На территории области имеются более 200 старых захоронений животных, павших от сибирской язвы. Эти скотомогильники могут явиться потенциальными факторами передачи заболеваний животных и людей сибирской язвой.

Наводнения приводят к росту числа заболевших кишечными инфекциями (брюшной тиф, дизентерия, холера и др.). Так в Московской области в июле 1997 года, из-за аварии на канализационной сети, сточные воды попали в реки Медведка и Ока. В ряде населенных пунктов (Шилкино, Ильино, Елкино) Воскресенского района, из указанных рек стали выделять культуру холеры) О139 «Бенгал». Сложилась реальная угроза распространения этой опасной инфекции в Подмоскowie. И только благодаря комплексу своевременных противоэпидемических мероприятий угрозу возникновения холеры удалось избежать.

Таким образом в зонах наводнений возможно возникновение массовых инфекционных заболеваний, что потребует от медицинских работников проведения общей и специфической профилактики указанных инфекций среди населения.

11. СТОЛБНЯК В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Чужина Е. – 5 к., Малышева О. – 5 к., Веднев А. – 5 к.

Научные руководители : доц. В.А. Гаврилов, асс. П.К. Солдаткин

Столбняк острая инфекционная зоонозная болезнь. Характеризуется наличием тонического напряжения скелетной мускулатуры и периодическими генерализованными судорогами, обусловленными поражением определенных структур ЦНС токсином возбудителя. Столбняк и сегодня продолжает уносить жизни многих тысяч людей самого цветущего возраста. По данным ВОЗ ежегодно на земном шаре умирают от столбняка не менее 50000 человек. Летальность достигает 40-45 % в самых лучших специализированных учреждениях. На территории РФ заболеваемость столбняком стойко удерживается на постоянном уровне с показателем - 0,1-0,13 на 100000 населения, а в ряде южных областей (Ростовская область, Ставропольский и Краснодарский края) превышает средние цифры в 3 – 9 раз. Хотя столбняк и считается раневой инфекцией приносящей большие санитарные потери в войсках во время войн, но и в мирное время столбняк сохраняет свою актуальность. В РФ плановая иммунизация населения начинается с 3 – х месячного возраста с последующими ревакцинациями, но случаи столбняка, несмотря на иммунизацию, встречаются. Во время прохождения практики в инфекционной

больнице Благовещенска в архивах мы нашли историю болезни амурчанки с тяжелым генерализованным столбняком. Приводим краткую выписку: Больная К., 66 лет житель села Анновка Ивановского района поступила в областную инфекционную больницу 26.09.03 с диагнозом : Столбняк, генерализованная форма, тяжелое течение. Из анамнеза известно, что 19.09.03 во время работы на земельном участке, получила травму затылочной области головы. За медицинской помощью не обращалась. С 20.09.03 больную стали беспокоить боли в горле при глотании. С 24.09.03 больная не смогла полностью открыть рот (тризм жевательной мускулатуры). Обратилась за медицинской помощью к местному фельдшеру, который направил ее в хирургическое отделение Ивановской ЦРБ. При осмотре больной хирург заподозрил столбняк и ввел больной противостолбнячную сыворотку – 3000 МЕ. По линии санитарной авиации был вызван для консультации областной инфекционист, который перевел больную в областную инфекционную больницу г. Благовещенска. При поступлении в стационар, состояние больной было оценено, как крайне тяжелое. Периодически наблюдались клонико-тонические судороги и гипертонус скелетной мускулатуры. Температура тела- 36, 9⁰ по С. Больная правильного телосложения, повышенного питания. Кожный покров чистый, бледный. Жалобы на слонотечение и невозможность полностью открыть рот, нарушение глотания твердой и жидкой пищи, мышечные боли в области шеи слева. В области затылка имеется рана, линейной формы, размером 3,0 x 0, 5 см , покрытая корочкой. Выражена ригидность мышц затылка. В легких дыхание везикулярное. Частота дыханий - 18 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены. ЧСС- 84 в 1 мин. АД- 140/80 мм рт. ст. Тонус мышц живота напряжен. Печень и селезенка неувеличены. Мочиспускание в норме. Диурез сохранен. Стула в течение суток не было. Из-за тяжести состояния и периодически наблюдаемых судорог больная была переведена в отделение интенсивной терапии и реанимации. В отделении была проведена обработка раны и в края раны введена противостолбнячная сыворотка- 3000 МЕ. В динамике заболевания 27.09.03 на фоне приступа судорог имела место остановка сердца и самостоятельного дыхания. После реанимационного вмешательства, работа сердца восстановилась, но самостоятельно дышать больная не могла. Была проведена операции трахеотомии с подключением больной к аппарату искусственного дыхания (ИВЛ). В связи с тяжестью состояния были проведены консультации терапевтом, ЛОР - врачом, невропатологом, хирургом и окулистом. С 26.09 по 29.09.03 больной проводилась серотерапия противостолбнячной сывороткой. На курс лечения больная получила – 250000 МЕ и 900 МЕ противостолбнячного человеческого иммуноглобулина. На фоне проводимой терапии состояние больной на протяжении 2- х недель оставалось стабильно тяжелым. С 02.10.03 у больной была выявлена пневмония, что сопровождалось лихорадкой и ухудшением состояния. Пневмония была подтверждена рентгенологически. Проводимые лабораторные исследования от 26.09.03 показали в гемограмме наличие нейтрофильного лейкоцитоза (НВ- 135 г/л; Эр.- 4,0 x 10¹²; Л- 9,2 x 10⁹; тромбоциты- 150 x 10⁹; СОЭ- 34 мм 1 час; п/я – 4 %; с/я – 75 %; лимф.- 18 %; М – 2 %. От 07.10.03: НВ –120 г/л; Эр. – 3,3 x 10¹²; Л- 4,0 x 10⁹; СОЭ – 20 мм 1 час В моче от 26.09- у.в. – 1020; белок –0,425 г/л; Л -в осадке- 3-4 в п.з.; геолин. цил. –3-4 в п.з.; зернистые цил.- 3-4 в п.з.; клетки почечного эпителия -1-2 в п.з. В моче от 12,10,03 – без патологии. Биохимические анализы крови от 26.09 и от 19.10.03 патологии не выявили. На ЭКГ от 10.10.03 – синусовая тахикардия (ЧСС-120). Электроось не отклонена. Нарушение процесса реполяризации миокарда в высокой боковой области. Рентгенография грудной клетки от 10.10.03- двухсторонняя полисегментарная пневмония. В динамике от 21.10- рентгенологическая картина с положительной динамикой.

В лечении больной использовались средства снижающие судорожную активность, бета-блокаторы, парентеральное питание и коррекция метаболизма, гипербарическая оксигенация и искусственная вентиляция легких, проводилась антибактериальная терапия в связи со вторичной пневмонией и серотерапия столбняка.

Больная на стационарном лечении находилась в течение 32 дней и в удовлетворительном состоянии была переведена на реабилитацию в Ивановскую ЦРБ, откуда через две недели была выписана домой в хорошем состоянии. Приведенный пример показывает наличие заболевания столбняком в мирное время из-за бытовой травмы. Случай интересен тем, что исполь-

зование интенсивной терапии и специфических средств лечения способствовали выздоровлению больной. Диспансерное наблюдение позволило через год после болезни удостовериться в полной реабилитации больн

12. ТУЛЯРЕМИЯ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Чут А. – 5 к., Сивякова Е. – 5 к. Сумченко Н. – 5 к., Чепарнюк Э. – 5 к.

Научные руководители : доц. Р.С. Матеишен, асс. А.В. Гаврилов

Туляремия - зоонозная природно-очаговая бактериальная острая инфекционная болезнь с разнообразным механизмом передачи возбудителя. Характеризуется интоксикацией, лихорадкой и поражением лимфатических узлов.

Свое название болезнь получила по наименованию местности (озеро Туляре в Калифорнии, США), где Мак-Кой в 1910 году обнаружил чумоподобное заболевание у сусликов. В 1912 году Мак-Кой вместе с микробиологом Чапиным от больных сусликов выдели микроорганизм, возбудитель туляремии и назвали его *Bacterium Tularensis*. В 1921 году Френсис предложил назвать заболевание вызываемое этими возбудителями у людей- теляремией.

На территории России в 2005 году было выявлено 881 случай туляремии(показатель заболеваемости составил 0, 53 на 100000 населения, в 2006 году этот показатель был меньше- 67 случаев(показатель-0,05). За 1 год заболеваемость среди россиян снизилась в 13,1 раза. В Амурской области заболеваемость туляремией не регистрировалась. Эпидемиология болезни связана с животными, ибо они являются основным резервуаром возбудителя в природе. По литературным данным микроорганизм выделяется у 82 видов диких позвоночных животных, а также у домашних (овцы, собаки, парнокопытные). Немаловажную роль при этом играют и мышевидные грызуны. Переносчиками инфекции являются кровососущие насекомые (клещи, комары, слепни). В организм человека возбудитель может проникать через микротравмы кожных покровов, слизистые оболочки рта, глотки, желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей. Заражение от человека человеку исключено. Различают 4 механизма заражения человека, это аспирационный, контактный, алиментарный и трансмиссивный. Люди в 100% случаев восприимчивы к туляремии. Мы во время прохождения практики на кафедре инфекционных болезней увидели больного амурчанина с бубонной формой заболевания и, что интересно, установлена связь с укусом соболя, что в доступной литературе мы не встречали. Известно, что клиническая классификация болезни зависит от механизма заражения, поэтому в клинике выделяют следующие клинические формы: бубонная, глазо-бубонная, язвенно-бубонная, ангинозно – бубонная, абдоминальная, легочная и генерализованная. Приводим краткую выписку из истории болезни: больной Б., 42 лет, житель Амурской области (Селемджинский р-н, поселок Февральск) работает ремонтником в ПЧ – 24. Поступил в областную инфекционную больницу 14.11.07 г. с жалобами на повышение температуры тела до 39,5 градусов, озноб, общую слабость болезненность и увеличение подмышечных и локтевых лимфоузлов слева. Из анамнеза известно, что 24.10.07 больной находился на охоте в тайге (проверял капканы). В одном из капканов обнаружил живого соболя и попытался освободить его. При этом соболю укусил его за дистальную фалангу III пальца левой руки. За медицинской помощью больной не обращался. Место укуса смазал настойкой йода. Через 5 дней (29.10.07) у больного появился потрясающий озноб, повысилась температура тела до 39, 5 градусов. В течение двух дней больной принимал жаропонижающие средства, но улучшения не было. Обратился в больницу пос. Февральска и был госпитализирован с диагнозом : болезнь кошачьей царапины. На стационарном лечении находился с 31.10.07 по 13.11.07. В лечении использовался доксицилин по 0,2 x 1 раз в сутки , супрастин – по 1 таблетке x 2 раза в сутки, рану обрабатывали 3% раствором перекиси водорода, во внутрь был назначен арбидол 100 мг x 4 раза в день. Состояние больного не улучшилось и он был направлен в инфекционную больницу г. Благовещенска 13.10.07. При поступлении состояние больного было расценено, как среднетяжелое. Температура- 39⁰, кожный покров бледен. Правильного телосложения, нормального питания. В области дистальной фаланги III пальца левого запястья имеется рана размером 2,0 x 0,5 см , покрытая гнойной короч-

кой Периферические лимфатические узлы увеличены справа до 3 см в диаметре, подвижны, неспаяны с подлежащей клетчаткой, локтевой лимфоузел слева пальпируется, уплотнен, болезненен, размером до 3 см в диаметре. Дыхание везикулярное. Сердце- тоны приглушены, ритмичны ЧСС- 92 в 1 мин. АД - 130/ 90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненен, печень и селезенка не увеличены, стул и диурез без особенностей. Менингеальных знаков нет. Симптом покалывания отрицателен с обеих сторон. После осмотра в приемном покое, больной был госпитализирован с диагнозом Содоку? Больному было назначено лечение и обследование. В гемограмме от 14.11.07- НВ- 138 г/л; эр.- 4. 3 x 10¹²; Л- 5,4 x 10⁹/л. п-4% с-я- 65 % лимф.-29 % СОЭ- 50 мм час. Биохимический анализ крови от 19.11.07 –без особенностей. Общий анализ мочи без особенностей. Серологическая РА на туляремию положительна в разведении 1: 800. Было проведено обоснование диагноза и выставлен диагноз Туляремия, локализованная кожно- бубонная форма. Больному было проведено лечение антибиотиками. В результате проведенного лечения больной выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового врача по месту жительства.

Приведенный случай заболевания туляремией в Амурской области, интересен тем, что источником заражения явился соболь. Обычно в литературе указываются мышевидные грызуны, как и при чуме. В связи с поражением лимфатических узлов (бубоны) туляремию следует дифференцировать с чумой..

13. ЭХИНОКОККОЗ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Шиловской В. – 5к., Шиловская В. – 5 к.

Научные руководители : проф. В.А. Фигурнов, асс. А В . Гаврилов

Эхинококкоз- хронически протекающий биогельминтоз из группы цестодозов с паразитированием личиночной стадии гельминта в организме человека и локализацией в различных органах (печень, почки, легкие, мозг).Частота локализации гельминта различна. Так, в легких гельминт локализуется у 20 % людей, в печени – от 50 до 80 %. Другие локализации встречаются реже. Заражение человека происходит при контакте со шкурами животных, травой и ягодами осеменными онкосферами паразита при выпасе зараженных животных. В некоторых случаях человек может заразиться от домашних животных (собаки, овцы). В архивных материал больницы мы нашли историю болезни больной Г., 42 лет, у которой был выявлен генерализованный эхинококкоз с редким сочетанием поражения многих органов. Больная поступила в инфекционную больницу Благовещенска в феврале 2003 года с жалобами на слабость, одышку, продуктивный кашель с обильной мокротой содержащей прожилки крови, плохой аппетит, тошноту, горечь и сухость во рту, потерю веса (10 кг за 6 месяцев), постоянные ноющие боли в животе, неустойчивый стул. И анамнеза было известно, что с 1994, после операции холецистэктомии по поводу желчно-каменной болезни, больную постоянно беспокоят ноющие боли, чувство тяжести и распираения в правом подреберье. В июне 1994 года при проведении УЗИ внутренних органов, в печени была выявлена киста размером 2,0 x 3,0 см. В ноябре 1995 года при повторном проведении УЗИ, в области правой доли печени обнаружено многокамерное образование размером 7,0 x 5,0 см. При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки в июле 1995 года патологии выявлено не было. С июня 1997 года у больной появилась сухой кашель, боль в грудной клетке и повысилась температура до 38 градусов. За медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно, принимая таблетки ампициллина и аспирина. Заметного улучшения не почувствовала. Кашель усилился, появилась обильная мокрота с примесью крови. В августе 1998 года при рентгенологическом обследовании в легких были обнаружены множественные кистозные образования округлой формы, различных размеров. Была консультирована онкологом. При проведении ИФА на присутствие глистных инвазий - выявлены высокие титры антител к эхинококку. В периферической крови – эозинофилия -до 30 %. В декабре 1998 года при проведении компьютерной томографии были обнаружены изменения во многих органах. Так, в правой доле печени обнаружена многокамерная

киста размером 6,0 x 7,0 см с обызвествлением, аналогичные образования были выявлены в других отделах печени размером от 1,5 до 4, 5 см в диаметре, в паренхиме поджелудочной железы имело место полостное образование до 3 см в диаметре. Правая почка опущена на 5 см, в верхних полюсах выявлена киста диаметром 1, 5 см. В обеих легких на томограммах выявлены множественные округлые кистозные образования от 1,0 до 5,0 см в диаметре. После обследования был установлен диагноз генерализованного эхинококкоза. Проведена консультация торокохирурга, который счел случай неоперабельным. В декабре 1998 года была проведена бронхоскопия. В препаратах трахеобронхиального лаважа на фоне слизи и прожилков крови имеются сколексы и обрывки хитиновой оболочки эхинококка. В связи с неоперабельностью и массивным поражением органов и систем эхинококкозом в январе 1999 года была проведена дегельминтизация вермоксом без эффекта (на курс больная получила 4 г препарата). После дегельминтизации сохранялся сухой кашель и субфебрилитет. В феврале 1999 году больной на фоне высокой температуры была диагностирована вторичная пневмония, в лечении которой использовались гентомицин и цефалотоксим. После лечения состояние улучшилось и больная была выписана домой. С января 2003 года отметила значительное ухудшение самочувствия : усилился кашель, появилась отдышка, слабость, появились отеки на нижних конечностях, асцит и потеря веса (потеряла 10 кг). Была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение областной больницы, где больной проводилось обследование и лечение. Получала симптоматическую и патогенетическую терапию, на фоне которой состояние не улучшилось. С 25 .02.03 по 20.03.03 проходила обследование и лечение в инфекционной больнице г. Благовещенска. Был установлен диагноз генерализованного эхинококкоза. В лечении больной использовалась комплексная инфузионная терапия (в объеме 1,5- 2,0 л с препаратами калия), рибоксин, витамины группы В и С, эуфиллин, бронхолитики, гепатопротекторы, мочегонные, ферменты, энтеросорбенты, десенсибилизирующую и противовоспалительную терапию. С целью дегельминтизации больной был проведен специальный курс лечения вермоксом по 400 мг в сутки в течение 15 дней (6 г на курс). После проведенного лечения была отмечена положительная динамика (уменьшились отеки, исчезли явления асцита, восстановился диурез, уменьшились боли в животе и грудной клетке, нормализовалось дыхание, уменьшился кашель, восстановились сон и аппетит. Больная была выписана с улучшением под наблюдение участкового врача с рекомендацией повторного обследования и проведения очередного курса дегельминтизации спустя 6 месяцев.

До сих пор считалось , что в лечении эхинококкоза показано только оперативное вмешательство хирурга по удалению эхинококка. Указанные в литературе сведения о положительном влиянии на дегельминтизацию препарата вермокса оправдались. С учетом генерализации процесса и невозможности проведения оперативного лечения (множественные кисты в легких, печени, почках) у данной больной, как показал опыт клиники инфекционных болезней, дегельминтация эхинококкоза вермоксом была вполне обоснованной.

14. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2002-2007 г.г.

Исполнитель: ст.6 к. Прищепа И.

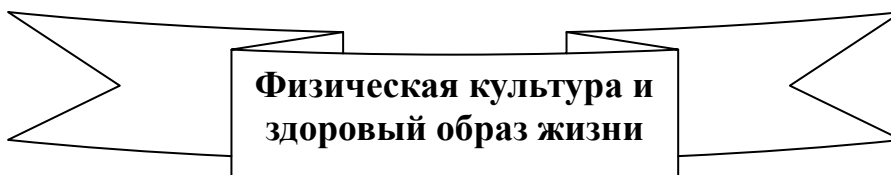
Научный руководитель: к.м.н., доц. Н.Е.Мельниченко

Инфекции, передаваемые половым путем представляют важную проблему для здравоохранения. Основным фактором, ответственным за столь выраженный рост частоты ИППП в последние годы являются глобальные социально-экономические изменения, такие как резкое падение материального уровня и экономическое расслоение общества, рост безработицы, отсутствие социальной защиты для пожилых и гарантий для молодежи привели к значительному изменению духовных и поведенческих стереотипов, что послужило мощным рычагом ускорения эпидемического процесса: формирование значительных по численности новых групп риска (проститутки и их клиенты, в том числе малолетние дети, бездомные, мигранты, безнадзорные дети,); невиданно быстрое и широкое распространение наркомании, алкоголизма, особен-

но среди молодежи, подростков и детей; рост преступности; рост числа случаев сексуального насилия в отношении детей и подростков; ослабление защитной и воспитательной функции родительской семьи в отношении детей вследствие ее усилившейся деградации; изменение норм сексуального поведения в сторону значительной большей сексуальной свободы, но без необходимой ответственности в сфере сексуальных отношений при недостаточном использовании мер индивидуальной профилактики ИППП.

К инфекциям, передающимся половым путем относят венерические заболевания, такие как сифилис, гонорея, а также те инфекции, которые представляют важную проблему для здоровья населения, влияют на репродуктивную функцию, имеют большое количество осложнений для здоровья человека: трихомониаз, хламидиоз, остроконечные кондиломы, герпетическая инфекция и т.д.

За последние 5 лет отмечается снижение заболеваемости сифилисом как по Российской Федерации, Дальневосточному Федеральному округу, так и по Амурской области, однако показатели заболеваемости в Амурской области остаются высокими и превышают общероссийские показатели за 2006 год в 2,5 раза (161,7 в АО против 65,2 по РФ), ДФО – в 1,6 раза интенсивный показатель 100,9 на 100 тыс. населения), в 2007 году составили 156,6 на 100 тыс. населения (уменьшение на 4%). Наибольшее число заболевших было в группе 20-29 лет (от 44,1 до 47,7%). В группе 15-19 лет этот показатель за 2002-2006 г.г. составил 10,5 – 16%. По социальному составу наибольшее число заболевших было в группе неработающих (от 50 до 57,1%). На втором месте – учащиеся, в т.числе – Вузов, техникумов и СПТУ. Показатель заболеваемости ранним нейросифилисом в 2006 г. составил 1,7 на 100.000 населения, превышает общероссийские показатели в 17 раз и показатели ДФО в 8,5 раз. Заболеваемость детей сифилисом уменьшилась с 2004 года в 1,9 раза, однако в 2006 г. превышает общероссийские показатели в 2,6 раза, а показатели ДФО – в 1,5 раза. (слайд). В 2007 г. интенсивный показатель заболеваемости детей сифилисом составил 11,1 на 100 тыс населения. Показатели заболеваемости детей при бытовом пути заражения – от 41,7 в 2002 г. до 70,6% в 2005 г., в 2006 г – 58,8%. Заболеваемость подростками сифилисом за последние 5 лет снижается, в 2006 г. составляет 111,9 на 100.000 населения, но превышает показатели РФ и ДФО соответственно в 2,2 и 1,2 раза. Заболеваемость врожденным сифилисом на протяжении последних лет остается прежней (2,6 на 100.000 населения), выше показателей РФ в 1,7 раза, но ниже, чем показатели ДФО в 1,1 раза., в 2007 г. зарегистрировано 2 случая врожденного сифилиса. Несмотря на проводимые мероприятия, направленные на снижение заболеваемости ИППП заболеваемость сифилисом остается высокой в Амурской области.



Научный руководитель: доц. Ф.С.Миронов
Председатель: Нахапетян В. – 3к.
Секретарь: Каниюшкин Н. – 6к.

1. ПРЕДСОРЕВНОВАТЕЛЬНЫЙ ЭТАП В ПОДГОТОВКЕ ПАУЭРЛИФТЕРА К ОСНОВНЫМ СОРЕВНОВАНИЯМ.

Рубцов Д.И. – 2 к.

Научный руководитель: доцент Ф.С. Миронов.

Готовясь к основным соревнованиям, спортсмен и тренер индивидуально составляют план тренировочных нагрузок. Учитывая физическое, психологическое, эмоциональное состояние спортсмена, а также его занятость в учебном процессе.

Функциональные возможности организма не могут долгое время находиться на предельно высоком физическом уровне. Спортивные результаты атлета при неправильном тренировочном процессе могут длительное время медленно повышаться, или оставаться на одном уровне это не способствует психологическому состоянию спортсмена. Для того, чтобы подойти к основным соревнованиям, необходимо за 7-6 недель составить тренировочный план предсоревновательного этапа. Отчет недель ведется в обратном порядке от дня соревнований. На седьмую, шестую недели планируется по пять тренировок, 12-16 подъемов, вес штанги 90% и выше. На пятую, четвертую недели планируется по четыре тренировки с прикидками всех соревновательных упражнений. На третью – три занятия с шестью подъемами 90% весов (по два на каждое соревновательное упражнение). На вторую неделю по две тренировки – шесть подъемов 85 процентных весов. На первой соревновательной недели достаточно сделать шесть подъемов 75 – процентных весов. Последняя тренировка перед соревнованиями проводится за один день и больше напоминает разминку. На пик спортивной формулы выводим спортсмена на четвертой, третьей неделе. В отставший период времени происходит сверхвосстановление, которому способствует уменьшение нагрузок по всем параметрам тоннажу и интенсивности. Чтобы психологически спортсмен был готов на соревнованиях поднимать 100- процентный вес и выше, на одной из тренировок, ближе к соревнованиям, предлагаем сделать по одному подходу с максимальным весом в каждом соревновательном упражнении. Настраиваем спортсмена не на победу над конкретным соперником, а именно на повышение собственных результатов.

2. СТАРТОВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ УПРАЖНЕНИЯ «СТАНОВАЯ ТЯГА» В ПАУЭРЛИФТИНГЕ.

Каниюшкин Н.В. – 6 к. кандидат мастера спорта РФ.

Научный руководитель: доцент Ф.С. Миронов.

Становая тяга, это третье заключительное упражнение в соревнованиях по пауэрлифтингу (силовому троеборью). Пауэрлифтеры выполняя в соревнованиях данное упражнение, придерживаются как правило двух стилей.

Стопы ставятся на помосте достаточно широко, на ширине локтей вытянутых в сторону рук. Узкая постановка стоп на ширине плеч.

Гриф штанги захватывают руками разносторонним хватом. Данный хват исключает вращение

грифа при удержании штанги и способствует подъему сверх максимальной штанги, превышающий вес спортсмена в 3-4 раза. При принятии стартового положения, уделяется большое внимание психологической настройке на предстоящее выполнение сверхтяжелой работы.

Основная задача спортсмена в этой фазе – правильно расположить рычаги своего тела. общий центр массы проходит через середину стопы, точку, делящую расстояние между 1 плюснефаланговым суставом и пяточной костью каждой стопы пополам. Это способствует сохранению равновесия в передне – заднем направлении во время подъема штанги. Далее вышележащих сегментов тела передается на таранную кость и раскладывается на две силы: 1-ая сила действующая на плюснефаланговые суставы и 2-ая сила действующая на бугор пяточной кости. Сила 1-ая, в свою очередь, тоже раскладывается на две составляющие силы: 3-ая действующая вперед, 4-ая действующая вниз; и соответственно сила 2-ая раскладывается на силы: 5-ая действующая назад, 6-ая действующая вниз. Причем 3-ая и 5-ая противоположно направленные, они стремятся растянуть стопы вдоль линии 1-2 (линия визуально проведенная между 1 плюснефаланговым суставом и пяточной костью). Их уравнивает сила натяжения длинной подошвенной связки. Таков в упрощенном виде механизм уплощения стопы в процессе подъема отягощения. Нормальная стопа имеет две опорные площадки – области плюснефаланговых суставов и бугра пяточной кости. Силы, действующие вниз, (5-ая и 6-ая) вызывают деформацию барорецепторов кожи подошвы стоп в опорных областях прямо пропорционально своей величине, а те, в свою очередь, посылают информацию о своей деформации в центральную нервную систему. Складываясь с афферентными импульсами, поступающими от напряженных мышц и сухожилий, они формируют картину состояния равновесия тела в передне-заднем направлении в каждый момент времени. Надо сказать, что устойчивость статического состояния на одной и двух ногах достаточно полно. В частности, доказано, что проекция ОЦМ на горизонталь расположена на 45,5(+ 0,8 мм) впереди от линии голеностопных суставов, т.е. как раз в точке, делящей расстояние между 1 плюснефаланговым суставом и пяточной костью пополам. В любой момент времени проекция ОЦМ должна проходить через точку устойчивого равновесия, в противном случае рефлекторно возникают дополнительные мышечные напряжения, направленные на возврат в равновесное положение, конечно же, совершенно ненужные с точки зрения рациональной спортивной техники. Субъективно это ощущается таким образом, будто штанга значительно «потяжелела», и иногда даже невозможно в силу этого продолжать движение. Поэтому, когда вы не можете поднять какой – либо вес, прежде всего постарайтесь детально проанализировать свое движение, ведь вполне возможно, что это происходит отнюдь не из-за недостатка силы, а из-за неправильного выполнения движения, когда в один из моментов начинает теряться равновесие – ОЦМ смещается впереди или назад, что вызывает значительное затруднение в дальнейшем подъеме (1,2,3). Плечи на старте выводятся немного вперед за линию грифа, локтевые суставы располагаются при этом строго над грифом штанги. Удерживается такое положение рук посредством напряжения бицепсов и широчайших мышц спины.

Тазобедренные суставы должны располагаться также как можно более близко к грифу. Чтобы этого достичь, стопы ставятся широко, а колени максимально разворачиваются наружу, при этом таз подается вперед, голова поднимается. Взгляд устремлен вперед – вверх. В таком положении и плечи, и таз оказываются максимально приближены к линии грифа штанги. Такое стартовое положение наиболее эффективно для выполнения лифтерской тяги с точки зрения сохранения равновесия. Отрыв штанги от помоста, это начальная фаза выполнения упражнения. Основная задача атлета – развить соответствующие усилия для отрыва штанги от помоста не нарушив равновесия в передне - заднем направлении. Прямолинейность подъема штанги в вертикальной траектории выполняется неукоснительно. Спина прямая, голова приподнята, взгляд направлен прямо - вверх. Штанга движется ближе к туловищу (разрешается «скольжение» по передней поверхности бедер). Первыми включаются в работу ноги, спина на всем протяжении выполнения упражнения прямая. При выполнении становой тяги, быстро штангу не следует поднимать. В заключении части тяги лопатки сводятся назад – внутрь, а плечи опускаются. Фиксация удержания штанги в руках при полном выпрямлении ноги туловища.

3. ГИПОДИНАМИЯ И ЕЕ ПАГУБНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА.

Бондарчук Е.Ю. – 2 к.

Научный руководитель: доцент Ф.С. Миронов.

Около 75% школьников и студентов подвержены гиподинамии из-за теоретических нагрузок в учебной программе.

Гиподинамия – это понижение мышечных усилий, когда движения осуществляются но при крайне малых нагрузках на мышечный аппарат. Вследствие уменьшения физической нагрузки, первой реагирует костно – мышечная система, которая влечет понижение в работе сердечно – сосудистой и дыхательной системе. Длительный, по продолжительности период гиподинамии, сопровождается нарушением минерального и белкового обмена. Это приводит к остеопорозу и снижению прочности костной ткани. Дыхание при недостаточной двигательной активности характеризуется уменьшением ЖЕЛ, глубины дыхания, минутного объема дыхания и максимальной легочной вентиляции. Увеличивается кислородный запрос и кислородный долг при работе. Возникает атрофия сердечной мышцы, ухудшается питание миокарда. Уменьшение объема сердца приводит к меньшим величинам сердечного выброса (уменьшается систологический и минутный объем крови). Повышается частота сердечных сокращений как в покое, так и при физических нагрузках. Для нормального функционирования молодого организма необходимо в сутки преодолевать от 17 тысяч шагов и выше. нами был проведен эксперимент по двигательной активности среди второкурсников, в количестве 10 человек. До экзаменационной сессии измеряли шагомером количество сделанных шагов в сутки. Путем измерения длины шага, определяли пройденное расстояние. Цифры колебались от 8756 шагов у девушек, до 11167 шагов у юношей. Пройденное расстояние составило в метрах от 5166 до 11000. В период зимней экзаменационной сессии, объем двигательной активности сократился в среднем на 30 %. В большей степени он произошел у студентов проживающих в общежитиях. Малоподвижный период длится около месяца. Измеряя ЖЕЛ в третьей декаде декабря, юноши второкурсники в количестве 11 человек показали таковы результаты 3990+-0,556, в конце января по окончании сессии 3.896+-0,540. Идентичные показатели были и у девушек, произошло снижение ЖЕЛ. Измеряли артериальное давление у студентов до захода на экзамен у 10 человек. У этого же контингента замер производился во время подготовки по билету и после сдачи экзамена. Реакция сердечно – сосудистой системы сугубо индивидуальная. У основной массы студентов повышалось систолическое давление от 10 до 20 мм. ртутного столба. Диастолическое состояние оставалось на прежнем уровне или понижалось. И через час после экзамена проходило общее снижение. До сдачи экзамена среднее значение 132/78+- 20/10 во время подготовки 135/77+- «4/11 в восстановительном периоде 127/74+- 20/80. Занятия физическими упражнениями играют значительную роль в работоспособности человека, в преодолении гиподинамии. Ни одно лекарство не поможет так, как последовательные и систематические занятия физкультурой.

4. МЫШЦЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ В УПРАЖНЕНИИ "ПРИСЕДАНИЕ СО ШТАНГОЙ НА ПЛЕЧАХ'

Конькова Д. - 3 курс, студентка,

Нахапетян В - 3 курс, студент.

Научный руководитель - доцент Ф.С. Миронов.

Во время медленного сгибания коленей и приседания до того момента, как бедра достигнут горизонтального положения, наибольшая нагрузка приходится на большую ягодичную мышцу, которая не дает сгибаться туловищу вперед. Четырехглавая мышца бедра, являясь разгибателем голени в коленном суставе, она препятствует резкому сгибанию конечности в коленном суставе под действием силы тяжести. Эта мышца фиксирует бедро в горизонтальном положении (классическое приседание). При широко расставленных ногах основ-

ная нагрузка приходится еще и на медиальные мышцы бедра (гребенчатая мышца, длинная приводящая мышца, короткая приводящая мышца, большая приводящая мышца, стройная мышца). Но если ноги сдвинуты вместе, то основная нагрузка приходится еще и на мышцы, супинирующие и отводящие бедро (среднюю и малую ягодичные мышцы, напрягатель широкой фасции, грушевидную мышцу, портняжную мышцу). В негативную фазу движения при глубоких приседаниях основная нагрузка приходится на большую ягодичную мышцу, четырехглавую мышцу бедра, трехглавую мышцу голени (в сочетании с другими мышцами задней группы голени). Во время разгибания ног до того момента, как бедро примет горизонтальное положение, и выпрямления туловища подключаются трехглавая мышца голени (сгибатель в коленном суставе), полусухожильная, полуперепончатая, двуглавая, подколенная мышцы задней группы бедра (сгибатели голени в коленном суставе). При возвращении в исходное положение - полусухожильная, полуперепончатая, двуглавая, подколенная мышцы задней группы бедра (сгибатели голени в коленном суставе), подвздошно-поясничная и малая поясничная мышцы (сгибатели в тазобедренном суставе). Мышцы брюшного пресса (прямая, пирамидная, наружная и внутренняя косые, поперечная мышцы) преимущественно напряжены во время движения вверх. Аутохтонные мышцы спины (медиальный и латеральный тракт) разгибают позвоночник, преимущественно напряжены при движении вниз.

5. НЕВРОТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У СПОРТСМЕНОВ.

Пендюрова Е.Л. – 2 курс.

Научный руководитель: Гордеева Н.В.

Возросший за последние годы интерес к проблемам психологической подготовки человека к деятельности в экстремальных условиях, обусловил повышенное внимание к психическому состоянию спортсменов. На основании опыта работы со спортсменами высокой квалификации психотерапевтами разработана система эмоционально-волевой подготовки, предусматривающая применение приемов ауто- и гетеропсихического воздействия.

Невротические реакции у спортсменов в условиях напряженных соревнований чаще всего не должны рассматриваться как проявления стойкой патологии. Тем не менее, психопрофилактика и психотерапия невротических реакций представляется весьма серьезной проблемой из-за резко отрицательного их влияния на спортивный результат. Внезапно возникшая в соревновательный момент невротическая реакция может свести на нет многолетний труд спортсмена.

Психогенная анорексия. В дни ответственных соревнований у спортсменов пропадает аппетит. Вид, запах пищи становятся неприятными. Психогенную анорексию устраняют при успокоении спортсмена, при внушении ему уверенности.

Психогенные тошнота и рвота. В некоторых случаях у спортсменов в дни соревнований наряду с появлением отвращения к пище возникает тошнота, переходящая в рвоту. Обычно с утра в день соревнований начинается поташнивание, пропадает аппетит, спортсмену неприятно смотреть на пищу. Тошнота усиливается при попытках принять пищу. Приступы рвоты иногда провоцируются движениями головы. Для устранения таких состояний проводится несколько гипнотических сеансов.

Нарушения сна. Спортсменов могут беспокоить и вызывать бессонницу мысли о недостаточной их подготовленности к соревнованиям, переживания высокой ответственности, предположения о ходе предстоящих соревнований. Диссомнии могут проявляться в задержках наступления сна, ранних пробуждениях, поверхностном чутком сне, не приносящем ощущения отдыха. Спортсмены весьма болезненно реагируют на нарушения сна. Они озабочены тем, что будут выступать на соревнованиях утомленными. У некоторых возникают головные боли. При лечении диссомний не следует сразу же назначать снотворные средства. Следует стараться устранить нарушения сна, применяя преимущественно психотерапевтические и другие не медикаментозные средства (ванны, массаж и др.).

Нозофобии. У спортсменов перед соревнованиями происходит психологическая переработка беспокоящих их неприятных ощущений, под влиянием которой могут формироваться различные нозо-

фобии. Среди них чаще встречаются кардиофобии. Перед ответственными соревнованиями у спортсменов обязательно исследуется сердечно-сосудистая система (пульс, артериальное давление, электрокардиограмма). В силу этого внимание спортсменов неизбежно привлекается к состоянию своей сердечно-сосудистой системы. Они стараются узнать мнение врачей-специалистов, их исследующих. Бывает так, что врачи сообщают свое мнение тренеру, а от него спортсмен узнает о нарушениях сердечной деятельности. Он начинает прислушиваться к различным ощущениям в области сердца, его беспокоят возможные осложнения. При психопрофилактике кардиофобий спортсменов убеждают в беспочвенности их опасений, приводят данные объективного исследования.

Предстартовые реакции. Спортсмены в таком состоянии становятся суетливыми, рассеянными, у них появляются вегетативно-сосудистые нарушения (тахикардия, потливость, дисфункция желудочно-кишечного тракта, расстройства сна). Если у спортсмена в день соревнований наблюдается такая реакция, то психотерапевт должен провести гетеросуггестию за 4—6 ч до старта. Еще одной формой невротической реакции спортсменов может быть названа предстартовая апатия. Спортсмен отличается подавленностью, вялостью, говорит о нежелании участвовать в соревнованиях. Такая форма реакций наблюдается довольно редко. Если же она имеет место, то применяют гипносуггестивную психотерапию, на несколько минут погружив спортсмена в гипнотический сон, и внушив ему вначале состояние спокойствия и уверенности, а затем перейти к суггестии мобилизации.

Работа по **профилактике невротических реакций** должна начинаться с изучения личности спортсмена. При этом особое внимание следует обратить на состояние психической готовности спортсменов к соревнованиям. Легче предупредить у спортсмена развитие невротической реакции, чем избавиться от нее.

6. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СПОРТ ЗА И ПРОТИВ

Кошелева Т. – 3 курс

Научный руководитель ст. преподаватель А.Л. Куклашов.

То, что мы называем "современным спортом", приобрело знакомые нам формы па рубеже XIX-XX веков.

С первых шагов развития современного спорта в нем возникают и разделяются так называемый "спорт джентльменов", из которого вырос любительский спорт, и спорт профессиональный, представленный изначально в цирке и на ярмарках. Названий профессиональному спорту много: но и большой спорт, и спорт высших достижений, международный, олимпийский, элитный, но суть, и цель его одна – рекорд и победа одной ценой.

Массовый спорт: школьный, студенческий, рабочий, армейский отодвинут на второй план. Считается, что элитный спорт служит престижу государства, укреплению мира, и даже развитию массового спорта (что весьма сомнительно). Об укреплении здоровья спортсменов говорить не приходится, многократно публиковались в печати данные, что около 80% спортсменов-профессионалов — больные люди.

Тем не менее, среди работников по физической культуре и спорту, тренерского состава уже много лет спорт высших достижений имеет приоритет перед массовым спортом. Любими путями работники спорта рвутся в сферу элитного спорта.

На самом же деле, сейчас уже нет сомнений в том, что большой спорт не в коем разе не способствует оздоровлению населения и во многом даже вреден здоровью.

Обобщенные материалы о состоянии заболеваемости спортсменов представителей всех видов спорта показывают, что на первом месте по частоте распространения стоят хронические воспалительные и дегенеративные изменения опорно-двигательного аппарата, являющиеся следствием перенесенных и недостаточно излеченных травм, повторных микротравм и физических перегрузок.

Для предупреждения спортивных травм осуществляется комплекс мер: правильная методика тренировки, обеспечение хорошего состояния мест занятий, инвентаря, одежды,

обуви, применение защитных приспособлений, регулярный врачебный контроль. Кроме физических перегрузок, профессиональный спортсмен постоянно испытывает психо-эмоциональное напряжение. Во время выступления на соревнованиях его участники неизбежно находятся в состоянии нервного возбуждения, в крови растет уровень адреналина, все внутренние системы организма находятся на пределе. На сегодняшний день нет нужды, да и возможности для отказа от большого спорта, т.к. он давно стал атрибутом нашей жизни, ее неотъемлемой частью, но не стоит забывать об одной из главных целей цивилизованного общества – сохранении здоровья и благополучия каждого человека и социума в целом. Это значит, что во всем должен присутствовать принцип благоразумия, который не позволит нам отказаться от оздоравливающего действия массового спорта и занятий физкультурой, от того, что дает возможность правильно развиваться и обрести гармонию души и тела.

7. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА

Верещагина Н, 2 к.

Руководитель: асс. Узлов Ю.Л.

Спорт и физическая культура – области человеческой деятельности, где теория и практика, наука и искусство тесно переплетаются, что их разобщение при анализе часто приводит к досадным недоразумениям. Одностороннее рассмотрение сложного явления всегда ошибочно. Психопедагогика – это комплекс методов психологического воздействия на человека, используемый для решения практических задач педагогической науки.

Спорту нужен психолог, который может, длительно находясь на сборах, сжиться со спортсменами, организуя коллектив и настроение в нем; воспитывая значимые для спорта свойства личности, создавать нужные психические состояния; ненавязчиво проводить со спортсменами беседы о тренировках и соревнованиях (а так же об учебе, работе, любви, музыке или кино), улаживать конфликты, организовывать отдых спортсменов и многое другое.

Спортивная психология состоит из ряда разделов, или отраслей, позволяющих анализировать поведение человека. В самом общем и упрощенном виде спортивный результат складывается из трех составляющих: мышечной подготовки, функциональной подготовки и совершенствования механизмов нервно-психической регуляции двигательной деятельностью и поведением человека.

В современном, вечно меняющемся, динамичном обществе человек не может обойтись без движения. Однако, какого качества будет это движение – это уже другой вопрос.

При мышечной деятельности силового характера основные мышцы, участвующие в работе, развивают максимальное или почти максимальное напряжение в статическом или динамическом режиме, при малой скорости движений в условиях большого внешнего сопротивления.

Во время тренировочных занятий или соревнований в изменениях функционального состояния организма человека выделяют три периода: предстартовый, основной и восстановительный

В зависимости от характера изменений физиологических функций и эмоционального статуса спортсмена выделяют три вида предстартовых состояний:

Первый – характеризуется умеренным эмоциональным возбуждением и обеспечивает высокий спортивный результат

Второй – характерно повышенной возбуждение ЦНС, под влиянием которого работоспособность может, как увеличиваться, так и уменьшаться

Третий – отличается преобладанием тормозных процессов, приводящих, как правило, к снижению спортивного результата.

Разминка – комплекс специальных упражнений, выполняемый перед тренировкой или соревнованием и способствующий ускорению процесса вработывания, повышению работоспособности. Физиологические эффекты разминки разнообразны. Она повышает возбудимость и активность сенсорных, моторных и вегетативных центров, усиливает деятельность

эндокринных желез, создавая тем самым условия для более эффективной регуляции вегетативных и моторных функций при последующей работе. Постепенное увеличение работоспособности человека в начале выполнения спортивных упражнений называется выработыванием. В это время происходит перестройка нейрогуморальных механизмов регуляции движений и вегетативных функций на новый, более напряженный режим деятельности у улучшение координации движений.

После окончания периода выработывания при длительной аэробной работе возникает устойчивое состояние, на протяжении которого работоспособность и показатели физиологических функций, обеспечивающих транспорт кислорода, меняются незначительно.

Утомление – функциональное состояние человека, временно возникающее под влиянием продолжительной или интенсивной работы и приводящее к снижению ее эффективности.

Формирование двигательного навыка при занятиях спортом проходит через несколько стадий:

1. Объединение отдельных элементов движения в целостное действие, характеризуется иррадиацией возбуждения в моторной зоне коры с генерализацией ответных двигательных реакций и вовлечением в работу «лишних мышц»

2. Благодаря постепенной концентрации возбуждения, происходит улучшение координации движений, усиление стереотипности двигательных актов.

3. Навык закрепляется, стабилизируется, достигается высокая степень координации и стереотипность движений.

Пытаясь осветить биолого-физиологические и психолого-педагогические аспекты физической культуры и спорта, был сделан вывод о том, что спорт – это не просто однокорое слово, это совокупность множества моментов как биологического и соматического характера, так и эмоционально-волевого и духовно-чувственного.

8. ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В СЕМЬЕ.

Макешина К. – 2 к.

Научный рук. – Лыткина Н.В.

Наши дети постоянно окружены заботой и любовью родителей. И это очень верно – ведь у детей есть право на счастливое детство. Родительская самоотверженная любовь не знает границ, но часто она бывает не разумной.

Стремясь предоставить максимум благ и удовольствий, некоторые родители окружают ребёнка чрезмерной роскошью, балуют его и тем самым создают множество трудностей как для себя, так и для него самого – в школе, а позже и в самостоятельной жизни. Воспитание ребёнка в семье является важнейшим звеном в подготовке ребёнка к школе и к жизни в коллективе и предъявляет к родительской заботе и любви особые требования.

Не всегда легко понять поведение и определить, какие средства в данную минуту будут наиболее уместны для того, чтобы своевременно заложить в нём необходимый фундамент физического и духовного развития.

Необходимо серьёзно задуматься о развивающейся личности каждого ребёнка, чтобы действия родителей были необходимыми и своевременными.

Последнее время много внимания уделяется вопросам воспитания детей в семье: книги, статьи в газетах и журналах, лектории, кино, радио и телевидение дают родителям советы, приказывают, информируют и предостерегают, как сделать воспитание ребёнка более радостным с помощью движений. Доказано, что подвижные игры физически упражнения оказывают значительное влияние на нормальный рост и развитие

ребёнка, на развитие всех органов и тканей, а если эти занятия проводятся на свежем воздухе – то и закаляют организм. Правильно проводимые физические упражнения способствуют развитию таких положительных качеств, как самостоятельность, находчивость и самообладание, внимание и умение сосредотачиваться, находчивость и мужество, выносливость и др. Для здоровья ребёнка очень важно, когда он научится определённым двигательным действиям, как будет их выполнять и сможет ли он правильно использовать их в игре или в повесе-

дневной жизни.

Своевременное развитие основных двигательных навыков почти так же важно, как и своевременное интеллектуальное развитие ребёнка например, развитие речи.

9. ВОЗМОЖНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТЕСТА « ИСТОКИ ЗДОРОВЬЯ» В ОЦЕНКЕ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОЗДОРАВЛЯЮЩИХСЯ

Быкодарова О. Ю. студентка – 6 курс

Научный руководитель – к.м.н., асс. Ларина В.С.

Сегодня современные мужчины и женщины ходят на всевозможные тренировки и занятия, нанимают частных тренеров, занимаются йогой, шейпингом, аэробикой или даже бодибилдингом, покупают клубную карту в самый лучший бассейн или тренажерный зал. Иными словами, следят за своим здоровьем, красотой и общим состоянием тела. Особое место занимает фитнес и занятия на тренажерах. Благодаря многообразию, любой желающий имеет возможность подобрать для себя такую программу, которая подходит именно ему. Но прежде, чем приступить к тренировкам, необходимо пройти фитнес-диагностику, которая помогает определить и подобрать программу тренировок.

Целью нашего исследования явилось изучение состояния здоровья населения г. Благовещенска, занимающихся в спортивном клубе. Исследование проводилось на специализированной программе «Истоки здоровья», где оценивались уровень физического здоровья и психоэмоциональный статус каждого клиента. Обследовано 84 человека, из них 18 мужчин и 66 женщин. Средний возраст $35,4 \pm 1,2$ года. У 7 (8%) человек уровень физического состояния был средним, у 53 (63%) – ниже среднего и у 24 (29%) – низкий. ЖЕЛ в среднем составляла $2,9 \pm 0,56$ л., динамометрия $19 \pm 1,3$ кг. Средний рост $168,3 \pm 4,7$ см., масса тела $77,2 \pm 3,4$ кг. В ходе тренировок через два месяца отмечалась положительная динамика всех показателей: ЖЕЛ увеличилась на 18%, динамометрия на 7%, масса тела у женщин снизилась на 15,1%. В динамике уровень физического здоровья у 5 человек стал выше среднего, у 58 – средний, у 10 – ниже среднего.

Таким образом, занятия фитнесом и на тренажерах повышают физические и адаптационные возможности оздоравливающихся и рекомендуются использовать для поддержания здорового эмоционального и физического состояния человека.

10. ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИКИ КЭБОТ В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНЫМ ПЕРИАРТРИТОМ

Калайтанов В. В. – 6 курс

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

В настоящее время существует большое количество методик лечебной гимнастики для борьбы с плечелопаточным периартритом, хотелось бы отметить, что наиболее перспективной на наш взгляд является методика Кэбот.

Данная методика в отличие от аналитической лечебной гимнастики предусматривает отказ от постепенного возрастания физических нагрузок. Максимальное сопротивление предлагается с самого начала лечения, полностью исключена аналитическая работа с пораженной мышцей. Вместо изолированного движения пораженной мышце предлагается комплексное движение, охватывающее одновременно и последовательно многие мышечные группы. Один из факторов, облегчающих сокращение мышцы, является предварительное ее растяжение. Двигательные схемы в данной методике лечебной гимнастики включают три типа движений: а) сгибание и разгибание; б) приведение и отведение; в) внутреннее и наружное вращение. Комбинация этих движений осуществляется в двух диагональных плоскостях.

Учитывая особенности методики Кэбот, на базе неврологического отделения городской клинической больницы апробирована данная методика в комплексном лечении синдрома плечелопаточного периаартрита, обусловленного шейным остеохондрозом. Ранее на базе городской клинической больницы этот вид лечебной гимнастики не применялся.

Под наблюдением находилось 29 больных, средний возраст составлял $50,4 \pm 3,1$ лет, то

есть лица трудоспособного возраста. Все больные были распределены на две группы. Контрольную - составили 10 пациентов, которым проводилась ЛГ, в ее основе лежало использование специальных упражнений направленных на увеличение подвижности в плечевом суставе. В основной группе – 19 больным проводилась ЛГ по методике Кэбот. Все пациенты были репрезентативны по полу и возрасту. До и после лечения подвижность в плечевом суставе исследовалась угломером, оценка силы мышц кисти осуществлялась с помощью динамометрии. Наряду с объективными данными учитывались и субъективные проявления, в частности учитывался болевой синдром. До начала курса лечения у всех больных отмечалось наличие болевого синдрома. В контрольной и основной группе ограничение сгибания в плечевом суставе составляло $71 \pm 3,9^\circ$, отведение $60,8 \pm 5,1^\circ$. По данным динамометрии сила кисти была снижена до $16 \pm 2,4$ кг. Эффективность методики Кэбот отслеживалось на протяжении всего курса лечения и было отмечено, что у больных основной группы на 3-4 день от начала занятий уменьшался болевой синдром, чего не наблюдалось у пациентов контрольной группы. По данным динамометрии в основной группе отмечалась тенденция увеличения силы мышц кисти в отличие от контрольной на 16%. Параметры углометрии достоверно увеличивались в основной группе и составили: сгибания - $133 \pm 4,2^\circ$, отведение – $124,4 \pm 3,1^\circ$. В контрольной группе соответственно: $82 \pm 2,4^\circ$; $82,5 \pm 2,8^\circ$.

Следовательно, на основании полученных данных можно сделать вывод, что методика Кэбот является эффективной и перспективной методикой для комплексного лечения плечелопаточного периартрита, обусловленного шейным остеохондрозом, и это дает возможность ее использования в практической деятельности.

11. ПОТЕНЦИАЛ АДАПТОГЕНОВ В СПОРТИВНОЙ ФАРМАКОЛОГИИ.

Байметов С.-3 к.

Научный руководитель: преподаватель А.П. Сычихин

Список препаратов и веществ, запрещенных антидопинговой организацией, огромен. Но адаптогены - это не допинг. Под общим названием адаптогенов объединены растения, способные укреплять организм. Самым ярким примером растения адаптогена может послужить известный всем женьшень. Однако, мало кто знает, что Женьшень - отнюдь не самый сильный адаптоген. Есть растения, сила действия которых в несколько раз превышает силу действия «корня жизни». Термин «адаптоген» является производным от слова адаптация, что значит приспособление. Применение адаптогенов позволяет организму приспособиться к таким неблагоприятным факторам внешней среды, как холод, жара, ионизирующая радиация, гипоксия, большая физическая нагрузка. Повышая приспособляемость к большим физическим нагрузкам, адаптогены способствуют росту спортивных результатов. Адаптогены повышают мышечную силу и в большей степени силовую выносливость. Энергизирующее действие адаптогенов настолько велико, что, начав принимать их, спортсмен начинает чувствовать прилив энергии, возникает желание увеличить тренировочные нагрузки. Ускоряется восстановление организма после объемных физических нагрузок. Организм начинает в большей степени окислять молочную и пировиноградную кислоты, которые являются основными «токсинами усталости». Под действием адаптогенов организм быстрее справляется с посттренировочным ацидозом – сдвигом pH крови в кислую сторону. Адаптогены так же обладают сильным общеукрепляющим действием даже по отношению к неработающему организму. Они делают здоровый организм еще здоровее и еще сильнее. Адаптогены не вылечивают ни каких болезней, они просто укрепляют организм до такой степени, что он уже сам становится в состоянии справиться с любым заболеванием. Поскольку все адаптогены имеют растительное происхождение, в медицинских дозировках абсолютно безвредны. Адаптогены по праву вошли в золотой фонд фармакологии. Все адаптогены обладают способностью повышать устойчивость организма к недостатку кислорода. Это результат энергизирующего действия адаптогенов, их способности усиливать бескислородное окисление углеводов и жиров. Под влиянием всех без исключения адаптогенов повышается проницаемость мембран для углеводов, белков и жирных кислот. Тренировка на фоне приема адаптогенов позволяет добиться посттренировочного открытия «углеводного

окна". Усиливается так же и посттренировочное усвоение аминокислот. Адаптогены способствуют накоплению в мышцах, печени и сердца гликогена. Со стороны ЦНС, в отличие от классических психомоторных стимуляторов типа кофеина, адаптогены даже при передозировке не вызывают истощения резервов нервной системы. При длительном приеме адаптогенов нервная система не только не истощается, но, наоборот, повышает свои резервы и запас прочности. Заслуживает внимания противоопухолевая активность адаптогенов. Они не только тормозят развитие опухоли, но и задерживают распространение метастазов. Адаптогены прекрасно сочетаются с любыми другими растениями, витаминами, витаминоподобными веществами, и лекарственными препаратами. Единственная группа лекарств, действие которой адаптогены могут ослабить, это успокаивающие и снотворные средства. В некоторых странах очень распространено внелечебное, профилактическое потребление адаптогенов. Адаптогены добавляются в спортивные продукты питания, кондитерские изделия - шоколад, конфеты и т.д.; в прохладительные напитки, жевательную резинку. Особенно широко профилактическое употребление адаптогенов в Японии. В стране восходящего солнца из растений-адаптогенов готовят салаты и другие блюда, на крупных заводах стоят автоматы, которые бесплатно выдают рабочим газированную с сиропами адаптогенов (это окупается снижением заболеваемости и простоев), производится большое количество комбинированных продуктов, содержащих сразу несколько адаптогенов. Отчасти объясняется такая высокая продолжительность жизни японцев. Нам же еще только предстоит развить это направление в фармакологии и спортивном питании. В большинстве развитых стран адаптогены выращиваются на специальных плантациях, где культивируются высокоурожайные сорта. В природных ареалах адаптогены добываются, пожалуй, только у нас, в России. В растениях адаптогенах скрыта огромная сила. Умело, высвобождая ее, можно справиться со многими заболеваниями и существенно повысить спортивные результаты.

12 ЛИЧНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ И УСЛОВИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.

Выполнила: Мурадова М.В., 2к.

Научные руководитель: Лыткина Н.В.

Результаты многих исследований, выполненных как в нашей стране, так и за рубежом свидетельствуют о том, что здоровье - бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества. При встречах и расставаниях с близкими и дорогими людьми мы желаем им доброго и крепкого здоровья, так как это — основное условие и залог полноценной и счастливой жизни. Здоровье позволяет нам выполнять наши планы, успешно решать основные жизненные задачи, преодолевать трудности, а если придется, то и значительные перегрузки. Доброе здоровье, разумно сохраняемое и укрепляемое самим человеком, обеспечивает ему долгую и активную жизнь. Научные данные свидетельствуют о том, что у большинства людей при соблюдении ими гигиенических правил есть возможность жить до 100 лет и более. К сожалению, многие люди не соблюдают самых простейших обоснованных наукой норм здорового образа жизни.

Приступая к изложению темы, необходимо хотя бы кратко рассмотреть наиболее распространенные заболевания, профилактика которых значительно снижает риск их развития. Это прежде, заболевания сердечно-сосудистой системы атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь. Бичом человечества справедливо называют рак, саркому и другие злокачественные опухоли. Ещё одним широко распространенным заболеванием является сахарный диабет, который часто осложняется сердечно-сосудистыми поражениями.

Труд - истинный стержень и основа режима здоровой жизни человека. Труд как физический, так и умственный не только не вреден, но, напротив, систематический, посильный и хорошо организованный трудовой процесс чрезвычайно благотворно влияет на нервную систему, сердце и сосуды, костно- мышечный аппарат — на весь организм человека. Постоянная тренировка в процессе труда укрепляет наше тело. Долго живет тот, кто много и хорошо работает в тече-

ние всей жизни.

Для сохранения нормальной деятельности нервной системы и всего организма большое значение имеет полноценный сон. Сон должен быть достаточно длительным и глубоким. Чтобы создать условия для нормального, крепкого и спокойного сна, необходимо за $1-1\frac{1}{2}$ ч до сна прекратить напряженную умственную работу. Ужинать надо не позднее чем за $2-2\frac{1}{2}$ ч до сна. Это важно для полноценного переваривания пищи. Спать следует в хорошо проветренной комнате, неплохо приучить себя спать при открытой форточке, а в теплое время — при открытых окнах.

Систематическая физическая тренировка — одно из важнейших средств укрепления организма. Правильно говорят, что движение заменяет тысячи лекарств, а тысячи лекарств не заменяют движения.

Физическая тренировка укрепляет и развивает скелетную мускулатуру, сердечную мышцу, сосуды, дыхательную систему и многие другие органы, что значительно облегчает работу аппарата кровообращения, благотворно влияет на нервную систему. Особое место в режиме здоровой жизни принадлежит распорядку дня (рабочей недели), определенному ритму жизни и деятельности человека. Режим каждого человека должен предусматривать определенное время для работы, отдыха, приема пищи и сна. В распорядке дня нужно предусмотреть достаточное время для отдыха и сна. Перерывы между приемами пищи не должны превышать 5 - 6 ч. Внедрение четкого распорядка дня позволит устранить из повседневной жизни многих людей суетливость и спешку, вредно влияющие на деятельность нервной системы.

На протяжении всей жизни подавляющее большинство людей неоднократно подвергается воздействию переохлаждения и сырости, что в ряде случаев приводит к простудным заболеваниям. Важной профилактической мерой против простудных заболеваний является систематическое закаливание организма. К нему лучше всего приступить с детского возраста. Наиболее простой способ закаливания - воздушные ванны. Большое значение в системе закаливания имеют также водные процедуры (обтирание, обливание, душ и др.), которые укрепляют нервную систему, оказывают благотворное воздействие на сердце и сосуды, нормализуют артериальное давление, улучшают обмен веществ. Опыт показывает, что закаленные люди значительно реже страдают не только простудными, но и многими другими заболеваниями. Неоценимое значение для нормальной жизнедеятельности имеет правильно организованное питание. Пища является не только основным источником энергии, но и строительным материалом для новых клеток. Сахарный диабет — одно из самых распространенных заболеваний в настоящее время. У лиц старше 50 лет потребление в пищу больших количеств сахара увеличивает риск развития атеросклероза. Сахар и содержащие его продукты питания способствуют развитию кариеса зубов. Очень вредна привычка есть на ходу, впропых, между делом. Это отрицательно сказывается на процессе пищеварения. Плохо влияет на организм систематическая еда всухомятку, без горячих блюд. Важнейшую роль в предупреждении заболеваний органов пищеварения играет соблюдение правил санитарии и личной гигиены. Эти правила просты. Человеку, пренебрегающему режимом питания, со временем угрожает развитие таких тяжелых болезней пищеварения как язвенная болезнь, хронический гастрит, энтероколит и др. Тщательное пережевывание, измельчение пищи в известной мере предохраняет слизистую оболочку пищеварительных органов от механических повреждений, царапин и, кроме того, способствует быстрому проникновению соков в глубь пищевой массы.

Необходимо сделать выводы. Проанализировать собственный режим, оцените и подсчитать допустимые нарушения. Давайте же использовать наши богатейшие возможности! Давайте же активно действовать на пользу себе и всем нашим людям, давайте беречь и укреплять наше здоровье!

Неврология

Научный руководитель: проф. д-мн . Н.Р. Григорьев
Председатель: Коротких – 4к.
Секретарь: Цыкалова А. – 2к.

1. КОНСТРУКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В УСТРОЙСТВЕ ПРОБЛЕМНОЙ КАМЕРЫ ПРИ ВИДЕО РЕГИСТРАЦИИ ПОВЕДЕНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.

Курченко Д. 201 гр.

Научный руководитель проф. Н.Р. Григорьев.

Для оценки когнитивных способностей (animal cognitive abilities) в поведенческих экспериментах на крысах в проблемной камере возникает необходимость в подсчёте правильных и ошибочных побегов. За правильную безошибочную, или результативную, побегу принимают выход животного через незаблокированную подвесную дверку камеры в окружающее пространство. Таких верных побегов при наличии альтернативного выбора направления может быть только 6, что равно числу имеющихся выходных каналов из проблемной камеры в одном поисковом цикле. Видеосъёмка опыта при расположении видео камеры непосредственно над прозрачной проблемной камерой с наклонными дверками при просмотре сделанной записи не позволяет выявить наличие контакта животного с дверкой. Скорость побегов может быть такой большой, что рассмотреть прикосновение и квалифицировать побегу как свершившееся законченное ошибочное действие не представляется возможным. В этой связи было принято условие, что за ошибочную побегу можно считать только такую, когда произойдёт контакт - прикосновение животного к заблокированной дверке камеры – это толчок головой, носом или лапками в неё. В этой связи возникла потребность в безошибочной идентификации ошибочной побегу, а соответственно и неправильного принятия решения, которое не приводит к достижению результата. Предварительно была решена проблема, каким должен быть сигнал идентификации ошибочной побегу – звуковой или световой. Поскольку звук зуммера используется как условный раздражитель, запускающий процесс поиска выхода из камеры, было решено применить световой сигнал. В качестве источника светового сигнала были выбраны малоэнергетичные светодиоды. Они были размещены над каждой выходной односторонне открывающейся подвесной дверкой проблемной камеры. В качестве датчиков прикосновения и смещения заблокированной дверки использовались герметичные контакты (герконы), которые замыкали цепь постоянного тока при прикосновении к ним магнитов, приклеенных к подвижной дверке камеры. Вспышка светодиода над использованной ранее для побегу дверкой является событием, которое чётко фиксируется видеокамерой, что является безошибочным и надёжным индикатором ошибочного принятого решения при выборе животным направления побегу.

2. УЧЕНИЕ О ДОМИНАНТЕ

Цыкалова А. – 2 к.

Науч. рук.: проф. Григорьев Н.Р.

Впервые понятие «доминанта» в отечественную физиологию ввел известный исследователь-фундаменталист Ухтомский А.А. Под именем «доминанты» понимается более или менее устойчивый очаг повышенной возбудимости центров, при котором вновь входящие в центры возбуждения служат усилению возбуждения в очаге, тогда как в прочей ЦНС широко развиты явления торможения. Внешним выражением доминанты является стационарно поддер-

живаемая работа или рабочая поза организма.

Основные черты доминанты.

Это очаг повышенной возбудимости, состоящий из созвездия различных центров различных уровней.

Этот очаг способен суммировать возбуждение, накапливать его и характеризуется стойкостью; отсюда доминанта есть длительная инерция.

Подкрепляясь сторонними возбуждениями, такой очаг, развивая определенную деятельность сопряжения, тормозит другие центры, функционально несовместимые с деятельностью центров очагов.

Доминантное состояние отражается инертностью, оно склонно восстанавливаться при повторении тех условий, которые ранее вызвали доминанту. Особенно легко восстанавливаются по следам кортикальной доминанты.

Доминанта характеризуется своей направленностью (целенаправленностью).

Условия образования доминант.

Относительно редкие волны возбуждения приходят в центры одна за другой так, что каждая последующая попадает на экзальтационную фазу от предыдущей.

Дальняя, довольно энергичная волна оплодотворяет местные слабые возбуждения, доводя их до значения сильной.

Дальние волны, приходящие к возбудимому участку, тем легче суммируются в нем, но и тем легче переводят суммирование в торможение, чем менее лабилен участок.

Тип самоподкрепления проприоцептивными рефлекторными циклами.

Тип гуморального образования доминантного фокуса. Различные химические раздражители, продукты обмена веществ, витамины, гормоны и лекарственные вещества, оказывая длительное стимулирующее действие на ЦНС, вызывают в отдельных ее участках состояние длительного возбуждения. Создавая подготовку нервных центров для формирования доминанты, гуморальные факторы могут создавать и благоприятные условия для длительного возбуждения в доминантном очаге и потом содействовать угасанию данной доминанты.

Тип длительного межцентрального цикла.

Последующими исследованиями, проводимыми в лаборатории П.К.Анохина была показана значительная роль в формировании доминанты ретикулярной формации. Именно ретикулярная формация обладает такими же свойствами, которые характерны для доминант. Так, в ретикулярной формации легко происходит суммация возбуждений в результате притока афферентных импульсов и гуморальных раздражений. Ретикулярная формация оказывает генерализованное, активирующее влияние на кору головного мозга и на другие отделы ЦНС. Ретикулярная формация взаимодействует с гипоталамусом, ответственным за эмоциональные реакции, создает тем самым эмоциональный уровень, играющий большую роль в формировании длительности и стойкости доминанты. Условием формирования доминанты является память, т.е. долговременная и кратковременная память является тем органом, на котором развертывается доминанта, тем условием, которое делает доминанту инертной.

Условия исчезновения доминанты.

Если доминанта представляет собой цепной рефлекс, направленный на определенный разрешающий акт, то его окончание и будет эндогенным концом доминанты.

Возникновение новой доминанты, функционально не совместимой с первой, намечает экзогенный конец для первой.

Мыслимо и прямое торможение доминанты с коры, но «кора более успешно борется с доминантами, не атакуя их в лоб, а создавая новые, компенсирующие доминанты в центрах, могущие свести их на нет».

Стойкое, подкрепляющее возбуждение центра само по себе способно подготовить в нем процесс торможения, как отрицательный след за возбуждением.

Таким образом, до настоящего времени учение о доминанте является актуальным как для физиологии, так и для медицинской практики, особенно в психотерапевтической деятельности. Современное техническое оснащение может дополнить это учение, позволив более де-

тельно и широко охарактеризовать физиологические и биохимические процессы, происходящие при формировании той или иной доминанты.

3. ВЛИЯНИЕ МЕКСИДОЛА И ЭМОКСИПИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕВОЖНОСТИ У КРЫС, ПОДВЕРЖЕННЫХ ДЕПРИВАЦИИ СНА

Выходцев В. – 3 к., леч. факультет

Научные руководители: доц. Т.А. Баталова, ст. преп. М.Л. Пластинин

Одним из универсальных механизмов жизнедеятельности клеток является образование свободных радикалов (СР). Этот процесс является необходимым при окислительном фосфорилировании, биосинтезе простагландинов и нуклеиновых кислот, иммунных реакциях. С другой стороны, СР окисление является универсальным патофизиологическим феноменом при многих патофизиологических реакциях. Головной мозг особо чувствителен к гиперпродукции СР. Существуют вещества, обладающие антиоксидантным (АО) действием. Они подразделяются на биологические (естественные) и химически синтезированные.

Цель исследования: провести сравнительный анализ показателей уровня тревожности (УТ) у лабораторных животных после депривации сна при применении АО мексидола (50 мг/кг) и эмоксипина (34 мг/кг).

Опыты выполнены на 34 крысах-самцах, массой 200-250 г, содержащихся в стандартных условиях вивария. Экспериментальные животные были разделены на три группы: контрольные №1 (получали внутрибрюшинно, 0,9 % раствор NaCl); опытные №2 (мексидол); опытные №3 (эмоксипин). Тестирование производилось по классической психофармакологической методике приподнятого крестообразного лабиринта (ПКЛ). Прослеживались три основных параметра, характеризующих УТ: время пребывания в закрытых рукавах лабиринта (ВПЗР), общее количество грумингов (ОКГ) и латентный период (ЛП) поведенческих реакций.

Выявлено, что в группе №1 ВПЗР увеличивалось к последнему дню тестирования с $128 \pm 23,1$ с до $168 \pm 19,4$ с; у групп №2 и №3 данный показатель возрос: в гр.№2 на 27,3с, в группе №3 на 30,1с к последнему дню опыта. Разница между показателями групп №2 и №3 достоверной значимости не показала. ОКГ во всех группах имело динамику к увеличению. Достоверная разница наблюдалась только между опытными и контрольной группами. ЛП, в отличие от других показателей, не имел четкой тенденции к снижению или увеличению в течение пяти суток, хотя разница с контрольными животными имела достоверную значимость.

Результаты опыта выявили анксиолитическую активность мексидола и эмоксипина после депривации сна. Достоверной разницы между животными, получающими мексидол и эмоксипин, не выявлено. Следует отметить, что данные препараты относятся к группе антигипоксантов и АО, являясь по происхождению родственными фармакологическими средствами, получаемыми синтетическим путем из 3-оксипиридина. Вероятно, что анксиолитический эффект мексидола и эмоксипина на фоне длительного лишения сна связан, прежде всего, с их антиоксидантной активностью. Поскольку по анксиолитическому свойству между сравниваемыми препаратами достоверных различий не получено, то, на наш взгляд, предпочтение можно отдать эмоксипину, ввиду его более низкой финансовой стоимости.

4. ПРОДУКТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА: ПОДСОЗНАНИЕ, СОЗНАНИЕ, СВЕРХСОЗНАНИЕ.

Колесова М. – 2 к.

Науч. руководитель: доц. к.м.н. Е.Ф. Кириченко

Одной из самых волнующих тайн всего живого является человек. Как много в нем скрыто того, что трудно объяснить. Что движет им, его поступками, помыслами, желаниями? Высшая нервная деятельность человека имеет трех уровневую структуру, включающую в себя сознание, подсознание и сверхсознание. Сознание оперирует знанием, которое потенциально может быть передано другому, может стать достоянием других членов сообщества. Для осозна-

ния внешних стимулов или событий внутренней жизни субъекта необходимо участие речевых зон больших полушарий, как это показали многочисленные исследования функциональной асимметрии головного мозга. К сфере подсознания все, что было осознаваемым в определенных условиях. Это – хорошо автоматизированные навыки, глубоко усвоенные социальные нормы и мотивационные конфликты, тягостные для субъекта. Подсознание защищает сознание от излишней работы и психологических нагрузок.

Деятельность сверхсознания (творческой интуиции) обнаруживается в виде первоначальных этапов творчества, которые не контролируются сознанием ни при каких условиях. Неосознаваемость этих этапов представляет защиту рождающихся гипотез («психических мутаций») от консерватизма сознания, от давления ранее накопленного опыта. За сознанием остается функция отбора этих гипотез путем их логического анализа и с помощью критерия практики в широком смысле этого слова. Нейрофизиологическую основу сверхсознания представляет трансформация и рекомбинация следов (энграм), хранящихся в памяти субъекта, первичное замыкание новых временных связей, чье соответствие или несоответствие действительно выясняется лишь в дальнейшем. Деятельность сверхсознания всегда ориентирована на удовлетворение доминирующей потребности, конкретное содержание которой канализирует направление «психического мутагенеза». Таким образом, «психические мутации» изначально носят непредсказуемый, но неслучайный характер. Вторым канализирующим фактором является накопленный опыт субъекта, зафиксированный в его сознании и подсознании. Неполное осознание объектом движущих им потребностей снимает мнимое противоречие между объективной детерминированностью поведения человека наследственными задатками, условиями воспитания, окружающей средой и субъективно ощущаемой им свободой выбора. Эта иллюзия свободы является чрезвычайно ценным приобретением, поскольку обеспечивает чувство личной ответственности, побуждающее всесторонне анализировать и прогнозировать возможные последствия того или иного поступка. Мобилизация их резервов памяти такого рода информации ведет к усилению потребности, устойчиво главенствующей в иерархии мотивов данной личности, благодаря чему она обретает способность противостоять ситуативным доминантам, то есть потребностям, экстренно актуализированным сложившейся обстановкой. Взаимодействие сверхсознания с сознанием есть проявление на уровне творческой деятельности человека универсального принципа возникновения нового в процессе биологической и культурной эволюции. Функции сверхсознания и сознания соответствуют взаимодействию непредсказуемой изменчивости и отбора в происхождении новых видов живых существ. Подобно тому, как эволюционирующая популяция рождает новое через отбор отдельных особей, эволюция культуры наследуется в яду сменяющихся поколений идеи, открытия и социальные нормы, первоначально возникающие в голове конкретных первооткрывателей и творцов.

Сведение психической деятельности человека к одному лишь сознанию не в состоянии объяснить ни диалектику детерминизма и свободы выбора, ни механизмы творчества, ни подлинную историю культуры. Только признание важнейших функций неосознаваемого психического с выделением в нем принципиально различных феноменов под - и сверхсознания дает возможность получить естественнонаучный материалистический ответ на самые жгучие вопросы человековедения. Только учет этих функций открывает путь к решению практических задач воспитания, профилактики и лечения нервно-психических заболеваний.

5. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗЕРКАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ МОЗГА

Лысенко Н., Куликов П., Азаров М. – 2 к.

Науч. руководители: асс. А.А. Сергиевич, ст. преп. М.Л. Пластинин

В 1990-х г.г. итальянские ученые из Пармского университета (Д. Риццолатти, Л. Фогасси и В. Галлезе), изучая моторные системы головного мозга человека и обезьян, обнаружили существование нейронов с «зеркальными» свойствами. Зеркальные нейроны морфологически располагаются в зоне F5 двигательной коры мозга, связанной с движением кистей и рта. Установлено, что данные клетки генерируют импульсы при выполнении простых целенаправ-

ленных движений. В эксперименте на обезьянах наблюдалась аналогичная функциональная реакция со стороны этих же самых нейронов в том случае, когда животное видело, как подобное движение выполняет кто-то другой (н-р лаборант). При этом зеркальные нейроны по-разному реагировали на одинаковые действия лаборанта, осуществляемые с разными намерениями, т.е. эти клетки обеспечивали понимание животными окончательных целей происходящего. Подобные эксперименты были проведены на человеке с использованием позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ). Оценивалась нейронная активность различных областей головного мозга добровольцев, следивших за хватательными движениями кисти руки лаборанта (в контрольном опыте испытуемые рассматривали неподвижные предметы). Оказалось, что наблюдение за действием другого человека сопровождается активацией трех корковых областей: верхняя височная борозда содержала нейроны, реагирующие на движение частей тела, нижняя теменная доля и нижняя фронтальная извилина – соответствовала нижней теменной доле и вентральной премоторной коре обезьян, где были обнаружены зеркальные нейроны. Наблюдение за чужими переживаниями запускает когнитивную переработку соответствующей сенсорной информации, завершающейся логическим заключением о чувствах другого человека, вплоть до отображения этой сенсорной информации на моторных структурах и появлению такого же эмоционального состояния, как и у наблюдаемого. В ситуации сопереживания, когда человек говорит: «Я чувствую твою боль», он, не подозревая, бессознательно выражает реальное положение вещей. В результате исследователи приходят к выводу, что зеркальная система обеспечивает непосредственное переживание индивидом наблюдаемых событий, понимание действий другого человека, его намерений и эмоций; зеркальные нейроны определяют также способность человека к имитации чужих жестов, следовательно, могут принимать принципиальное участие в обучении и развитии речи.

После появления первых представлений о зеркальной системе, группа исследователей выдвинула новую теорию о происхождении аутизма у детей, основным признаком которого считается социальная изолированность, нежелание смотреть в глаза собеседнику, дефекты речи и неспособность к сопереживанию. В. Рамачандран и Л. Оберман (Калифорнийский университет, г. Сан-Диего) считают, что трудности, испытываемые ребенком с аутизмом при общении с другими людьми могут быть связаны именно с нарушением функций системы зеркальных нейронов мозга. У таких детей в нескольких областях мозговой коры отмечается дефицит активности данных клеток, устранение которого, с помощью терапевтических приемов, позволяет облегчить многие симптомы заболевания. Второстепенные симптомы аутизма, например, гиперчувствительность, могут быть обусловлены нарушением связей между лимбической системой и другими отделами мозга. В норме сенсорная информация после переработки в коре направляется в миндалину – главный вход лимбической системы мозга, ответственный за регуляцию эмоционального поведения человека. В миндалине определяется характер эмоциональных реакций на каждый раздражитель, что способствует формированию «эмоционального ландшафта» его окружения. У детей с аутизмом, нарушена взаимосвязь с этими структурами, что приводит к ухудшению функции зеркальных нейронов.

Таким образом, исходя из имеющихся на сегодняшний день данных, представляется актуальным и неоспоримым дальнейшее изучение вопроса, связанного с функционированием зеркальной системы мозга.

6. ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОГО ПРЕПАРАТА С НООТРОПНОЙ АКТИВНОСТЬЮ НА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ ЯВЛЕНИЯ В КОРЕ МОЗГА КРЫС

Выходцев В.В., 3 к.

Науч.руководители: ст. преп. Пластинин М.Л., асс. Сергиевич А.А.

В спектре фармакологического действия антиоксидантов важное место занимают ноотропные свойства. На сегодняшний день имеется довольно большой объем публикаций, раскрывающих сущность влияния антиокислительных средств на энергетические, обменные процессы в органах и тканях, но до сих пор остаются неясными механизмы коррекции данных

ми веществами интегральных показателей работы головного мозга, в частности его электрофизиологической активности. *Целью нашего исследования* явилось изучения влияния антиоксидантного средства с ноотропными свойствами мексидола на показатели ЭЭГ у крыс в условиях обучающей нагрузки.

Эксперимент выполнен на 50 беспородных белых крысах-самцах (25 особей – контроль, 25 особей – опыт) массой 200-230 г, содержавшихся в стандартных условиях вивария. Все процедуры и опыты проводили в соответствии с «Правилами лабораторной практики в Российской Федерации», утвержденными приказом Министерства Здравоохранения РФ №267 от 19.06.2003 г. Выработка условного питьевого рефлекса осуществлялась в Т-образном лабиринте. При формировании рефлекса крысы совершали по 2 побежки к автоматической поилке в день в течение 5 суток. При каждой побежке отмечалось: время достижения поилки, число ошибочных заходов в рукава лабиринта, груминг. Регистрацию поведенческих показателей выполняли посредством видеозаписи на ЭВМ. Обработку результатов проводили программой «RealTimer» (НПО «Открытая наука», г. Москва). Электрическая активность зрительной коры головного мозга крыс была изучена в условиях свободного поведения в покое и при выработке питьевого условного рефлекса после 6-й, 8-й, 10-й побежек. Регистрацию биопотенциалов делали с помощью стального электрода оригинальной конструкции, предварительно зафиксированного на скальпе животного в области проекционной зоны зрительной коры, индифферентный электрод крепили на правое ухо. Запись и анализ ЭЭГ по Фурье выполняли на аппаратно-программном комплексе CONAN-pg4 (НПО «Информатика и компьютеры», г. Москва) со спектральным картированием, определением мощности отдельных диапазонов и суммарной мощности ЭЭГ при продолжительности эпохи 248 с. Деление на диапазоны проводили в следующих границах: δ -(0,5-4 Гц), θ -(4-8Гц), α -(8-13 Гц), β_1 -(13-22 Гц), β_2 -(22-32 Гц) – в соответствии с рекомендациями Международной федерации обществ электроэнцефалографии и клинической нейрофизиологии (Гусельников В.И., 1976; Гнездицкий В.В., 2004). Результаты исследования были статистически обработаны с использованием критерия Стьюдента. При выработке условного рефлекса основные выводы строили на основании сопоставления данных 6-й побежки. Исследуемый препарат мексидол вводили внутривентрикулярно в течение 7 дней в дозе 70 мг/кг.

Результаты эксперимента и их обсуждение: изменения спектра мощности ЭЭГ у контрольных животных сводились к небольшому нарастанию мощности β_1 - и β_2 -ритмов. При выработке рефлекса у контрольной группы отмечалось резкое падение мощности всех диапазонов, более выраженное в θ - , α - , β_1 - диапазонах при сохранении величины мощности δ -диапазона, а также увеличении относительного вклада δ -активности, которое было представлено в виде сглаженного пика. У подопытных животных наблюдалось повышение мощности всех диапазонов ($p < 0,05$). Приведенные данные позволяют заключить, что степень депрессии поведения у контрольных животных при выработке рефлекса прямо пропорциональна увеличению мощности δ - и степени депрессии α - и β_1 - и θ - ритмов. Введение мексидола приводило к увеличению мощности ритмической активности в θ - , α - , β_1 - диапазонах. Стабильность ритмической активности в θ -диапазоне у животных (как и у человека) рассматривается как показатель оптимального течения интегративных и информационных церебральных процессов (Бехтерева Н.П., 1988; Виннер Н., 2001). Имеется информация, что ритмическая активность не только отражает функциональное состояние мозга, но и регулирует его работу (Симонов П.В., 1985). В частности, известно, что увеличение мощности низкочастотных ритмов δ -диапазона соответствует состоянию тревоги или психоэмоционального напряжения (Смирнова Н.Б., 1998). В нашем эксперименте мы столкнулись с парадоксальной ситуацией: с одной стороны, введение мексидола способствовало оптимизации процессов обучения в Т-образном лабиринте и увеличению электрофизиологических характеристик, отражающих позитивные изменения в коре головного мозга животного (θ - , α - , β_1 -ритмы). С другой стороны, нами регистрировалось при этом возрастание δ -ритма (состояние тревоги и психоэмоционального напряжения), который, логически рассуждая, должен был убывать. Мы объясняем это т.н. разобщением интегративных, познавательных механизмов ЦНС и состояния тревожности. Т.е., иными словами, мексидол блокиро-

вал влияние уровня тревожности животного на процессы его обучения.

Выводы:

1. Крысы с высокой мощностью θ - , α - , β_1 -ритмов ЭЭГ демонстрируют высокие когнитивные способности.

2. Мексидол способствует улучшению поведенческих показателей при выработке питьевого условного рефлекса и восстанавливает мощность всего спектра ЭЭГ.

7. ВВЕДЕНСКИЙ И ЕГО УЧЕНИЕ О ПАРАБИОЗЕ И ПЕРИЭЛЕКТРОТОНЕ

Опенько А. – 2 к.

Науч. руководитель: доц. Кириченко Е.Ф.

До Введенского ряд физиологов уже использовал в качестве методического приёма действие наркотиков и других альтерирующих веществ в целях изменения основных свойств нерва – его возбудимости и проводимости. Этими исследованиями было установлено, что якобы возможно разделение таких основных свойств нерва как возбудимость и проводимость. На определённой стадии альтерации можно наблюдать исчезновение проводимости альтерирующего участка, в то время как возбудимость его продолжает ещё сохраняться.

Вскрыв ошибочность этого заключения, Введенский установил принципиальную невозможность разделения основных свойств нерва – возбудимости и проводимости, альтерирующие вещества были признаны Введенским раздражителями физиологического субстрата.

Введенский предпринимает большую серию исследований, данные которых обобщены в монографии «Возбуждение, торможение и наркоз». Работы Введенского и его учеников закладывают основы нового физиологического учения – учения о парабиозе. В 1901г. Введенский впервые сблизил, как казалось современникам, ничего общего не имеющие понятия: возбуждение, торможение и наркоз. Введенским была предложена физиологическая теория наркоза, согласно которой наркоз в соответствии с обнаруженными при этом состоянии признаками, был оценен как процесс возбуждения.

До Введенского «классическая» физиология знала процесс возбуждения как состояние, распространяющееся в виде волны, является «то, что оно, охватывая одновременно все смежные частицы, представляет состояние более или менее стойкое и неколеблущееся».

Учение о парабиозе, развивающееся Введенским, принципиально исключает, какую бы то ни было возможность затухания процесса возбуждения в синапсе или в участке альтерации. Волна возбуждения, приходящая в синапс или в парабиотический участок, может лишь активно взаимодействовать с состоянием стационарного возбуждения в области парабиоза или синапса, поднимая лабильность этой области (корроборация) либо снижая её (пессимум).

Однако ещё до того, как обозначались эти принципиальные разногласия, открытые Вериге катаэлектротонической депрессии позволило Введенскому ещё более убедиться и закрепить в правильности представления, согласно которому возбуждение, торможение или наркоз являются выражением процесса принципиально одной и той же природы. Возбуждение закономерно переходит в торможение или в наркоз, в зависимости от характеристики действующего раздражителя, то есть в данном случае в опытах Введенского в зависимости от силы и частоты действующего раздражителя. Одним из физиологических признаков состояния наркоза по Введенскому как выражения торможения (а не паралича) является парадоксальный характер реагирования. Стадии парадоксальных реакций предшествует провизорная, или уравнивательная стадия, когда наркозируемый участок отвечает одинаковыми реакциями как на слабые так и на сильные раздражения.

Таким образом, согласно Введенскому, нет раздражителей физических или химических, которые первично, сразу, вызывали бы в живой ткани реакцию угнетения или торможения. На любой раздражитель, система первично, так или иначе отвечает прежде всего реакцией возбуждения. Введенский предложил для обозначения реакции стационарного возбуждения, в особенности для её второй фазы, термин парабиоз. Когда состояние парабиоза полностью развивается, живая ткань, постепенно утрачивая возбудимость и проводимость, как бы нахо-

дится на грани необратимого отмирания. Это состояние, тем не менее обратима, если прекращается действие раздражителя, то ткань возвращается к нормальным процессам жизнедеятельности.

Стационарное возбуждение, развивающееся в месте действия разнообразных альтерирующих раздражителей, правильно обозначать термином «парабиотический процесс», в котором первая фаза характеризуется подъёмом лабильности, а вторая, последовательно наступающая после первой – снижением лабильности. Термином «парабиоз» следует обозначать конечные стадии парабиотического процесса, характеризующиеся резким снижением физиологической лабильности и утратой возбудимости и проводимости. Введенский полагал что парабиотическое торможение является древней формой возбуждения.

Позже Введенский, занимаясь анализом явлений парабиоза, обнаружил, что в точках нерва, смежных с участком альтерации, развивается функциональное состояние, признаки которого противоположны тем признакам, которые развиваются в самом участке альтерации. Эти смежные точки Введенский назвал побочной парабиотической областью. На нервно-мышечном препарате лягушки Введенским было показано, что на некотором расстоянии от катода в нерве в тот час после замыкания гальванометра возникает понижение возбудимости, а на таком же расстоянии от анода – повышение. Эти изменения Введенский назвал термином «перизлектротон». Таким образом Введенским было установлено, что стационарное возбуждение, которое возникает в соответствующих точках нерва в ответ на гальваническую поляризацию, не ограничивается местом альтерации, а сопровождается сопряжёнными изменениями вдоль всего физиологического субстрата.

Учением о парабиозе Введенский заложил основы для разработки проблем клеточной и тканевой резистентности, столь актуальных в связи с разнообразными вопросами патологии, токсикологии и биологии.

8. К ВОПРОСУ О МЕХАНИЗМЕ ДЕЙСТВИЯ БОТУЛОТОКСИНА

Миусова М.-2 к.

Науч. руководитель: доц. каф. норм. физиологии Кириченко Е.Ф.

Группа анаэробных грамположительных бактерий, распространены повсеместно и образуют самый сильный из известных бактериальных токсинов ботулотоксин.

Ботулотоксин имеет молекулярную массу 150000 и состоит из легкой и тяжелой цепей. Попадая в ЖКТ с пищей либо образовавшейся в ЖКТ или в ране, всасывается в кровь и достигает окончаний холинергических нервов – соматических, парасимпатических постганглионарных, парасимпатических преганглионарных и симпатических преганглионарных. ЦНС при этом не поражается. Он связывается с пресинаптической мембраной, проникает вглубь нервного окончания посредством эндоцитоза, переходит в цитозоль и, будучи цинксодержащей эндопептидазой, расщепляет белки, участвующие в высвобождении ацетилхолина в синаптическую щель.

Терапевтическая активность ботулотоксина обусловлена его способностью, вызывать обратимую денервацию и локальное расслабление при введении в мышцу. Ботулотоксин типа А вызывает необратимую блокаду транспортного синаптосомального белка

SNAP-25, необходимого для выделения ацетилхолина в синаптическую щель. При этом синтез ацетилхолина и его депонирование в пресинаптическом окончании, а также выделение трофических факторов не нарушается. Возникшая функциональная денервация мышц способствует активации синтеза нейротрофических факторов и развитию дополнительных отростков аксона, которые в последствии формируют новые нервно-мышечные синапсы. Предполагается, что ботулотоксин действует не только на двигательные мышечные волокна, но и на интрафузальные волокна мышечных веретен, расслабление которых ведет к уменьшению тонуса мышц. Уменьшает болевую и проприоцептивную импульсацию из расслабившихся мышц, таким образом, разрывая «порочный круг», поддерживающий дистонический гиперкинез и спастичность.

К настоящему времени накоплен почти 20-летний опыт клинического применения препарата ботокса - ботулинического токсина типа А. Благодаря способности вызывать обратимую частичную блокаду нервномышечного синапса ботокс успешно применяется при многочисленных заболеваниях, проявляющихся патологической мышечной активностью. В настоящее время ботокс признан средством выбора для лечения (фокальных дистоний, при которых он не только вызывает выраженный симптоматический эффект, но и оказывает патогенетическое влияние путем воздействия на экстрапирамидную систему через уменьшение проприоцептивной афферентации. В последние годы получены обнадеживающие результаты при лечении спастичности, связанной с детским церебральным параличом, инсультом, черепно-мозговой и спинальной травмами, рассеянным склерозом и т. д. Средняя продолжительность эффективно устранения симптомов дистонии (3-6 месяцев) после инъекции ботулотоксина типа А в мышцы нередко превосходит время, требующееся для восстановления новых синапсов и устранения индуцированного токсином паралича. При гемифациальном спазме, спастичности, миофасциальных синдромах и многих других состояниях отмечается еще большая длительность эффективного действия. Многие клиницисты отмечают уменьшение выраженности дистонии не только в инъецированных, но и в других группах мышц. Например, у больных с лицевым параспазмом при инъекции ботулотоксина только в круговые мышцы глаз нередко исчезает гиперкинез и в периоральных мышцах. Вероятно, в основе этого факта лежит способность ботулотоксина к системному воздействию на нервно-мышечный аппарат.

В настоящее время ботулотоксин типа А, полученный путем многократной тонкой очистки и последующей лиофилизации бактериальной культуры, поставляется на рынок в виде двух коммерческих препаратов: ботокс (Allergan, США) и диспорт (фирма-производитель Veaufour Ipsen International, Франция). В России накоплен 5-летний положительный опыт применения ботокса, в то время как диспорт находится на стадии внедрения.

9. ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КРЫС В ПРИПОДНЯТОМ КРЕСТООБРАЗНОМ ЛАБИРИНТЕ ПОСЛЕ ДЕПРИВАЦИИ ФАЗЫ БЫСТРОГО СНА.

Никишина Е., Пендюрова Е., Рзаева С. 202 гр.

Научные руководители: доц. Чербикова Г.Е., проф. Григорьев Н.Р.

Методика приподнятого крестообразного лабиринта (elevated plus-maze) была создана на Pellow S., File S.E. (1986) для экспериментального исследования аналептиков и антидепрессантов на животных в фармакологии поведения. После успешного применения для диагностики препаратов она стала широко использоваться и в фундаментальной науке - физиологии поведения для изучения исследовательского поведения и эмоциональности, в частности уровня тревожности. Использование этого метода в сомнологии для изучения этих функциональных состояний в литературе мы не встретили. Цель нашей работы заключалась в изучении изменений исследовательского поведения и эмоционального статуса у крыс после депривации фазы парадоксального сна в приподнятом крестообразном лабиринте.

Методика исследований.

Опыты проведены на 10 беспородных взрослых крысах обоего пола. Устройство для тестирования - классический крестообразный лабиринт с открытыми и закрытыми рукавами стандартной высоты приподнятости. Тестирование контрольной и экспериментальной групп проводилось однократно. Время нахождения животного в лабиринте 3 минуты. Депривация фазы быстрого сна осуществлялась помещением крыс на островки, окружённые водой, по методике M. Jouvet в индивидуальной изолированной камере для каждого животного. Срок депривации -одни сутки. Регистрировался классический набор элементов исследовательского поведения и элементов, характеризующих уровень тревожности. В статистической обработке использовался парный t критерий Стьюдента, программа «Biostat».

Результаты исследования.

Время двигательной активности экспериментальной группы животных после депривации быстрого сна при тестировании было значительно меньше, чем у контрольных животных, и составило 39.8 ± 10.9 с, в контрольной группе 114.6 ± 21.7 с, разница – 74.8 с ($p = 0,015$).

Время пребывания в открытых рукавах в экспериментальной группе было, наоборот, больше и составило 102.2 ± 18.9 с по сравнению с контрольной группой 59.6 ± 15.0 с, разница 42.6 с ($p = 0.116$).

Количество заходов в открытые рукава в экспериментальной группе 2.8 ± 0.73 , а в опытной группе 5.4 ± 1.1 разница – 2.6 ($p=0.089$).

Вертикальные стойки в экспериментальной группе составили 1 ± 0.45 , в контроле 4.4 ± 1.29 , разница – $3,4$ ($p = 0.037$).

Количество свешиваний у экспериментальной группы было значительно меньше по сравнению с контролем и составило 3.6 ± 0.93 , контрольная группа 9.6 ± 1.08 , разница – 6 ($p = 0.003$).

Груминги в экспериментальной группе 2.2 ± 1.36 , в контрольной 3.0 ± 1.05 , разница – 0.8 ($p = 0.653$).

Количество болюсов у крыс экспериментальной группы достоверно было больше – 3.2 ± 1.36 , чем в контроле – 0 , разница 3.2 ($p = 0.046$).

Заключение.

Депривация фазы быстрого сна достоверно снижает горизонтальную исследовательскую активность, если судить по времени движения, и одновременно угнетает вертикальную исследовательскую активность, о чем свидетельствовало уменьшение количества вертикальных стоек. По уровню тревожности получены противоречивые данные: он имел тенденцию к снижению, судя по числу заходов в открытые рукава лабиринта и повышался, судя по количеству болюсов.

10. ДИНАМИКА ЭЛЕМЕНТОВ ПОВЕДЕНИЯ КРЫС В ОТКРЫТОМ ПОЛЕ ПОСЛЕ ДЕПРИВАЦИИ ФАЗЫ БЫСТРОГО СНА.

Сенченко Е., Юшина О., 219 гр., Ищенко И., 227 гр.

Научные руководители: доц. Чербикова Г.Е., Кириченко Е.Ф.

Метод экспериментальных исследований поведения открытое поле (open field) введен в практику с давних пор Hall C.S. (1936) и до настоящего времени широко используется как общепризнанный классический способ в батареях тестов в фармакологии и физиологии поведения. Открытое поле и крестообразный лабиринт являются тождественными методами по изучению исследовательского поведения и несколько различными по исследованию эмоциональной сферы или, в частности, уровня тревожности. Разница заключается в отличии причин, вызывающих беспокойство у животных: в открытом поле – это боязнь открытого пространства, а в крестообразном лабиринте – это страх высоты. Цель настоящей работы заключалась в изучении изменений исследовательского поведения и эмоционального статуса у крыс после депривации фазы парадоксального сна в открытом поле.

Методика: тестирование контрольной и экспериментальной группы животных проводилось однократно. Депривация фазы быстрого сна осуществлялась помещением крыс на островки, окруженные водой, по методике M. Jouvet. Для каждой подопытной крысы имелась индивидуальная изолированная водная камера глубиной 40 см, площадью дна 25 x 25 см с квадратным островком 6 x 6 см, выступающим из воды на 1 - 1.5 см по центру площади. После падения крысы в воду в фазе быстрого сна она могла снова забраться на островок. Срок депривации парадоксального сна составлял одни сутки.

Открытое поле представляло собой квадратную площадку размером 100 x 100 см, разделённую на 25 квадратов, в месте пересечения квадратов находятся круглые отверстия диаметром 3 см. Площадка была окружена вертикальными стенками по периметру высотой 40 см, освещалась элетрическим светом 100 лк. Время нахождения животных в поле 3 минуты. Регистрировался классический набор элементов, отражающих исследовательское поведение и

эмоциональный статус. В статистической обработке использовался парный t критерий Стьюдента, программа «Biostat».

Время двигательной активности составило в экспериментальной группе животных 18.6 ± 3.7 с, в контрольной группе 72.4 ± 16.67 с, разница – 53.8 с ($p=0,055$).

Количество пересечённых внутренних квадратов в экспериментальной группе 2.4 ± 0.68 , а в опытной группе 5.6 ± 1.86 , разница – 3.2 ($p=0.145$).

Количество пересечённых наружных квадратов соответственно в экспериментальной и контрольной группах $2,2 \pm 0.58$ и 12.0 ± 5.25 , разница - 9.8 ($p = 0.101$).

Вертикальные стойки в экспериментальной группе 2.6 ± 1.12 , в контроле 6.4 ± 1.61 , разница – 3,8 ($p = 0.112$).

Количество заглядываний в норки в экспериментальной группе 0.2 ± 0.2 , в контрольной группе 3.0 ± 1.23 , разница – 2.8 ($p = 0.054$).

Грумминги в экспериментальной группе составили 3.4 ± 1.63 в контрольной 4.6 ± 0.93 , разница – 1.2 ($p = 0.540$).

Количество болюсов в экспериментальной группе было 1.8 ± 0.92 , в контроле 1.2 ± 0.97 , разница 0.6 ($p = 0.665$).

В экспериментальной группе животных после депривации фазы быстрого сна такие показатели исследовательского поведения как общая двигательная горизонтальная активность и число заглядываний в норковые отверстия настила поля достоверно ниже, чем у контрольной группы животных. Депривация фазы быстрого сна аналогичным образом влияет и на другие показатели исследовательской активности: количество пересечённых наружных и внутренних квадратов, отмечается тенденция к снижению. Другие показатели поведения, которые характеризуют эмоциональную сферу – число дефекаций (болюсы) и грумминги свидетельствуют о повышении тревожности у переживших стресс иммобилизации, изоляции и лишения фазы парадоксального сна животных. Исследовательская активность на незнакомой территории является выражением любопытства и всегда связана с опасной новизной и угрозой для жизни животного. С другой стороны все эти произошедшие изменения являются признаками дезадаптивного поведения и проявлением ситуативной выученной беспомощности.

11. СТРАТЕГИЯ ПОИСКА ВЫХОДА ИЗ ПРОБЛЕМНОЙ КАМЕРЫ У КРЫС ПОСЛЕ ДЕПРИВАЦИИ ФАЗЫ БЫСТРОГО СНА.

Цыкалова А., 208 гр., Орлова В., 213 гр., Бондарь С., 213 гр.

Научные руководители: проф. Григорьев Н.Р., доц. Чербикова Г.Е.

С тех пор, как в США была открыта REM фаза быстрых движений глаз во время сна (Kleitmen N., Aserinsky Yu., 1953), в обществе проснулся большой интерес к научным исследованиям этого функционального состояния мозга и всего организма. Новое научное направление получило название **сомнология**, а учёных, занимающихся изучением физиологии и патологии сна, стали называть сомнологами. В 1955 году W. Dement описал "циклическую" природу ночного сна и установил отношения между REM фазой сна и сновидениями. В 1958 году W. Dement начал экспериментальные исследования фазовой структуры сна на кошках, что вызвало волну фундаментальных исследований - электрофизиологических, фармакологических и биохимических закономерностей в течение следующих 20 лет. Наиболее знаменательными из них стали экспериментальные исследования французского сомнолога Mishel Jouvet на кошках и крысах. Открытые им физиологические и биохимические механизмы двух независимых функциональных состояний мозга были названы фазами парадоксального и ортодоксального сна, а по ЭЭГ картине - фазами быстрого и медленного сна. В этой связи возникла фазово-информационная теория сна, которая отвергала однородность этого состояния мозга. Аналитические исследования структуры и фаз сна за последние годы были весьма успешны, однако информационная составляющая этой теории пока представляет собой набор гипотез и предположений о том, чем же занимается спящий или не спящий мозг во сне? Фазово-информационная теория сна как новая парадигма отрицает гипотезу И.П. Павлова о сне как

разлитом торможении всех мозговых структур, сон это не отдых центральной нервной системы и для него существует только деятельное активное состояние со сменой фаз.

Цель нашего экспериментального исследования заключалась в изучении изменений функциональной организации элементов поискового поведения после депривации фазы быстрого сна у крыс. Методика исследований.

Стратегия выхода (exit strategy) при нарастающей сложности выбора направления побежки определялась в проблемной камере Григорьева с шестью выходными каналами, каждый из которых после его использования блокировался сенсорной дверкой. Повторный выход в одну и ту же дверку был запрещён и обращение к ней считается ошибкой, в чём заключается смысл и решение алгоритма этой задачи. Поиск выхода в проблемной камере является приобретённой формой поведения, которая требует предварительного обучения, во время которого вырабатывается односторонний условный рефлекс активного избегания (УРАИ) на звуковой условный сигнал зуммера, что за секунду предвещает аверсивное электрокожное раздражение лап слабым током не более 0,2 – 0,5 ампер. Регистрируют 3 параметра поисковой активности: 1. Время поискового цикла – нахождение всех неблокированных выходных каналов. Регистрируется только время пребывания в камере в секундах. 2. Когнитивный индекс, или показатель (animal cognitive abilities), который определяет процент безошибочных побегов от их общего числа. 3. Быстродействие поиска (quick action) - среднее время в секундах, затрачиваемое на этап принятия решения и реализацию побежки. Депривация фазы быстрого сна осуществлялась помещением крыс на островки, окружённые водой, по методике M. Jouvet сроком на одни сутки. Результаты исследования.

1. Время поиска всех шести выходов из проблемной камеры в экспериментальной группе перед депривацией было равно 89 ± 6.14 с, после депривации достоверно уменьшилось до 67.5 ± 5.6 с, разница составила 21.5 с ($p = 0.008$), в контрольной группе в первый день тестирования 70.8 ± 6.0 с, на следующий день 72.4 ± 11.1 с, разница 1.6 с ($p=0.878$).

2. Когнитивный показатель в экспериментальной группе перед депривацией составил $47.15 \pm 4.03\%$, после депривации сна имел тенденцию к снижению до $44.54 \pm 3.86\%$, разница 2.61% ($p=0.607$). В контрольной группе показатель составил в первый день $48.62 \pm 3.31\%$, на следующий день $51.38 \pm 4.1\%$ при разнице этих показателей 2.76% ($p = 0.156$).

3. Индекс быстродействия при поисковой активности в экспериментальной группе составил перед депривацией сна 6.55 ± 0.43 с, а после депривации достоверно снизился до 4.72 ± 0.36 с, разница составила 1.83 с ($p = 0.004$). В контрольной группе этот показатель в первый день тестирования был равен 5.49 ± 0.61 с, а на следующий день 6.28 ± 1.19 с при разнице 0.78 с ($p = 0.457$).

Проведённые исследования показали, что после депривации фазы быстрого (парадоксального) сна достоверно оптимизируются динамические (энергетические) характеристики поиска выхода из проблемной ситуации, и отмечается тенденция к снижению когнитивных способностей экспериментальных животных по сравнению с контролем. Лишение фазы быстрого сна заметно изменяет стратегию и тактику поиска выхода в сторону увеличения информационной энтропии в поведении, что выражается в увеличении хаотичности побегов и снижении целенаправленности поиска. Механизм всех этих изменений связан с иммобилизационным стрессом, испытанным при депривации сна и позитивными изменениями эмоционального фона, связанного с прекращением иммобилизации и устранением проблемной ситуации.

12. НЕКОТОРЫЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОДНЫХ РАСТВОРОВ, ОЗВУЧЕННЫХ И НЕОЗВУЧЕННЫХ МЫСЛЬЮ ЧЕЛОВЕКА

Боднарчук Е. – 2 к.

Научный руководитель: д.м.н. А.Г. Кудрин

Цели: Регистрировать относительное отклонение рН и окислительно-восстановительного потенциала (ОВП) воды от точки покоя, с помощью рН ионометра, при мыслительном воздействии. Попытаться "научить" воду азбуке при помощи мыслительного воздействия. Формали-

зовать полученные данные воздействия силой мысли на воду.

Актуальность: Наверное, каждый когда-нибудь задумывался, что думают люди, можно ли прочесть их мысли, можно ли повлиять на их мысли. Как раз на эти и более глобальные вопросы, такие как телепатия, лечение сложных заболеваний, при помощи воздействия силой мысли, попытался, ответить я. Вы спросите, почему материал моих исследований вода? Ответ достаточно прост: вода – это наиболее распространенное вещество организма, как растений, так и животных, в том числе и человека, жизнь зародилась в воде, и без воды нет жизни. Конечно, есть наиболее важные биологические жидкости, но чтобы перейти к их изучению нужно изучить более распространенную и не менее значимую – воду.

В основе моей работы лежит теория В.И. Ложилова о семантическом биорезонансе и антибиорезонансе. Путем мысленного воздействия на воду наблюдались относительные отклонения рН и ОВП от точки покоя. Причем, при совместном резонирующем мыслительном воздействии на воду амплитуда отклонения значительно отклонялась, т.е. если несколько людей будут думать об одном и том же (биорезонанс), то увеличивается воздействующая сила на воду, следовательно амплитуда отклонения рН и ОВП значительно изменяется, чем при воздействии одного человека. Если несколько людей будут думать о разных или взаимоисключающих вещах (антибиорезонанс), то амплитуда отклонения рН и ОВП изменяется или не изменяется.

13. ФИЗВОКАЛИЗ КАК МОДЕЛЬ МЫСЛЕННОГО И ЗВУКОВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЧЕЛОВЕКА И ВОДЫ

Тарасюк Е. – 3 к.

Научный руководитель: д.м.н. А.Г. Кудрин

Существуют эмпирические знания о лечебном воздействии звука (физвокализ) на организм человека. Учитывая то, что преобладающей средой в организме человека является вода и ее растворы- исследование воды является актуальным.

Целью являлось изучение воздействия осмысленных звуковых образов на питьевую воду. Задачи, которые были поставлены, в нахождении методики, адекватно чувствительной к изменениям свойств воды от звуковых воздействий. Исследованы в динамике различные звуковые формы физвокализа по данным окислительно-восстановительного потенциала(ОВП) и показателя водорода (РН) в питьевой воде. В результате исследования обнаружено, что определенные формы звуковых воздействий вызывают измеримые отклонения РН и ОВП воды в динамике. Данный метод адекватно чувствителен к звуковым воздействиям в виде физвокализа.

14. ПОНЯТИЕ АНТЕН И ГРАММАТИЧЕСКИХ СИМВОЛОВ, УСИЛИВАЮЩИХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕЖДУ БИООБЪЕКТАМИ И ВОДОЙ

Дружинин Е. – 3 к.

Научный руководитель: д.м.н. А.Г. Кудрин

Антенны – устройства для улавливания и испускания электромагнитных колебаний. В окружающем мире антенны представлены в виде различных форм и типов – проволочные, шелевые, акустические, спиральные, оптические. По сути, антенной можно представить любую структуру обладающую формой, подобной многочисленным формам антенн, и в то же время, они окружают нас повсюду, начиная с самых больших – планеты и галактики, и заканчивая самыми маленькими – полимеры, молекулы, атомы. Даже человека можно представить, как систему, в виде источника слабых электромагнитных колебаний, а его отдельные структуры, как антенны различных форм.

По новым данным буквы и цифры тоже являются источником пассивного резонанса (антенн). Передавая антеннам форму буквы можно получить электромагнитные колебания, которые будут воздействовать на биологические структуры и на такие, как наиболее распространенная в них, вода.

Изменение окислительно-восстановительного потенциала воды(ОВП) и показателя водорода (РН) с помощью антенны актуально, так как даст нам возможность изучить по новому свойства воды, ее основные характеристики, которые в дальнейшем можно использовать в медицинской практике.

Целью исследования является бесконтактное воздействие антенн в виде букв на жидкую водную среду и измерение показателей ОВП и РН воды в динамике. В качестве материала для антенн использованы металл, воск, а так же замороженную в виде букв питьевую воду. Измеряли показатели воды прибором РН-метр-иономером. Методика исследования заключалась в динамической записи показателей ОВП и РН воды.

В результате исследования доказана адекватная чувствительность жидкой питьевой воды на контактное и бесконтактное воздействие антенн.

15. МЫШЕЧНАЯ НАГРУЗКА КАК СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИОРЕЗОНАНСНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БИООБЪЕКТОВ И ВОДЫ

Хомколова А. – 4 к.

Научный руководитель: д.м.н. А.Г. Кудрин

В последние годы появилось много информации о том, что вода способна «слышать» и «запоминать» особым образом то, о чем мы говорим, и преобразовывать полученную информацию в видимые нами образы из кристаллов, например, причудливые узоры на окне зимой. А может ли вода воспринимать наши движения? И если да, то можно ли зарегистрировать ее ответ на ту или иную мышечную работу, выполненную нами?

Целью работы было ответить на эти вопросы и изучить чувствительность питьевой воды к разным видам мышечной нагрузки. В работе использовались: рН-оксиметр воды с отходящими от него электродами и записывающее устройство, подключенное к рН-оксиметру, отображающее колебания кривых окислительно-восстановительного потенциала(ОВП) и показателя водорода(РН) при выполнении мышечных нагрузок. Измеряемыми показателями исследования были: время с момента начала мышечного действия до первых изменений ОВП, РН показателей воды (латентный период), регистрация амплитуды колебаний графика и сравнение образов, полученных от разных испытуемых, время восстановления графика до исходного уровня. В ходе исследования были получены следующие данные:

1. Подтверждена адекватная чувствительность используемого рН-оксиметра к выполняемым мышечным пробам;
2. Получены разные по физическим характеристикам образы графиков при выполнении той или иной мышечной нагрузки;
3. Разные латентные периоды на мышечную пробу в зависимости от вида выполняемых движений, и от индивидуальных физических характеристик испытуемых.

Таким образом было установлено, что мышечные движения испытуемых вода способна не только воспринимать, но и реагировать на них в виде отклонения кривых ОВП и РН различной формы.

16. К МЕТОДИКЕ РЕГИСТРАЦИИ ФОРМ ПАМЯТИ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОМ ОБМЕНЕ МЕЖДУ ЧЕЛОВЕКОМ И ВОДНЫМИ РАСТВОРАМИ

Коротких А. – 4 к.

Научный руководитель: д.м.н. А.Г.Кудрин

Понятие волнового генома все чаще подтверждается современными исследованиями, тем более, что формы информационно-волнового взаимодействия похожи как в макро, так и микромире. По структуре форма общения между ДНК, человеческой речью совпадают. Познание законов информационно-волнового взаимодействия актуальны.

Учитывая, что колебательный контур является основой возникновения различных электромагнитных волн, в работе даются понятия основ единой физики, гиперчастотной механики по Х.Д.Базиеву, пояснения сементического биорезонанса и антибиорезонанса по А.И. Лощиллову,

значения элементарных частиц воды, электрона и электрина, глобул, кластеров.

17. ИСКУССТВЕННЫЕ НЕЙРОННЫЕ СЕТИ

Зайцев М. – 4к. (АмГУ), Коротких А. 4к.

Научный руководитель – доц. Смирнов В.А.

Искусственная нейронная сеть — это математическая модель, а также устройства параллельных вычислений, представляющие собой систему соединённых и взаимодействующих между собой простых процессоров (искусственных нейронов).

В последние годы с большой скоростью развивается новая область прикладной математики, специализирующаяся в создании нейронных сетей. Актуальность этих исследований связана с массовым ростом применения нейронной сети в различных областях. Примером этому является автоматизация процессов распознавание образов, адаптивное управление, прогнозирование и предсказывание поведения показателей финансового рынка, исследование оптических и звуковых сигналов, создание самообучающейся системы, озвучивание текстов, игра на бирже, контекстная реклама в Интернете, фильтрация спама, проверка проведения подозрительных операций по банковским картам, системы безопасности и видеонаблюдения — и это далеко не все.

Тематика искусственных нейронных сетей относится к междисциплинарной сфере знаний, связанных с биокibernетикой, электроникой, прикладной математикой, статистикой, автоматикой и медициной.

Искусственные нейронные сети возникли на основе знаний о функционировании нервной системы живых существ. Они представляют собой попытку использования процессов, происходящих в нервных системах, для выработки новых техно-логических решений.

Каждый нейрон можно считать своеобразным процессором. С каждым процессором (т.е. обрабатывающим элементом сети) связывается набор входящих связей, по которым к данному элементу поступают сигналы от других элементов сети, и набор исходящих связей, по которым сигналы данного элемента передаются другим элементам. В случае программного моделирования реальных процессов на входные элементы обычно подаются уже предварительно подготовленные данные из некоторого файла данных, а не от непосредственно связанных с внешней средой датчиков.

В большинстве моделей нейронов, на пример в модели МакКаллока-Питса и модели сигмоидального нейрона, выходной сигнал принимает двоичные значения: 0 или 1.

Искусственные нейронные сети прочно вошли в нашу жизнь и в настоящее время широко используются при решении самых разных задач и активно применяются там, где обычные алгоритмические решения оказываются неэффективными или вовсе невозможными.

18. ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ

Коротких А. 4к., Зайцев М. 4к. (АмГУ)

Научный руководитель – доц. Смирнов В.А.

Искусственный интеллект — раздел информатики, изучающий возможность обеспечения разумных рассуждений и действий с помощью вычислительных систем и иных искусственных устройств. При этом в большинстве случаев заранее неизвестен алгоритм решения задачи.

Согласия в определении того, что именно считать необходимыми и достаточными условиями достижения интеллектуальности не достигнуто. Существует точка зрения, что искусственный интеллект это математическое моделирование всех функций высшей нервной деятельности или всех функций коры головного мозга. Другие специалисты принимают иные гипотезы. Обычно к реализации интеллектуальных систем подходят именно с точки зрения моделирования человеческой интеллектуальности. Таким образом, в рамках искусственного

интеллекта различают два основных направления:

- символическое (семиотическое, нисходящее) основано на моделировании высокоуровневых процессов мышления человека, на представлении и использовании знаний;
- нейрокибернетическое (нейросетевое, восходящее) основано на моделировании отдельных низкоуровневых структур мозга (нейронов).

Следовательно, сверхзадачей искусственного интеллекта является построение компьютерной интеллектуальной системы, которая обладала бы уровнем эффективности решений неформализованных задач, сравнимым с человеческим или превосходящим его. В качестве критерия и конструктивного определения интеллектуальности предложен мысленный эксперимент, известный как тест Тьюринга.

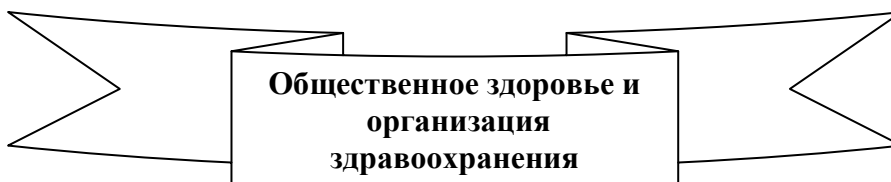
На данный момент не существует систем искусственного интеллекта, однозначно отвечающих основным задачам, обозначенным выше. Успехи в исследовании аналоговых и обратимых вычислений позволят совершить большой шаг вперед в построении систем искусственного интеллекта.

Наиболее часто используемые при построении систем искусственного интеллекта парадигмы программирования — функциональное программирование и логическое программирование. От традиционных структурного и объектно-ориентированного подходов к разработке программной логики они отличаются нелинейным выводом решений и низкоуровневыми средствами поддержки анализа и синтеза структур данных.

В настоящий момент в создании искусственного интеллекта (в первоначальном смысле этого слова, экспертные системы и шахматные программы сюда не относятся) наблюдается дефицит идей. Практически все подходы были опробованы, но к возникновению искусственного разума ни одна исследовательская группа так и не подошла.

На данный момент просматриваются два направления развития искусственного интеллекта:

- первое заключается в решении проблем связанных с приближением специализированных систем и искусственного интеллекта к возможностям человека и их интеграции, которая реализована природой человека.
- второе заключается в создании Искусственного Разума, представляющего интеграцию уже созданных систем искусственного интеллекта в единую систему, способную решать проблемы человечества



Научный руководитель: проф. д.м.н. К.Н. Войт
Председатель: Анисимова А. – 5к.
Секретарь: Скоморошко П. – 5к.

1. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ.

Галеева Н.А. -5 к.

Научный руководитель: проф. д.м.н., Войт Л.Н.,

В Амурской области серьезный демографический кризис. Начиная с 1993 года отмечается устойчивое сокращение общего прироста населения. В течение 1993-2007гг. численность населения области сократилась более чем на 70 тыс. чел. и на 1 января 2008г. составила 869,5 тыс.чел.

Основная причина - естественная убыль населения, которая находится на стабильно высоком уровне. Ежегодно уровень смертности превышает число родившихся на 4 тыс. чел. Среди причин смерти на 1-м месте болезни органов кровообращения (48%), на 2-м – несчастные случаи, травмы, отравления (22%). Продолжается процесс старения населения, увеличивается доля лиц старше трудоспособного возраста и сокращается доля детей и подростков до 16 лет. Отмечается увеличение миграции лиц трудоспособного возраста. Миграционная убыль населения области увеличилась на 239 человек, или на 7,4%, что произошло в результате снижения числа прибывших на 303 человека, или на 5,8%.

В Амурской области, как и в целом по России, наблюдается рост заболеваемости детей во все возрастные периоды, практически по всем классам болезней. За последние 10 лет заболеваемость детей до 14 лет возросла более, чем в 1,5 раза; заболеваемость подростков от 15 до 17 лет - почти в 2 раза. Рост показателей заболеваемости связан как с улучшением диагностики, так и с ухудшением здоровья подрастающего поколения. В структуре заболеваемости детей и подростков превалирует патология органов дыхания, что связано как с анатомо-физиологическими особенностями детского организма, так и с климатогеографическими условиями Амурской области. Среди подростков особенно велик рост заболеваний мочеполовой системы, которые вышли на второе место в структуре заболеваемости, превысив показатель по России в 1,8 раз. Заболеваемость эндокринной патологией среди подростков в области в 1,5 раза превышает показатели по РФ, в основном за счет заболеваний щитовидной железы, что обусловлено эндемичностью нашего региона. Отмечается рост хронической патологии органов пищеварения в 1,5 раза. По итогам профилактических осмотров ежегодно регистрируется рост числа детей с нарушением зрения, осанки, со сколиозом.

За последние 10 лет показатель младенческой смертности в области снизился почти в 1,5 раза, но при этом стабильно превышает показатели по РФ и ДФО. В 2006г. показатель младенческой смертности составил 17,5 на 1000 родившихся живыми, превысив показатель по РФ в 1,7 раза. За 2007г. этот показатель несколько снизился и составил 16,5 на 1000 родившихся живыми. Почти треть всех детей, умерших до года, умерли на дому. Основная часть детей,

умерших на дому - это дети из социально неблагополучных семей, лишенные должного ухода со стороны родителей. Аналогичная тенденция отмечается в целом по стране. Смертность детей первого года жизни от травм, отравлений и несчастных случаев в области имеет устойчивую тенденцию к росту и превышает показатель по РФ в 1,8 раза. Все это подтверждает масштабы социального неблагополучия в семьях, воспитывающих детей.

Увеличение миграции лиц трудоспособного возраста и сохраняющийся высокий уровень безработицы, низкая рождаемость и высокая смертность, суженное замещение поколений и их качественное ухудшение способствуют обострению проблемы воспроизводства населения.

2. ЗАНЯТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ПОРЯДОК ДОПУСКА К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Ракитина Т.Н. – 5 к.

Научный руководитель: к.м.н. Е.А., Дроздова

Десятки лет практическая деятельность врачей, провизоров и специалистов медицинских профессий со средним профессиональным образованием в нашей стране начиналась с момента окончания высшего или среднего специального учебного заведения и получения диплома врача, провизора или специалиста со средним медицинским образованием (фельдшер, акушерка, медицинская сестра, фармацевт и т.д.).

По существовавшей практике за шесть лет обучения готовилась огромная армия врачей. Единственным документом, разрешающим врачу практиковать был диплом врача. Такой процесс подготовки врача и других медицинских работников не имел аналогов в мировой практике. В целях приближения образовательного стандарта к мировому уровню, в нашей стране с 1968 года для специалистов с высшим медицинским образованием был введен дополнительный год обучения - интернатура. Окончание интернатуры стало обязательным условием для начала самостоятельной профессиональной практики. На деле же выпускники ВУЗов допускались к постели больного один на один уже во время прохождения интернатуры. Таким образом, специалист с незаконченным высшим образованием оказывался включенным в процесс самостоятельного лечения больных без наступления юридического права. Это также не имеет прецедентов в мировой медицинской практике, так как подобные нарушения называются за рубежом незаконным врачеванием и влекут за собой юридическую ответственность.

Медицинская практика разрешается только тем специалистам, которые имеют законченное специальное образование, соответствующее государственному образовательному стандарту, государственный документ об образовании, сертификат специалиста и государственную лицензию, дающую юридическое право на медицинскую или фармацевтическую практику.

В нашей стране понятия “лицензирование” и “аккредитация” вошли в практику здравоохранения с 1991 года, с началом реформирования российского здравоохранения и выходом Закона РСФСР “О медицинском страховании граждан в РСФСР”. Однако настоящая кадровая реформа здравоохранения началась с выходом в июле 1993 года “Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан”.

Допуск к самостоятельной медицинской и фармацевтической деятельности ужесточен и имеет ряд существенных изменений, о которых должен знать каждый специалист здравоохранения. Определена этапность процесса. На первом этапе проводится сертификация специалиста; второй этап - это этап аккредитации; на третьем этапе осуществляется лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности.

Ответственность за организацию и осуществление работы на каждом из этапов несут различные структуры. Сертификация специалистов - прерогатива образовательных учреждений, аккредитация - уровень территориальных органов управления здравоохранением, лицензирование - уровень управления субъектов Федерации. Вот так можно обозначить место процессов сертификации, аккредитации и лицензирования в деятельности учреждений, предприятий, организаций и лиц государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в усло-

виях реформы системы здравоохранения Российской Федерации. И все это аспекты новой кадровой политики в здравоохранении России периода реформирования.

3. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Лавриненко Е.В. – 5 к.

Научный руководитель: к.м.н. Е.А. Дроздова.

В настоящее время, одним из важных направлений современной медицины является поиск общих закономерностей реагирования человека на заболевания, универсальных понятий и точных критериев, описывающих широкий спектр событий и изменений в жизни больного. Доказано, что болезнь влияет как на физическое состояние индивидуума, так и на психологию его поведения, эмоциональные реакции, часто изменяют его место и роль в социальной жизни. При изучении природы заболеваний важно получить полное представление о характере воздействия болезни на важнейшие функции человека.

Понятие качество жизни появилось в Index medicus в 1977 году и в настоящее время широко используется в медицине зарубежных стран. В большинстве клинических исследований оценивают КЖ, связанное со здоровьем, которое характеризует, каким образом физическое, эмоциональное и социальное благополучие больного изменяется под влиянием заболевания и его лечения. В некоторых случаях это понятие включает также экономические и духовные аспекты функционирования больного.

Целью нашей работы явилось проведение сравнительного анализа показателей КЖ больных СД. Для изучения влияния данного заболевания на КЖ нами предварительно определены параметры КЖ в группе сравнения. В группу сравнения было отобрано случайным методом 215 респондентов, жителей г. Благовещенска Амурской области, на момент исследования не имевших эндокринологических заболеваний, статистически сопоставимые по полу и возрасту с группой обследованных больных СД.

Среди лиц включенных в группу сравнения, преобладали женщины 126 (58,6%), мужчин было 89 (41,4%). Средний возраст составил $46,15 \pm 3,21$ года. На долю респондентов 20-35 лет приходилась 9,0%, 36-60 лет – 57,8%, 61-74 лет – 33,2%. В группу больных СД отобрано 186 респондентов на момент исследования проходивших лечение в ЛПУ г. Благовещенска. Из них 68,2% больных СД 2 типа, 31,8% - СД 1 типа. Среди больных СД, включенных в исследование женщин - 102 (54,8%); мужчин - 84 (45,2%). Средний возраст группы больных СД $48,26 \pm 2,25$ года, на долю респондентов 20-30 лет приходилось 12,3%, 36-60 лет – 53,8%, 61-74 лет – 33,9%.

Для изучения влияния СД на КЖ определены параметры КЖ в группе сравнения и среди больных диабетом. При этом выявлены существенные статистически достоверные различия по всем шкалам опросника SF-36. Так, показатели шкал физической активности, общего здоровья и социальной активности были с высокой степенью достоверности ниже (на 55,6%), аналогичных показателей в группе сравнения. Самооценка общего состояния здоровья снижена на 34,2%, по сравнению с респондентами группы сравнения.

В группе больных СД снижение социальных связей и социальной активности составило 27,07%. Показатели психического здоровья больных СД были ниже на 26,69%, чем соответствующие показатели респондентов группы сравнения. Средние значения показателей КЖ больных СД для 8 шкал опросника SF-36 колебались от 34,28 (шкала здоровья) до 59,61 (шкала эмоциональных проблем), что на 35,0% и 26,6% (соответственно) меньше показателей КЖ респондентов группы сравнения.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о существенном влиянии СД на основные показатели КЖ, характеризующие физическую, психологическую и социальную сферы деятельности больного.

4. МОЛОДАЯ СЕМЬЯ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ

Анисимова А. – 5 к.

Научный руководитель: проф. д.м.н. Л.Н. Войт,

Рубеж веков, рубеж тысячелетий для мирового сообщества — момент осмысления достижений народов и государств, оценки нерешенных проблем, прогнозирования перспектив социального развития. Россия в начале 90-х уходящего века вступила на путь демократических преобразований и трансформации всех сторон государственной и общественной жизни.

Демографическая ситуация в России остается неблагоприятной - отрицательный естественный прирост населения при сохранении нынешних темпов депопуляции, в ближайшее десятилетие достигнет наивысших показателей среди всех стран мира. Российское общество стареет, и это обстоятельство должно стать предметом внимательного анализа и управленческих решений, разработки более эффективной государственной демографической политики.

Репродуктивное поведение молодых женщин значительно изменилось: коэффициенты рождаемости (соотношение живорождений на 1000 женщин) снизились в группе 15–29-летних женщин. В молодых семьях (на которые приходится основная масса рождений детей) стремление иметь ребенка все чаще откладывается на неопределенное будущее ввиду жизненной неустроенности, влияния различных факторов социального риска.

При проведенном социологическом исследовании среди студентов АГМА оказалось, что официально состоят в браке в настоящий момент 13% опрошенных, из них 68% не имеют детей по причине отсутствия собственного жилья, а также из-за материальных проблем. Определенную роль играет и стремление молодых людей к профессиональному росту.

В подавляющем большинстве молодые люди в будущем планируют иметь одного ребенка (63% опрошенных), двоих детей планируют завести 25% опрошенных и только 2% мечтают иметь троих и более детей.

Интересным остается тот факт, что отсутствие у молодых людей одного из родителей не влияет на желание завести полноценную семью. Наоборот, возникает стимул не совершать подобных ошибок в будущем.

Специфика становления и функционирования молодой семьи требует особого подхода к решению ее проблем при реализации государственной социальной политики. Государство должно гарантировать семье достижение уровня благосостояния необходимого для ее самостоятельного существования, самообеспечения и саморазвития и реализации основных функций. Поэтому стратегической целью реализации государственной семейной политики в отношении молодой семьи является создание условий для становления и развития молодой семьи в качестве полноценного субъекта российского общества.

5. ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В РОССИИ

Черевков Р.А. – 5 к.

Научный руководитель: проф. д.м.н. Л.Н. Войт,

Реформирование общественно-политической системы и экономики России длится более 20 лет. Нищета, возникшая в ходе реформ, наибольшее влияние оказала на снижение рождаемости, так как для большинства семей количество детей стало определяющим фактором бедности. От бедности пострадали беременные женщины: они превратились в группу высокого риска в связи с повышением частоты анемий, невынашивания беременности и осложнений родов, что, в свою очередь, увеличило число детей, рождающихся больными. Нищета обусловила отрицательное влияние на физическое развитие и здоровье будущих поколений.

Чтобы обосновать пути преодоления негативных последствий реформ, необходимо знать, каким образом экономические, социальные, психологические и иные факторы оказыва-

ют свое пагубное воздействие на здоровье населения. Ключевую роль в этом играет процесс, который отображен как «социальный стресс».

Специфическая причина возникновения социального стресса заключается в утрате населением эффективной трудовой мотивации. Для преодоления в России социального стресса и медико-демографического кризиса необходимо создание у трудоспособного населения сильной трудовой мотивации, основанной на возможности честным трудом обеспечить достойное существование себе и своей семье. Утрата трудовой мотивации дееспособным населением России породила возникновение хронического социального стресса, в ходе развития которого происходила смена патогенетических механизмов, определяющих становление сверхвысокой смертности трудоспособного населения.

В развитии медико-демографического кризиса значимую роль играет также особенность генофонда отечественной популяции – избыточная гетерозиготность. В основе гетерозиготности лежат такие факторы как: межнациональные отношения в Советском Союзе, которые способствовали возникновению смешанных браков и организованная трудовая миграция на обширных территориях нашей страны.

К основным особенностям здоровья населения Российской Федерации в современных условиях, возможно, отнести такие проблемы, как: низкая рождаемость, высокая смертность населения, ухудшение здоровья населения (высокая заболеваемость, хронизация, инвалидизация), низкая ожидаемая продолжительность жизни, выраженная тенденция постарения населения страны.

С целью преодоления сложившейся ситуации и сохранения национального здоровья считается необходимым: провозглашение национальной идеи, в основу которой должны быть положены национальные ценности; качественное изменение социально-политической идеологии; консолидация общества вокруг решения демографической проблемы; формирование адекватного правового поля, направленного на поддержку семьи, женщины-матери, деторождения; стимулирование и культивирование на государственном уровне здорового образа жизни; разработка целевых программ на всех уровнях исполнительной власти по охране здоровья населения.

Ущерб здоровью населения и демографическим процессам в стране достиг критической величины. Если государственная политика в допустимый интервал времени не будет приведена в соответствие с условиями, обеспечивающими выживание населения, то Россия как государство и русский народ как нация могут перестать существовать.

6. ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К ЗДОРОВЬЮ И ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Скоморошко П.– 5 к.

Научный руководитель: проф. д.м.н., Л.Н. Войт,

Студенческая молодежь как отдельная социальная группа вполне естественно имеет определенные отличия в образе жизни, свои ценности, установки, эталоны поведения. Образ жизни, в свою очередь, зависит от конкретной линии поведения индивида, его ценностных ориентаций, установок, мотивов деятельности, что может существенно повлиять на состояние его здоровья. Ценностные же ориентации, обеспечивающие в социальной группе поддержание и укрепление здоровья, составляют основу здорового образа жизни.

Проблема сохранения здоровья молодого поколения приобретает особую остроту в условиях социально-демографического кризиса.

Отношение к здоровью, здоровьесберегающее поведение являются одним из важнейших составляющих элементов культуры общества. Культура здорового образа жизни пока еще не получила широкого распространения среди российской молодежи. Ситуация обостряется в связи с возрастающей популярностью в молодежной среде привлекательности различных видов нефизической деятельности и с ростом вредных привычек.

Особое значение имеют исследования, направленные на изучение закономерностей и тенденции отношения к здоровью и здоровому образу жизни в студенческой среде, поскольку образовательный процесс неразрывно связан с воспитательным, важное место в котором сле-

дует отводить формированию здорового образа жизни будущих специалистов.

С целью выявления отношения студентов к здоровому образу жизни и оценки их здоровья нами было проведено анонимное анкетирование студентов 5 курса АГМА. При анализе анкет было выявлено, что считают себя здоровыми 31,9% опрошенных, 40,3% имеют различные факторы риска, а 27,8% имеют хронические заболевания. Заболевания органов желудочно-кишечного тракта имеют 43%, органов дыхания 25%, органов мочевыделительной системы 17,9%, проблемы со зрением имеют 7,1%, заболевания сердца 3,6% и органов эндокринной системы 3,6%. При этом курят 27,5% опрошенных, а употребляют алкогольные напитки с различной частотой 87,6%. Занимаются физической культурой и периодически выполняют физические упражнения 76,3%, однако соблюдают режим дня и питания всего 19,3% опрошенных студентов.

Известно, что удельный вес образа жизни в показателе смертности составляет почти 60% при отравлениях и травмах, 43% при инфекционных заболеваниях, 30—35% при болезнях кровообращения, дыхания, пищеварения и нервной системы. Доля влияния на развитие заболевания такого фактора, как образ жизни, составляет более 60% при ишемической болезни сердца и сосудистых поражениях мозга, 35% при злокачественных новообразованиях. Особенно отрицательно влияют на здоровье вредные привычки.

Целью данной работы явилась попытка создания модели формирования здорового образа жизни у студентов высших учебных заведений. Мировая практика свидетельствует о высокой эффективности такого направления в здравоохранении (к тому же не требующего значительных материальных затрат), как обеспечение здорового образа жизни. С учетом этиопатологической обусловленности отклонений в состоянии здоровья и наличия факторов риска разрабатываются конкретные мероприятия по улучшению образа жизни для каждого студента.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ПРЕСТУПЛЕНИЕ, ПРАВОНАРУШЕНИЕ И ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ГРАЖДАН РФ.

Яковченко Е.А. – 5 к.

Научные руководители: асс. Печерица В.И,
проф. д.м.н., Л.Н. Войт

Правонарушение - родовое понятие, означающее любое деяние, нарушающее какие-либо нормы права, и представляет собой юридический факт. Любое правонарушение - неповторимый акт человеческой деятельности, обладающий индивидуальными особенностями. Вместе с тем в каждом правонарушении можно увидеть и некоторые типичные, основные признаки, которые присущи любому правонарушению включая профессиональные правонарушения медицинского корпуса.

Преступление - это особая разновидность правонарушения, характеризующегося общественной опасностью, виновностью, противоправностью, посягательством на наиболее значимые объекты (блага) правовой охраны. Каталог составов преступлений определен Уголовным кодексом Российской Федерации. За любое правонарушение медицинский работник независимо от должности и ранга несет юридическую ответственность. Под юридической ответственностью понимают применение к лицу, совершившему правонарушение, предусмотренных законом мер принуждения.

Различают два вида юридической ответственности: карательную; правовосстановительную.

Карательная ответственность применяется за преступления, административные или дисциплинарные проступки. Последствием применения данного вида ответственности является состояние «наказанности» (судимость - в уголовном праве, наличие взыскания - в административном и трудовом праве).

Правовосстановительная ответственность заключается в восстановлении нарушенного права, в принудительном исполнении невыполненной обязанности. Правовосстановительная ответственность завершается восстановлением в установленных законом пределах нарушенно-

го правопорядка. Принудительные меры государственного воздействия на правонарушителя носят вспомогательный характер. Их применением не исчерпывается и не решается вопрос об ответственности за правонарушение.

Составы правонарушений и санкции за их совершение определяет законодатель. Применение санкций - задача правоохранительных органов. Процедура, привлечение к ответственности, правовой регламент рассмотрения и разрешения дела детально регулируются нормами процессуального права. Трудовое законодательство регулирует трудовые отношения во всех организациях независимо от их организационно-правовой формы. Отношения, возникающие из гражданско-правовых договоров (поручения, авторского, подряда и др.), предметом которых является предоставление определенного результата труда, не регулируются трудовым законодательством. Эти отношения регулируются гражданским законодательством.

Трудовые отношения основаны на личном выполнении работником своих трудовых обязанностей и подчинении последнего внутреннему трудовому распорядку организации.

Работники обязаны работать честно и добросовестно, блюсти дисциплину труда, своевременно и точно исполнять распоряжения администрации, повышать производительность труда, улучшать качество продукции, соблюдать технологическую дисциплину, требования по охране труда, технике безопасности и производственной санитарии, бережно относиться к имуществу организации. Предъявляемые к работникам требования могут быть детализованы и в правилах внутреннего трудового распорядка конкретных организаций, уставах и положениях о дисциплине, коллективных договорах, а также в индивидуальных трудовых договорах. В случае нарушения требований, предъявляемых к работникам и закрепленных в соответствующих актах, к работникам могут быть применены меры ответственности (замечание, выговор, строгий выговор, увольнение и пр.). Особым видом ответственности работников является материальная ответственность. Материальная ответственность работников является самостоятельной ответственностью, не зависящей от наложения дисциплинарной, административной, гражданско-правовой или уголовной ответственности. Трудовое законодательство предусматривает два вида материальной ответственности: ограниченную; полную.

Материальная ответственность возлагается на работника только при одновременном наличии следующих условий: прямого (действительного) ущерба; противоправности поведения работника, причинившего ущерб; вины работника в причинении ущерба; причинной связи между действием (бездействием) работника и ущербом.

За совершение преступления медицинский работник несет уголовную ответственность согласно уголовному кодексу РФ. В соответствии со ст. 39 УК РФ не является преступлением причинение вреда охраняемым уголовным законом интересам в состоянии крайней необходимости. Т.е. для устранения опасности, непосредственно угрожающей личности и правам данного лица или иных лиц, охраняемым уголовным законом интересам общества или государства, если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и, при этом, не было допущено превышения пределов крайней необходимости. В соответствии со ст. 41 УК РФ не является преступлением причинение вреда охраняемым законом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели.

8. ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Прищепа Ю.– 5 к.

Научные руководители – асс. Печерица В.И.,
проф. д.м.н., Л.Н. Войт,

Несмотря на достижения современной медицины, увеличивается количество бесплодных браков. По результатам медицинской статистики в России каждый шестой брак бесплоден по различным причинам.

Сегодня в результате развития научных достижений в медицине, применения методов искусственной репродукции стало возможным преодоление бесплодия.

Основные юридические вопросы, касающиеся правового применения методов вспомогательных репродуктивных технологий, правового статуса сторон, давших согласие на применение данных методов, изложены в Семейном кодексе Российской Федерации, в Основах законодательства об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. и в Приказе Минздрава РФ от 26 февраля 2003 г. «О применении вспомогательных репродуктивных технологий в терапии женского и мужского бесплодия». В соответствии с приказом Минздрава вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) – это методы терапии бесплодия, при которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне организма. ВРТ включают: экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов в полость матки, инъекцию сперматозоида в цитоплазму ооцита, донорство спермы, донорство ооцитов, суррогатное материнство, преимплантационную диагностику наследственных болезней, искусственную инсеминацию спермой мужа (донора).

Обязательным требованием для применения любого из перечисленных методов является письменное согласие пациента. Заключение письменного договора – обязательный критерий для выполнения любой процедуры искусственного оплодотворения. Помимо заключения договора можно выделить еще несколько условий для проведения ВРТ: искусственное оплодотворение женщины должно осуществляться только в тех учреждениях, которые получили лицензию на указанный вид деятельности, применение в нашей стране ВРТ допускается только по медицинским показаниям, сведения о проведенных операциях составляют врачебную тайну.

Однако возникает ряд правовых проблем, которые требуют обсуждения и законодательного закрепления.

Во-первых, остается неясным вопрос о возрасте супружеской пары или одинокой женщины, желающей воспользоваться методами искусственного оплодотворения. Во-вторых, в ст. 35 Основ законодательства об охране здоровья граждан, ограничены права мужчин на доступ к методам вспомогательной репродукции. Другой нерешенной проблемой являются условия, при которых возможен доступ к методам вспомогательной репродукции.

В последнее время в клиники обращаются женщины, у которых нет формально бесплодия. Нужно ли отказывать женщине в проведении экстракорпорального оплодотворения?

Замужняя женщина согласно ст. 35 Основ не может воспользоваться правом на искусственное оплодотворение без письменного согласия на то супруга. Таким образом, женщина, состоящая в браке, вынуждена будет расторгнуть брак для того, чтобы иметь возможность воспользоваться методами искусственной репродукции и стать матерью при отказе супруга подписать соответствующий документ. Оправдано ли это?

Семейный кодекс РФ говорит о том, что если ребенок родился в течение трехсот дней с момента смерти супруга матери ребенка, отцом признается бывший супруг матери, если не доказано иное. Однако, по данным медицинской науки сперма в замороженном виде может храниться около 10 лет. Но если рождение ребенка произошло в срок более трехсот дней, то умерший муж уже не может быть записан отцом ребенка.

Таким образом, представляется очевидным, что действующие правовые нормы, регулирующие правоотношения, возникающие при использовании методов искусственной репродукции, фрагментарны, затрагивают лишь отдельные аспекты возникающих проблем. Проблема охраны репродуктивного здоровья и репродуктивных прав человека и гражданина является важнейшим направлением социально-государственной политики, определяющим национальную безопасность, и на государство должна быть возложена обязанность их надлежащего юридического обеспечения.

9. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Пролюгина В.А. – 5 к.

Научный руководитель: к.м.н Дроздова Е.А.

В настоящее время сахарный диабет представляет первостепенную проблему. Заболеваемость диабетом приобрела, размеры эпидемии среди всех неинфекционных заболеваний и является острой медико-социальной проблемой. По оценке ВОЗ, количество больных диабетом в мире составляет 177 млн. человек, а к 2025 г. прогнозируется увеличение контингента больных до 300 млн. В России численность больных сахарным диабетом к 2010 году может возрасти в 5 раз и составить 10 млн. человек. Большая социальная значимость проблемы состоит в том, что сахарный диабет приводит к ранней инвалидизации и смертности в связи с сосудистыми осложнениями диабета. Более 40% всех, не обусловленных травмой, ампутаций нижних конечностей проводится в связи с синдромом диабетической стопы. Осложнения заболевания являются причинами низкого качества жизни, нарушения трудоспособности и инвалидизации у большого количества больных сахарным диабетом.

Больные сахарным диабетом чаще других пациентов нуждаются в госпитализации; прямые издержки системы медицинского обслуживания больных сахарным диабетом, достаточно велики. Чрезвычайно важным является определение размеров экономического ущерба, обусловленного инвалидностью и преждевременной смертностью, к которой приводит СД.

Решение проблемы зависит от изучения эпидемиологических, в том числе региональных особенностей заболеваемости, степени доступности медицинской помощи и совершенствования её организации. Сахарный диабет является одним из самых распространенных заболеваний эндокринной системы. Его доля в структуре эндокринной патологии составляет 64,5%. В настоящее время распространенность явного сахарного диабета среди населения достигает 4%. Однако массовые обследования показали, что больных скрытыми формами диабета в 2 раза больше, чем больных с явным диабетом. Вместе с тем существуют определенные состояния и болезни, представляющие собой факторы риска, при которых распространенность сахарного диабета достигает 15-30%.

Распространенность сахарного диабета на территории Амурской области составляет 1870,8 на 100 тыс. населения, при этом динамика характеризуется значительным темпом прироста показателей (12,5% в год). Среди территорий Дальневосточного федерального округа наибольшая распространенность СД наблюдается в Магаданской области. В среднем на территории ДФО распространенность СД составляет 1332,1 на 100 тыс. населения. Клинико-эпидемиологической особенностью заболевания является значительное преобладание удельного веса сахарного диабета 2 типа (93,7%). При этом, уровень распространенности сахарного диабета 1 типа, составляющий в среднем 80,6 на 100 тыс. населения в 14,2 раза меньше уровня распространенности СД 2 типа.

Таким образом, проблема высокого уровня заболеваемости населения сахарным диабетом является не только медицинской проблемой, но и в первую очередь, медико-социальной, вследствие значительного темпа прироста показателей распространенности сахарного диабета, а так же его осложнений, экономических потерь государства и общества, связанных с преждевременной смертностью и утратой полноценной трудоспособности среди больных сахарным диабетом.

10. СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ДВИЖЕНИЯ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Высоцкая Ю. – 3 к.

Научный руководитель: проф. д.м.н. Войт Л.Н.

Благотворительное движение в Амурской области, как общественный процесс неотделимо от исторических особенностей данного региона и имеет свою специфику. Важнейшей вехой в истории освоения Приамурья русскими стал 1852 год: 16 мая был заключен Айгунский тракт, по которому Амурская область перешла к России.

В 1859 году на Амур прибыла первая партия крестьян-переселенцев из Самарской и Таврической губерний. В 1862 году закончилась постройка архиерейского дома с церковью и духовным училищем.

В этом же году в Амурской области была создана с участием архиепископа Иннокентия первая благотворительная организация – Благовещенское епархиальное попечительство о бедных духовного звания, которое помогало нуждающимся денежными пособиями, одеждой, продуктами, а также оказывало бесплатную медицинскую помощь, выдавало бесплатные лекарства.

В 1870 году создано Благовещенское управление Российского общества Красного Креста (РОКК) и Местный комитет РОКК. Община сестер милосердия РОКК образована в 1895 году. В 1896 году она организовала специальную амбулаторию для приема больных, а в 1900 году – больницу.

Важную роль в оказании медицинской помощи населению Амурской области играло организованное в 1886 году Лечебно-благотворительное общество, которое имело целый комплекс учреждений как медицинского, так и социального плана (больница, амбулатория, аптека, родильный приют, богадельня, сиротский дом, сиротско-вдовый дом).

В 1910 году группа лиц (в т.ч. врач И.М. Хоммер) создала «Общество попечения о подкинутых детях», которое открыло приют для подкинутых грудных младенцев. В 1912 году при приюте впервые открылись «Дневные ясли», где работающая мать могла на весь день оставить своих детей.

Амурская область – отдаленный регион России, с историко-политическими, социально-демографическими и географическими особенностями. Это пограничный район. Здесь много переселенцев, беженцев, мигрирующих категорий лиц нуждающихся в медико-социальной помощи.

Во второй половине 19 века во всей России остро ощущалась потребность в организации народного просвещения как важнейшего средства обновления и нравственного обогащения русского народа.

Решением столь непростой задачи в Амурской области занимался целый ряд благотворительных организаций. В особый список необходимо выделить благотворительные организации, основной целью которых являлась помощь в просвещении детей и молодежи Амурского региона. Таких организаций было пять. Задачами деятельности обществ являлась медико-социальная помощь которая выражалась в оплате обучения, обедов, покупке книг, выдача стипендий и денежных пособий.

Бесценный опыт благотворительности, накопленный минувшими поколениями россиян, вызывает растущий интерес и в наши дни, в условиях возрождения этого социального явления.

11. ВИДНЫЙ ВОЕННЫЙ ИММУНОЛОГ (Г.К. ГАПОЧКО)

Яковенко М. – 3к.

Научный руководитель: к.м.н. Киреев А.А.

22 ноября 2004 года исполнилось 80 лет со дня рождения заслуженного деятеля науки РФ, лауреата государственной премии СССР и премии Правительства РФ, доктора медицинских наук, профессора генерал-майора медицинской службы в отставке Константина Георгиевича Гапochко (1924 – 1996).

Научная деятельность К.Г. Гапochко тесно связана с разработкой и совершенствованием организационных принципов иммунопрофилактики инфекционных болезней в армии и на флоте, экспериментальным и клинико-иммунологическим обоснованием новых средств и методов вакцинации, исследованием механизмов конкурентности и совместимости антигенов при комплексной и ассоциированной иммунизации. Под его руководством были разработаны способы профилактики и купирования поствакцинальных реакции при массовой иммунизации с помощью фармакологических средств.

Неослабное внимание Константин Георгиевич уделял решению проблемы сохранения физической работоспособности и операторской деятельности военных специалистов в поствакцинальный период, разработке критериев рентабельности и экономической целесообразности применения средств иммунопрофилактики. Он был инициатором и научным руково-

дителям нового оригинального направления иммунопрофилактики инфекции – комплексной и ассоциированной вакцинации личного состава Вооруженных Сил и населения применительно к различным медико-географическим регионам и районам дислокации.

Особое внимание К.Г. Гапачко уделял моделированию аэрогенных инфекции для оценки эффективности средств и методов профилактики и лечения инфекционных болезней, в т.ч. технических средств массовой иммунизации – безыгольных инъекторов и установок для групповой аэрозольной вакцинации.

Благодаря широкому научному кругозору, эрудиции, большому опыту организации научных исследований, постоянному стремлению к внедрению результатов научных разработок в практику Гапачко по праву занимает особое место в области вакцинологии и эпидемиологии как видный военный иммунолог. Вся деятельность К.Г. Гапачко – яркий пример беззаветного служения своему делу, медицинской науке и здравоохранению.

12. ВИДНЫЙ ОРГАНИЗАТОР ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ (З.П. СОЛОВЬЕВ).

Щастливцев Ж.- 3к.

Научный руководитель: к.м.н. Киреев А.А.

В плеяде деятелей отечественной военной медицины XX столетия особое место принадлежит Зиновию Петровичу Соловьеву.

Во время Русско-Японской войны он трудился врачом передового отряда Общества Красного Креста. В 1919 году его избрали председателем исполкома Общества Красного Креста РСФСР. По инициативе Зиновия Петровича Красный Крест взял шефство над охраной здоровья подрастающего поколения. В разгар гражданской войны возглавил Главное военно-санитарное управление Красной Армии.

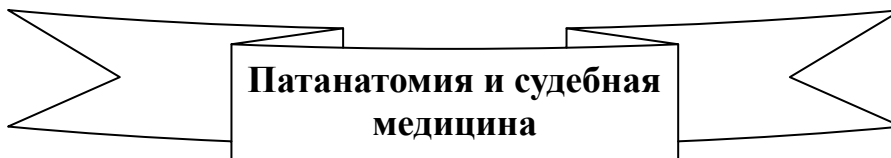
Зиновий Петрович закладывал прочный фундамент военно-санитарной организации, уделяя особое внимание банно-прачечному обслуживанию, развитию дезинфекционного и дезинсекционного направлений, проведению массовых предохранительных прививок.

Наряду с улучшением общемедицинской подготовки военного врача он считал необходимым обучение, его основам военного дела, подчеркивая, что для выполнения своего долга военный врач должен иметь медицинское и одновременно военное образование.

Большое внимание уделял Соловьев совершенствованию научных основ военно-санитарного дела, в частности созданию психофизиологических лаборатории, разработке психофизиологических показаний при отборе военнослужащих для различных родов войск.

Постоянно занятый решением государственных вопросов, З.П. Соловьев всегда использовал любую возможность для углубления знаний, расширения культурного кругозора. Зиновий Петрович всегда указывал на необходимость изучения врачами иностранных языков.

Зиновий Петрович прожил недолгую, но яркую жизнь. Он возглавлял медицинскую службу Вооруженных Сил до лета 1928 года. В ноябре 1928 года он скончался.



Научный руководитель: проф. д-мн . А.А. Григоренко
Председатель: Сержанова Н. – 3к.
Секретарь: Марушенко И. – 3к.

1. РАК ШЕЙКИ МАТКИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Антипина О., Почeko B., Дербенева А., Котова В. – 3 к.
Научный руководитель: асс. Н.Р. Левченко

По материалам областного онкологического диспансера рак шейки матки диагностируется все чаще. Заболеванию предшествуют эндоцервикозы и эндоцервициты, признаки которых обнаруживаются в биоптатах.

Последние годы предполагается роль папиломо-вирусной и другой вирусной инфекции, гистологическая диагностика которой по данным биопсии не разработана.

Целью нашей работы явилось выявление частоты, формы рака шейки у молодых женщин и попытка найти критерии гистологической диагностики предшествующих вирусных заболеваний. Результаты могут быть внедрены в диагностическую и лечебную гинекологическую практику, санитарно-просветительную работу среди молодежи.

2. ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ ПО ДАННЫМ ОБЛАСТНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Поспелова С. – 3 к.
Научный руководитель: асс. Н.Р. Левченко

Лимфогранулематоз – частая лимфома до сих пор неизвестной этиологии. В докладе делается обзор современных данных по выяснению причин заболевания, анализируется частота и формы болезни по материалам онкодиспансера.

Выявлено наиболее частое поражение лимфоузлов шеи, в которых при биопсийном исследовании чаще встречается смешаноклеточный вариант заболевания. Особо анализируются случаи, вызвавшие затруднение в диагностике, приводятся критерии диагностики лимфогранулематоза, необходимые врачам разных специальностей. Полученные данные могут быть внедрены в преподавание патологической анатомии и онкологии.

3. ТКАНЕВЫЕ БАЗОФИЛЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ МАСТОПАТИИ

Кошелева Т. - 3 курс
Научный руководитель асс. А.Ф.Ефимцева

Мастопатия – дисгормональный гиперпластический процесс молочной железы. Мастопатия встречается главным образом в возрасте от 30 до 50 лет и обнаруживается более чем у 25 % женщин.

Ведущая роль в этиологии мастопатии по экспериментальным данным и клиниче-

ским данным принадлежит нарушениям регуляторной деятельности ц. н. с. и гипоталамо-гипофизарной системы, функции яичников, надпочечников, щитовидной железы, печени.

Выделяют диффузную и узловую формы мастопатии, характеризующиеся наличием пальпируемых диффузных или очаговых уплотнений молочных желёз

Материалом для цитологических исследований при мастопатии служат пунктаты очаговых уплотнений молочной железы, мазки выделений из сосков, отпечатки с поверхности разреза узловых образований, взятые сразу после оперативного их удаления.

Целью проведённого исследования было изучение локализации, количества и степени функциональной активности, представительства тканевых базофилов в здоровой молочной железе и в молочной железе при пролиферативной мастопатии и фиброзно-кистозной мастопатии с атипической гиперплазией.

Анализ полученных данных показал, что во всех случаях патологии молочной железы все параметры системы тканевых базофилов отличаются от контрольных, при этом изменения эти носят строго специфический, зависящий от вида опухоли характер. Это подтверждает мысль о том, что тканевые базофилы являются активной частью системы местного иммунитета и ответственны за экстрацеллюлярные сигналы, направленные на поддержание гомеостаза микрорегиона.

4. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Сержанова Н.С. Зк.

Руководитель – проф., д.м.н. А.А. Григоренко
асс., к.м.н. С.С. Перфильева

Инфаркт миокарда – это циркулярный некроз сердечной мышцы вследствие остро возникающей абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровообращения.

Заболеваемость инфарктом миокарда широко распространена во всем мире. Чаще болеют лица мужского пола в возрасте 40-65 лет, что, связано с тяжелым физическим трудом, вредными привычками (алкоголь, курение), повышенной психо-эмоциональной нагрузкой, наличия массы сопутствующей патологии, которая оказывает неблагоприятное воздействие на сердечно-сосудистую систему. В настоящее время наблюдается тенденция к омоложению данного заболевания.

Патогенез инфаркта миокарда складывается из ишемической (донекротической), некротической и стадии рубцевания (организации). В развитии инфаркта миокарда особенно важным является спазм стенозированной коронарной артерии, которая может привести к повреждению атеросклеротической бляшки. При этом в кровь поступает тканевой тромбопластин, стимулирующий агрегацию тромбоцитов и способствующий образованию тромбов. Таким образом, и при тромбозе, и при длительном спазме коронарной артерии в миокарде возникают морфологические изменения, обусловленные острой ишемией. В последующем если кровоснабжение этой зоны недостаточно, то дистрофические изменения сердечной мышцы в нем заканчиваются некрозом. При включении комплекса компенсаторных и приспособительных реакций наступает организация участка инфаркта миокарда и развитие гипертрофии мышцы сердца.

Атипичные формы инфаркта миокарда встречаются в 2-10% случаев. Они сложны для диагностики, так как их клиническая симптоматика маскирует истинное заболевание:

1) Астматическая форма встречается у 5-10% больных инфарктом миокарда. Уже в первые часы заболевания развиваются сердечная астма и острый отек легких, связанные либо с резким падением сократительной функции сердца, либо с острым повышением АД. Наиболее ярким симптомом при этом является удушье, причем в 50% случаев, оно не сопровождается загрудинной болью, особенно у пожилых людей.

2) Абдоминальная (гастралгическая) форма наблюдается в 2-3% инфаркта миокарда при поражении задней стенки левого желудочка или верхушки сердца. У больных развиваются приступы боли в верхней половине живота, рвота, иногда икота, тенезмы, жидкий стул, холод-

ный пот. Нередко больной связывает свое состояние с отравлением пищей, но при абдоминальной симптоматике ЭКГ достаточно типична для инфаркта миокарда.

3) Церебральная форма возникает у 3-5% больных и характеризуется неврологической симптоматикой – преходящие нарушения мозгового кровообращения и ишемического инсульта, гемипарезом, афазией, потерей сознания и т.д. эта симптоматика связана с резким снижением сердечного выброса при остром инфаркте миокарда, нарушениями сердечного ритма (вплоть до фибрилляции желудочков и блокады сердца).

4) Безболевого форма инфаркта миокарда иногда наблюдается у старых или физически очень слабых людей, обычно злоупотребляющих алкоголем. Такие больные испытывают лишь дискомфорт в области груди, однако клинически заболевание проявляется экстрасистолией, тахикардией, реже брадикардией, артериальной гипотонией.

5) Отечная форма наблюдается редко, в основном при инфаркте миокарда задних поверхностей стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки, иногда миокарда правого желудочка сердца. Характерно быстрое развитие недостаточности правого желудочка, отека легких и асцита.

5. ПАТОМОРФОЛОГИЯ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Марушенко И.Ю. Зк.

Руководитель – проф., д.м.н. А.А. Григоренко
асс., к.м.н. С.С. Перфильева

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС, геморрагический нефрозолефрит) – это вирусное заболевание зоонозной природы, характеризующееся системным поражением сосудов, геморрагическим диатезом, расстройством гемодинамики и своеобразным поражением почек (интерстициальный нефрит) с развитием почечной недостаточности.

Первые заболевание описано в 1935г. Сотрудником Хабаровского мединститута В.А. Торганской, у трех больных. Морфологию заболевания описали патологоанатомы: Л.С.Лейбин, А.Г. Кестнер, А.И. Зеленский, А.Г.Чудаков. Возбудителя выявили вирусологи А.А. Смородинцева, М.П. Чумакова.

Естественным резервуаром вируса и источником заражения людей в существующих очагах ГЛПС могут быть различные виды грызунов, что зависит от ландшафта зон: лесная мышь в лесных районах, суслики в степных районах, лемминги в северных. Воздушно-пылевой путь передачи один из основных в заболеваемости ГЛПС.

Патогенез ГЛПС малоизучен. Известно, что патогенный эффект вируса может реализовываться как путем непосредственного повреждения различных клеточных структур, так и посредством других, самых различных механизмов, среди которых следует отметить влияние физиологически активных веществ (серотонин, гистамин, гиалуронидаза, протеолитические ферменты и т.д.), образующихся при поражении вирусом клеточных структур, и возникновение иммунных комплексов, также способных при определенных условиях оказывать повреждающее действие. В последние годы выявлена важная роль в патогенезе ГЛПС активация калликреин-кининовой системы, которая влияет на тонус сосудов, кровообращение в артериолах, венолах и капиллярах, сосудистую проницаемость и приводит к сосудистой недостаточности (коллапс, шок), повышению сосудистой проницаемости и нарушению микроциркуляции. Повышение проницаемости сосудов является важным компонентом патогенеза ГЛПС. Дальнейшим этапом становится развитие ДВС-синдрома.

Патоморфологические изменения, свойственные ГЛПС, характеризуются, прежде всего, ярко выраженным поражением кровеносных сосудов. Оно состоит в своеобразных очаговых дистрофических, отечно-деструктивных и некробиотических изменениях в стенках артериол, капилляров и венул и приводит к повышению сосудистой проницаемости. Вследствие этого возникают вторичные изменения в различных органах. Очевидно, что особенно часто и значительно поражаются внутренние органы, имеющие хорошо развитую сосудистую

систему, богатые мелкими кровеносными сосудами. Наиболее выраженные патоморфологические изменения обнаруживаются в почках, сердце, гипофизе, надпочечниках и ЦНС. Поражения в почках представлены преимущественными повреждениями в дистальных канальцах и минимальными изменениями клубочкового аппарата. Одним из ярких патологоанатомических проявлений почек при ГЛПС являются спонтанные надрывы и разрывы коркового слоя. В сердце наблюдаются различные по размеру кровоизлияния в эндокард, миокард, перикард. Обнаруживаются признаки серозно-геморрагического миокардита. В гипофизе наблюдаются кровоизлияния, очаговый и субтотальный некроз передней доли, в последующем наступает «клеточное опустошение» гипофиза. При этом задняя доля гипофиза почти не страдает. В ЦНС наблюдается полнокровие и отек твердой мозговой оболочки, небольшие субарахноидальные кровоизлияния, в нервных клетках выявляются дистрофические и некротические изменения.

Наиболее частые клинические проявления ГЛПС: ДВС-синдром, острая почечная недостаточность, отек головного мозга и легких, пневмония.

Непосредственной причиной смерти при ГЛПС является полиорганная недостаточность

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Высоцкая Ю.—3к.

Руководитель: асс., к.м.н. Меньщикова Н.В.

Рак является наиболее частой злокачественной опухолью молочной железы. Ежегодно отмечается небольшое, но неуклонное повышение заболеваемости раком молочной железы, увеличилось количество случаев заболеваемости раком молочной железы у женщин в возрасте до 40 лет, увеличение количества низкодифференцированных опухолей. На долю неинфильтрирующей формы рака приходится всего 3,5% наблюдений. В большинстве случаев рак молочной железы представляет собой инфильтрирующие формы – 96,5%, но среди этих форм около 16 % относятся к обшм гистологическим вариантам.

Гистологические формы	% случаев
Неинфильтрирующий дольковый и протоковый рак	3,5
Солидный рак	49,3
Аденокарцинома	5,3
Внутрипротоковый инфильтрирующий	9,5
Дольковый инфильтрирующий	5,0
Слизистый рак	2,1
Плоскоклеточный рак	0,6
Скирр	14,4
Рак с постлучевыми дистрофическими изменениями	5,2
Болезнь Педжета	2,5
Низкодифференцированный рак	2,2
Мультицентрический рак	0,4

Частота гистологических форм рака молочной железы по данным АООД

7. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ЖЕЛУДКА

Анкудинова Я И. 3 курс.

Руководитель: асс., к.м.н. Меньщикова Н.В.

Рак желудка - злокачественная опухоль из клеток эпителия слизистой оболочки желудка. Наибольшее число больных относится к возрастной группе старше 50 лет. Мужчины болеют раком желудка чаще, чем женщины

Опухоль может возникнуть в любом отделе желудка. Постепенно увеличиваясь, новообразование распространяется на смежные отделы и даже на весь желудок. Чаще рак располагается в антральном отделе желудка реже - в средней трети на малой кривизне и в кардиальном отделе. Злокачественное новообразование может расти экзофитно, выступая в просвет желудка или эндофитно, распространяясь преимущественно по стенке органа. Независимо от особенностей роста центральная часть опухоли нередко подвергается изъязвлению. К наиболее часто встречающимся гистологическим формам относят аденокарциному различной степени зрелости (высокодифференцированная, умеренно- и низкодифференцированная). Остальные формы рака представлены недифференцированными формами. Это слизистый, солидный, скirr, мелкоклеточный рак. Эффективность хирургического лечения рака желудка остается пока еще низкой из-за поздней выявляемости заболевания. К стойкому излечению может вести только радикальная операция, выполненная на ранней стадии развития рака. Основным путем улучшения результатов хирургического лечения рака желудка лежит через диагностику доклинических или ранних форм рака. Основными предопухолевыми процессами остаются хронические воспалительные заболевания слизистой оболочки желудка, хроническая язва желудка и 12 перстной кишки, полипы желудка.

8. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ПНЕВМОНИЙ

Лупахина Д.В., 3к.

Руководитель – асс., к.м.н. Дубяга Е.В.

Несмотря на значительное развитие пульмонологии как самостоятельной дисциплины, вопросы, которые касаются постановки диагноза пневмонии, остаются актуальными на современном этапе. Пневмонии относятся к наиболее распространенным заболеваниям и возникают в любом возрасте. Это заболевание вызывается различными микроорганизмами, подтверждается рентгенологически и доминирует в клинической картине. Осложнения пневмоний иногда приводят к инвалидизации. За последние годы возросло число пневмоний с атипичным и тяжёлым течением.

Целью нашей работы явилось описание патоморфологии атипичных форм пневмоний, которые в клинике представляют определённые трудности в диагностике.

К атипичным формам пневмоний относятся такие как листериозная, микоплазменная и хламидийная. Данные формы пневмоний имеют своеобразную клинику, длительное волнообразное течение, скудные физикальные симптомы и значительные рентгенологические проявления. Основные клинические проявления – это длительный сухой кашель иногда со скудной мокротой и астено-вегетативный синдром.

Патоморфологическая картина характеризуется в 20% субдолевым поражением лёгких, в 62% - очаговой пневмонией и в 18% - интерстициальной пневмонией.

9. РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Яровая Я.В., Соколенко В., Овчинникова Ю. - 3к. .

Руководитель: асс., к.м.н. Ефимцева А. Ф.

В предстательной железе могут возникать опухоли самых разнообразных гистологи-

ческих типов, в том числе построенные из тканей, не имеющих аналогов в нормальном органе (н-р из костной и хрящевой ткани). Среди всех новообразований резко преобладают эпителиальные, а из последних злокачественные (карциномы). По данным исследования аутопсийного материала из 605 злокачественных опухолей, протекавших как основное заболевание, карцином было 600 (99,2%) и неэпителиальных злокачественных опухолей (лейомиосаркома, рабдомиосаркома, злокачественная фиброзная гистиоцитома, лимфосаркома, круглоклеточная саркома) 5(0,8%). При просмотре же препаратов 172 злокачественных опухолей на операционном и биопсийном материале во всех случаях был рак. У подавляющего большинства больных, обратившихся к врачу, опухоль предстательной железы можно заподозрить на основании пальцевого ректального исследования. Комплекс дальнейшего исследования больного для подтверждения или исключения опухоли наряду с традиционными общеклиническими, урологическими и биопсийными методами в последнее время пополнился новыми методами: тесты на фосфотазу крови, ультразвукография, компьютерная томография, сканирование, трансуретральная эхография, лимфография, артерио- и венография, везикулография, определение состояния гормональных рецепторов и др. Однако ведущее значение в диагностике опухоли, её вида сохраняют методы морфологического исследования.

Лечение рака предстательной железы, помимо оперативного, заключается в применении лучевой терапии, химиотерапии, лечении препаратами женских половых гормонов.

10. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Цветкова О.А., Витухина Ж.А.. 3к.

Научный руководитель: д.м.н. Макаров И.Ю.

Целью данного исследования было сравнительное патоморфологическое изучение лекарственно-устойчивого фиброзно-кавернозного туберкулеза легких (ФКТЛ) на аутопсийном материале. Больные, умершие от прогрессирующего фиброзно-кавернозного туберкулеза легких были разделены на две группы. Основную группу (ОГ) составили 68 умерших, выделявших прижизненно полирезистентные (ПР) и множественно лекарственно-устойчивые (МЛУ) микобактерии туберкулеза (МБТ). В группу сравнения (ГС) вошли 29 умерших, выделявших лекарственно чувствительные и монорезистентные (МР) МБТ. Аутопсийный материал исследовался на макро- и микроскопическом уровне с использованием гистологических, морфометрических и статистических методов.

В группе умерших, выделявших МБТ с ПР и МЛУ туберкулезный процесс носил преимущественно остро прогрессирующий характер (длительность заболевания в 51,5% не превышала 2 лет). В группе сравнения остро прогрессирующее течение отмечалось лишь в 20,7% случаев, а в 79,3% длительность заболевания составила 3 года и более, что свидетельствует о хроническом течении процесса. Патологический процесс в легких носил распространенный характер в обеих группах, но в группе умерших, выделявших МБТ с ПР и МЛУ поражение одной доли отмечалось лишь в 3% случаев (контрольная группа 41,4%). Напротив вовлечение в процесс трех и более долей отмечалось в 69,1% случаев, в 2 раза чаще, чем в группе сравнения. У всех умерших основной группы гистологически выявлялся специфический бронхит долевых и сегментарных бронхов, а в 52% случаев специфический процесс распространялся на главные бронхи. В группе сравнения бронхи 2 и 3 порядка были поражены в 89%, а главные бронхи в 25% случаев. При морфометрическом исследовании объемная плотность казеозно-некротического компонента в очагах отсевах в основной группе составила $59,44 \pm 6,50\%$ и в 2 раза превышала аналогичный показатель группы сравнения ($P < 0,01$), соединительно-тканый компонент не имел достоверного отличия, а объемная плотность лимфоидной инфильтрации была значительно и достоверно ($P < 0,001$) выше в группе сравнения и составила $30,53 \pm 2,89\%$.

11. МОРФОЛОГИЯ ОРГАНОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН, УМЕРШИХ ОТ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С УЧЕТОМ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ

Гейко А.В., Ермолаев А.И. Зк.

Научный руководитель: д.м.н. Макаров И.Ю.

Социально-экономические, геополитические, демографические и медико-биологические факторы последних десятилетий существенно обострили проблему борьбы с туберкулезом. Важным аспектом проблемы стали широкое распространение и продолжающийся рост показателей лекарственно-устойчивых форм туберкулеза, лечение которых оказывается малоэффективным и дорогостоящим. Остро прогрессирующее течение заболевания в большинстве случаев сочетается с выраженным вторичным иммунодефицитом, значительным нарушением метаболизма и функциональной активности иммунокомпетентных клеток.

Изучены органы иммуногенеза 93 умерших больных от легочного туберкулеза в лечебных учреждениях Амурской области. Методы исследования включали морфологический, гистохимический, морфометрический и статистический анализы.

У больных умерших от распространенного остро прогрессирующего фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, выделявших микобактерии с полирезистентностью и множественной лекарственной устойчивостью в тимусе определяется V степень истощения, которая соответствует функциональной тимэктомии и сопровождается прогрессирующим снижением (в 2,5 раза) объема паренхиматозного компонента, средней площади дольки в 5 раз, лимфоцитарно-эпителиального коэффициента в 1,5 раза по отношению к группе сравнения. В селезенке и лимфоузлах у умерших от фиброзно-кавернозного туберкулеза легких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерии определяются морфологические признаки снижения реакций клеточного иммунитета, опустошение тимус зависимых зон сопровождается снижением в 1,5 раза относительного объема фолликулов и в 1,3 раза ширины Т-зон, относительным усилением реакций плазматизации. Таким образом, степень выраженности иммунодепрессии у больных туберкулезом ассоциирована с вторичной лекарственной резистентностью.

12. СМЕРТНОСТЬ БОЛЬНЫХ ОТ РАКА ЛЁГКОГО ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ АОКБ

Кналян СВ.; Конева Е.А.; Гранкина Е.В. - 6 курс

Научный руководитель- проф. Григоренко А.А

В легком развиваются разнообразные опухоли. Однако 90 – 95% всех опухолей составляет рак легкого, около 5% - карциномы и 2 - 5% опухоли мезенхимального происхождения. Крайне редко встречаются различные доброкачественные опухоли бронхов и легких (папилломы, аденомы и др.).

На современном уровне развития онкологии проблема рака легкого остается сложной и многогранной. Активное выявление рака должно осуществляться всеми звеньями медицинской службы с участием врачей общей лечебной сети в поликлиниках и стационарах, а дифференциальная диагностика и морфологическая верификация диагноза, с определением истинной распространенности процесса – в специализированных учреждениях и отделениях, где возможно применение информативных дополнительных методов исследования.

Современное комплексное обследование позволяет правильно сформулировать и морфологически подтвердить диагноз даже в начальных, доклинических стадиях развития заболевания практически почти у 100 % больных центральным и у абсолютного большинства больных периферическим раком.

За 2 года (2003 – 2004) в патологоанатомическом отделении было произведено 22 вскрытия с диагнозом рака легкого. При распределении больных раком легкого по возрастному признаку видно, что более 50% больных с диагнозом рака легкого приходится на пенсионный возраст. Доля мужчин, страдающих раком легкого составила 72,7%, а женщин – 27,3%. Городские жители с диагнозом рака легкого преобладают над сельскими, основной причиной этого является воздействие канцерогенов окружающей среды, наиболее интенсивно проявляющихся в городской среде.

Сравнивая частоту возникновения симптомов видно, что чаще возникают симптомы: кашель и боли в грудной клетке; общие симптомы характерные для обеих клинко – морфологических форм: слабость, утомляемость и снижение трудоспособности.

Но видно, что у некоторых больных заболевание развивается постепенно, без кашля или с умеренным кашлем, субфебрильной температурой тела, головной болью, слабостью. В дальнейшем присоединяется одышка. Диагноз подтверждается при цитологическом исследовании.

Можно отметить, что опухолевый процесс, как правило, приходится на локализацию в правом легком (59%), это объясняется хорошими условиям аэрации в верхней доле правого легкого, в связи с отхождением сегментарного бронха от долевого под прямым углом.

Известно, что центральная форма опухолевого процесса преобладает над периферической, так как гистогенез данной опухоли складывается из эпителия бронхов и бронхиол.

Преобладающие гистологические формы это: плоскоклеточный и мелкоклеточный рак, обладающие наиболее злокачественным течением, являются первично – генерализованным процессом.

Для преобладающих низкодифференцированных форм рака легкого характерно распространение метастазирование. В основном это регионарные лимфатические узлы, печень, почки и головной мозг.

Причиной смерти большинства больных с диагнозом рака легкого является полиорганный недостаточность, проявляющаяся дыхательной, сердечно – сосудистой недостаточностью, в двух случаях имело место метастазирование опухолевого процесса в головной мозг с развитием дислокационного синдрома, причиной смерти в двух случаях явилась тромбоэмболия легочной артерии и в одном - кровотечение из эрозированных легочных сосудов.

Следует еще раз подчеркнуть, что выявление ранних форм заболевания, диагностика и морфологическая верификация истинной распространенности процесса, выбор рациональной лечебной тактики и проведение реабилитационных мероприятий позволяет повысить эффективность лечения больных раком легкого.

13. КЛИНИКО-ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ.

Андрюков В.Г. – 6 к., Воронов Е.В. – 6 к., Можавев Д.С. – 6 к.

Научные руководители: проф. Григоренко А.А.

Проблема системных заболеваний (гемобластозов) является очень актуальной. Отмечается рост заболеваемости острыми лейкозами и миеломой болезнью, что соответствует мировой статистике. Заболевают лица всех возрастных групп, чаще мужчины. Особого преобладания из городских и сельских жителей не наблюдается. Причиной смерти является прогрессирование заболевания, бластный криз и осложнения выраженного геморрагического синдрома. Показатели деятельности жизни больных острым лейкозом зависят от многих факторов, которые можно разделить на две категории. Одна группа факторов определяется организмом больного (возраст, пол, наличие или отсутствие тяжёлых сопутствующих заболеваний) и характером заболевания (цитологический вариант, гематологические данные, клиническая симптоматика). Другая группа факторов связана с эффективностью противолейкозной терапии, зависящей прежде всего от качества лечения. Наибольшей прогностической значимостью обладает интенсивная программная цитостатическая полихимиотерапия, которая сделала в наши дни реальной

мечту о выздоровлении от острого лейкоза. Именно цитостатическая терапия наиболее весомо и закономерно увеличивает продолжительность жизни больных. Борьба с резистентностью, рациональное использование регуляторов гемопоэза, возможность реанжировки генов дают основания для надежды на исцеление от острого лейкоза, залогом которой является практическое излечение уже в наши дни пусть очень небольшой, но реально существующей части больных.

14. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА.

Бондаренко В.В., Балданова А. В., Терещенко Т. А. – бк.

Научный руководитель - проф. Григоренко А. А.

Нами было изучено 100 случаев острого гнойного деструктивного панкреатита. И выявлены следующие особенности. Самым частым и наиболее ранним осложнением острого деструктивного панкреатита были различные морфологические разновидности острого воспаления брюшины, отмеченного в 47 наблюдениях, т. е. почти у каждого второго умершего больного (48,1%). Из них в 40 случаях перитонит был разлитым и только в 7 ограниченным. Развитие перитонита при деструктивных формах острого панкреатита является результатом воздействия на брюшину панкреатических энзимов, вазоактивных полипептидов, продуктов тканевого распада, циркулирующих в кровеносных и лимфатических сосудах; в более позднем периоде воспаление брюшины обуславливается также присоединением гнойной инфекции. В связи с тканевыми и жировыми некрозами в поджелудочной железе и околожелудочной клетчатки в окружающих и вблизи расположенных органах развивались такие процессы как очаговые некрозы стенки желудка, двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишок с последующей их перфорацией, образованием свищевых ходов и каловых свищей или возникновением вторичных эрозивных кровотечений. В отдельных случаях, отмечены очаговые некрозы сосудистых стенок, в частности селезеночной вены и мелких брыжеечных вен. Все эти вторичные деструктивные процессы, возникающие вследствие непосредственного перехода патологического процесса с железы на рядом расположенные органы, наблюдалось в 13(11,1) случаях.

15. ПОКАЗАТЕЛИ ЗАВЕРШЁННЫХ СУИЦИДОВ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Конюхова М.А., Гапоненко Н.А., Швец Ю.В. - 2 к.,

Научный руководитель: доцент М.О.Гилоян.

Одним из многочисленных показателей, отражающих демографическую ситуацию, является уровень самоубийств на территории или в регионе конкретного государства. В настоящее время в России этот показатель имеет опасную динамику развития. Опасная динамика считается, если в государстве совершаются самоубийства более 20 человек на 100 000 населения.

Нами произведен анализ самоубийств в Амурской области с 1991 г. по 2005 г. Если в 1991 г. на 100 000 населения самоубийства составили 30,7 человек, то в 1995 году составили 65 человек, затем к 1998 году снизились до 43,2 человека. Далее, социально-экономические преобразования в стране (дефолт) привели к тому, что смертность от суицидов опять возросла до 54 человек в 2000 г., далее в последние 5 лет отмечается относительная стабильность с незначительным ростом. В 2005 году смертность составила 53,8 человека. В структуре насильственной смерти самоубийства составляют 15,8 %. Количество самоубийц-мужчин почти в 5 раз больше чем женщин (4,88 раза). Мужчины составляют 82,9%, женщины - 17,1%. Учащиеся, военнослужащие, сотрудники государственных учреждений составляют от 2,5% до 3,5%. Одним из главных факторов самоубийства является алкогольная болезнь, часто сопровождающаяся астено-

депрессивным состоянием, чувством безысходности, тревоги и страха, тоски, самобичевания, отчаяния, повышенной восприимчивостью к незначительным психотравмам. Процент самоубийств лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения к моменту суицида, довольно высок и составляет 61%.

Анализируя результаты научных исследований, можно сделать выводы о том, что всевозможными факторами риска суицида являются - социальные, медицинские, климатические, гелиофизические факторы.

16. РОЛЬ АЛКОГОЛЯ В ДИНАМИКЕ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ

Володин С.М. - 6 к.,

Научные руководители: проф. Г.Н.Марущенко, ассистент Е.А. Смирнова

Второе место в структуре насильственной смерти населения Амурской области за последние 15 лет занимают отравления (34,6%). По сравнению с 1991 годом в 2007 году эти показатели возросли более чем в 2 раза. Среди всех отравлений более половины случаев составляют отравления алкоголем, которые возросли более чем в 4 раза.

Вызывает тревогу увеличение числа отравлений суррогатами алкоголя и наркотиками, особенно среди лиц молодого возраста. Эти показатели увеличились более чем в 1,5 раза. В последние годы этот показатель имеет тенденцию к неуклонному повышению, что можно объяснить отсутствием законодательных актов, регламентирующих производство и торговлю спиртными напитками. Так, в 1991 г. около 50% лиц, погибших при дорожно-транспортных происшествиях, находились в состоянии алкогольного опьянения той или иной степени. Этот процент был значительно выше в случаях убийств и самоубийств (соответственно 74 и 79%). Среди висельников 66,8% находились в состоянии алкогольного опьянения. 88,2% лиц умерших от удушения петлей находились в состоянии алкогольного опьянения, а среди утопленников лица, находящиеся в состоянии алкогольного опьянения, составили 79,2%. О роли алкоголя в смерти от травм в широком значении этого слова также свидетельствует факт роста случаев смертельного травматизма в определенные дни недели - пятница, суббота, воскресенье, понедельник, т. е. в дни алкогольных эксцессов и последующей депрессии.

В заключении можно сделать следующие выводы:

За период 1991-2007 гг. наблюдается определенная динамика смертности населения Амурской области от отравления алкоголем, причем можно четко проследить зависимость этого процесса от социально-экономического состояния общества - ухудшение политической и экономической ситуации в стране, сопровождающиеся ростом насильственной смертности. При этом смертельный травматизм в широком значении этого слова находится в прямой причинной связи с употреблением алкоголя, а в последние годы и наркотиков.

Терапия—1

Научный руководитель: проф. дмн . С.В. Нарышкина

Председатель: Рыбась Е. – 4к.

Секретарь: Бухонина А. – 4к.

1. ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОБУЧАВШИХСЯ В ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ

Гарманова Е., Гунькина И., Зуева Д., Коптева Л., Коптева С., Пак Т., Фадеева Н. – 3 к.

Научный руководитель: асп. Е.В. Магальяс

Целью нашего исследования явилось изучение тревожно-депрессивных расстройств у больных с гипертонической болезнью (ГБ), обучавшихся в школе здоровья. В исследование включены 53 пациента с ГБ I – III стадией заболевания. Диагноз гипертонической болезни устанавливался с учетом рекомендаций ВОЗ-МОАГ (2003), Национальных рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии (ВНОК, 2004). Из них 5 (9,4%) пациентов с I стадией, 22 (41,5%) и 26 (49,1%) больных со II и III стадией заболевания соответственно. Женщины составили 45 (84,9 %), мужчины – 8 (15,1 %). Средний возраст пациентов - $52,7 \pm 0,49$ лет. Длительность заболевания в среднем составила $10,7 \pm 1,2$ лет. Среди обследуемых 19 (35,8%) больных имели избыточную массу тела. Низкая физическая активность регистрировалась у 15 (28,3%) больных. Курили 7 (13,2%) пациентов. Повышение уровня общего холестерина и триглицеридов наблюдалось у 27 (50,9%) и 23 (43,4%) больных соответственно. Все больные были разделены на две группы. Первую группу составили 43 пациента, обучавшихся в школе здоровья, вторая группа была сформирована из 10 больных ГБ, не проходивших обучение. У пациентов обеих групп определялся уровень тревожности как свойства личности (личностная тревожность) и как актуального состояния (реактивная тревожность) с помощью теста Ч.Д. Спилбергера (1975, 1983), адаптированный Ю.Л. Ханиным. При этом степень тревожности при показателях менее 30 баллов расценивалась как низкая, при 31-45 баллах – средняя, при более 46 баллов – высокая. Для выявления признаков депрессии все пациенты заполняли шкалу Центра эпидемиологических исследований (Center for Epidemiological Studies-Depression-GES-D), состоящую из 20 вопросов, касающихся эмоционального состояния больного. Диагноз «депрессивное расстройство» ставился пациентам, набравшим 19 и более баллов. Обучение больных в школе здоровья проводилось согласно информационно-методического пособия для врачей «Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертонией» под редакцией Р.Г. Оганова (М., 2002). Проводилось 6 занятий в группах из 6 - 7 человек, которые формировались на основании предварительного отбора по возрасту, уровню интеллекта, образования, интересам. Такой подход с точки зрения группового психотерапевтического эффекта повышал способность пациентов к усвоению учебного материала. Помимо информирования больных по темам образовательной программы, решающим звеном для создания мотивации являлось постоянное вовлечение их в дискуссию, поощрение стремления поделиться собственными эмоциональными переживаниями, возникшими в связи с заболеванием, накопленным индивидуальным опытом по лечению и профилактике гипертонической болезни. Обсуждение актуальных для каждого участника дискуссии проблем позволяло сплотить группу

и выработать правильные групповые установки и активную позицию больных. Метод изложения материала - лекция – беседа. На занятиях особое внимание уделялось немедикаментозным методам воздействия, оптимизации образа жизни. Отдельное занятие было посвящено обоснованию и принципам медикаментозной терапии.

Результаты исследований показали, что в исходном состоянии у 61,2% и 56,7% больных первой, у 60,9% и 57,4% пациентов второй групп обнаружено повышение уровня личностной и реактивной тревожности соответственно. Депрессивные расстройства наблюдались у 46,9% пациентов первой и у 45,7% больных второй групп. При повторном анкетировании в первой группе больных выявлялось достоверное снижение показателей тревожно-депрессивного спектра по сравнению, как с исходными значениями, так и с группой сравнения. Было отмечено уменьшение личностной с $49,91 \pm 1,35$ до $45,39 \pm 1,28$ баллов ($p < 0,05$) и реактивной тревожности с $45,39 \pm 1,19$ до $41,87 \pm 1,14$ баллов ($p < 0,05$). Суммарный балл GES-D, отражающий степень выраженности депрессивного состояния больных, снизился с $24,13 \pm 1,24$ до $20,63 \pm 1,15$ баллов ($p < 0,05$). У пациентов второй группы изменения данных показателей были не достоверны.

Таким образом, групповые программы обучения на фоне постоянной антигипертензивной терапии способствуют адекватному контролю артериального давления, улучшают комплаенс к медикаментозной терапии, приверженность к немедикаментозным методам лечения, приводят к частичной редукции тревожно-депрессивной симптоматики.

2. КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ГИДРОКСИЗИНОМ

Азиатцева А., Ефремова Ю., Филина М. – 3 к.
Научный руководитель – асс. Ю.В. Коваленко

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей психологического статуса больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и его коррекция препаратом гидроксизин (атаракс) у пациентов с данной патологией.

Нами обработаны психологические характеристики 17 больных ХОБЛ, в возрасте от 45 до 64 лет, проходивших курс стационарного лечения в пульмонологическом отделении МУЗ ГКБ г. Благовещенска. Средний возраст пациентов $50,6 \pm 1,2$ года. Длительность заболевания в среднем составила $9,8 \pm 1,4$ лет. Курили 14 (28%) больных. Для оценки психологических особенностей больных применялась методика СМИЛ (вариант Л.Н. Собчик, 1990г.), с помощью Торонтской алекситимической шкалы, предложенной G. Taylor (1985), изучалась алекситимия. Тест Спилбергера-Ханина (1983) использовался для оценки уровня тревожности. По данным методики СМИЛ, у 23% больных ХОБЛ выявлены высокие показатели (70-80 Т-баллов) по оценочной шкале F, что отражает высокий уровень эмоциональной напряженности. Признаки ипохондрического развития личности отмечались у 80% пациентов.

Значительное повышение по второй шкале (выше 70 Т-баллов), характерное для депрессии, было выявлено у 11,2 % пациентов. Среди обследуемых у 20,4% обнаружена алекситимия. Повышение личностной тревожности обнаружено у 66,8% ($53,9 \pm 4,6$ балла) пациентов.

Учитывая указанные особенности, проводилась коррекция психологического статуса у больных ХОБЛ с помощью небензодиазепинового анксиолитика гидроксизин (атаракс). Все больные были разделены на 2 группы.

Первую группу составили 12 (70,6%) больных, получавших традиционное лечение, вторую группу – 5 (29,4%) пациентов, в комплексное лечение которых был включен гидроксизин (атаракс). Больные, получавшие небензодиазепиновый анксиолитик, принимали препарат из этой группы впервые. Начальная доза атаракса соответствовала 12,5 мг. В последующем его доза постепенно увеличивалась (максимальная суточная доза – 50 мг). Гидроксизин (атаракс) был назначен дополнительно к проводимой терапии основного заболевания – ХОБЛ. Продолжительность курса лечения составляла две недели.

До начала лечения выраженность основных клинических проявлений заболевания в 1-й и во 2-

ой группе была практически одинаковой. После проведенного лечения самочувствие больных улучшилось в обеих группах, но динамика была более выраженной во 2-ой группе больных. Кроме того, выявлено, что у пациентов 2-ой группы гидроксизин (атаракс) улучшает сон, быстро купирует тревогу и ее вегетативные проявления, о чем свидетельствовал повторный тест – контроль. У данных больных препарат не вызвал сонливости и выраженной седации в течение дня. Отрицательного влияния на когнитивную функцию не обнаружено.

Использование атаракса в комплексной терапии ХОБЛ наряду с быстрым купированием тревоги, сопровождается улучшением показателей функции внешнего дыхания. Так, ОФВ1 во 2-ой группе увеличился до $71,4 \pm 2,9$ %, чем в 1-й группе ($68,4 \pm 3,5$ %), т.е. наблюдалась увеличение в среднем на 2% от исходных показателей объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), соотношения ОФВ1 о форсированной емкости легких, максимальных объемов скоростей преимущественно на уровне средних бронхов, что свидетельствует об улучшении бронхиальной проходимости.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о необходимости включения в комплексную терапию у больных ХОБЛ психофармакологической коррекции небензодиазепиновым анксиолитиком атаракс. Сочетанная терапия с данным препаратом приведет к большему эффекту, чем традиционная.

3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Конькова Д., Ускова Е., Нечунаева А., Полянский С. – 3 к.

Научный руководитель: ассистент Е.А.Сундукова

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа. Проанализировано 68 историй болезни больных СД, проходивших стационарное лечение в кардиологическом отделении муниципальной клинической больницы №1 г. Благовещенска. Средний возраст больных составил $65,2 \pm 2,3$ года. Среди больных преобладали женщины (52 человека – 76,5%), мужчин было 16 человек (23,5%). Длительность заболевания ИБС составила в среднем $12,8 \pm 0,51$ года, а состояние гипергликемии регистрировалось у больных в течение $18,3 \pm 1,2$ года. Согласно классификации Канадской ассоциации кардиологов, стабильная стенокардия напряжения II функционального класса (ФК) выявлялась у 55,9% больных, III ФК – у 39,7% и IV ФК – у 4,4% больных соответственно. В 83,8% случаев (57 больных) имела место гипертоническая болезнь. У 28 человек (41,2%) в анамнезе указывалось на перенесенный острый инфаркт миокарда, у 18 больных (26,5%) ИБС осложнилась развитием нарушениями сердечного ритма (фибрилляция предсердий). 77,9% больных имели избыточную массу тела (ИМТ более 25 кг/м^2), при этом средний показатель ИМТ составил $28,3 \pm 4,4 \text{ кг/м}^2$. Ожирением страдали 2,9% мужчин и 5,9% женщин (ИМТ более 30 кг/м^2). Курьщиками являлись 14 больных (20,6%). Проанализированы также показатели углеводного баланса, при этом только у 4 (5,9%) пациентов была зафиксирована нормогликемия натощак, а у 54 больных (79,4%) регистрировалась гипергликемия более 7,8 ммоль/л. Содержание общего холестерина более 5 ммоль/л имели 67,6% больных, при этом средний уровень холестерина сыворотки крови составил $5,5 \pm 1,1$ ммоль/л. Анализ электрокардиограмм показал, что ишемия миокарда выявлялась только у 6 больных СД (8,8%), в то время как холтеровское мониторирование ЭКГ, проведенное 12 больным позволило диагностировать эпизоды ишемии миокарда в 33,3 % случаев.

Таким образом, данное исследование позволило выявить значительную распространенность факторов риска ишемической болезни сердца у больных сахарным диабетом 2 типа, что определяет очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений в прогнозе заболевания.

4. ПРИМЕНЕНИЕ ЭПРЕКСА ПРИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.

Голубецкая Е.-4к., Бухонина А.-4к.

Научный руководитель: асс., к.м.н. М.В.Сулима

Анемия является наиболее частым и постоянным проявлением хронической почечной недостаточности (ХПН); в терминальной стадии заболевания она развивается в 100% случаев. В последнее десятилетие произошли коренные изменения в лечении анемии у больных ХПН. Создание препаратов рекомбинантного человеческого эритропоэтина позволяет удовлетворительно контролировать уровень гемоглобина у этих больных.

Цель исследования: изучить эффективность препарата эпекса (эпозтин альфа) при анемии у больных с диффузными заболеваниями почек в терминальной стадии хронической почечной недостаточности.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 16 больных с анемией на фоне терминальной стадии ХПН. Из них 7 (43%) больных с сахарным диабетом 2 типа, 9 (67%) пациентов с хроническим гломерулонефритом. Средний возраст больных составлял $52,4 \pm 7,2$ года, из них 11 женщин и 5 мужчин.

До назначения эпекса уровень гемоглобина составлял $76,62 \pm 0,0$ г/л, гематокрит $21,3 \pm 0,9\%$, а количество эритроцитов $2,6 \pm 0,6 \cdot 10^{12}$ /л, уровень клубочковой фильтрации (КФ) – $30 \pm 8,4$ мм/мин, уровень мочевины составил $17 \pm 1,8$ ммоль/л, креатинин 560 ± 92 мкмоль/л. Программа лечения пациентов включала препарат Fe (фенюльс), фолиевую кислоту, витамин В12.

Назначался эпекс в дозе 2 тыс.ед п/к 2 раза в неделю под контролем АД и показателей свёртывающей системы крови. Контрольное обследование проводилось через 2, 4 недели и через 2 месяца.

Результаты: изменения показателей красной крови (эритроциты, Hb, гематокрит) отмечались к концу 2-й недели после назначения эпекса в среднем на 15% от исходного. К концу 4-й недели у 7 пациентов удалось снизить степень анемии: гематокрит составил $24,3 \pm 0,8\%$, уровень Hb увеличился до $87,8 \pm 4,8$ г/л, количество эритроцитов повысилось до $2,9 \pm 0,4 \cdot 10^{12}$ /л.

На фоне эпекса улучшился аппетит, уменьшился астено-вегетативный синдром, перестала беспокоить тошнота. Уровень мочевины составил $13 \pm 1,4$ ммоль/л, креатинина – 400 ± 102 мкмоль/л, КФ – $72 \pm 10,2$ мм/мин. У 11 больных из 16 к концу 2 месяца уровень гемоглобина увеличился до $102,3 \pm 4,8$ г/л, уровень гематокрита до $32,3 \pm 1,9\%$, а количество эритроцитов составляло $3,7 \pm 0,2 \cdot 10^{12}$ /л, КФ – $90 \pm 4,3$ мм/мин. У 5 пациентов показатели Hb не превышал $100,2 \pm 3,4$ г/л, эритроциты $3,1 \pm 0,6 \cdot 10^{12}$ /л, а гематокрит составлял $28,3 \pm 0,6\%$, КФ – $74 \pm 3,4$ мм/мин.

Заключение: Включение эпекса в комплексную терапию ХПН позволяет добиться быстрой и стойкой регрессии клинико-лабораторных показателей и, прежде всего, анемического синдрома, уменьшения азотемии, улучшения качества жизни пациентов с ХПН в до диализном периоде.

5. СОСТОЯНИЕ КЛЕТЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Кузнецова М. – 4к.

Научный руководитель: к.м.н. Л.К. Решетникова

Целью настоящей работы явилось изучение иммунного статуса (ИС) у больных внебольничной пневмонией (ВП) в зависимости от лечения. Обследовано 20 больных ВП в возрасте от 34 до 68 лет, из них 12 мужчин, 8 женщин. Давность заболевания составила от 8 до 20 лет. Больные были разделены на 2 группы. В первой группе проводилось общепринятое

лечение, а во второй группе лечение дополнялось приемом ликопида (иммуностимулирующего препарата). Всем больным проводилось иммунологическое обследование до и после лечения.

Исследования проводились методом иммунофенотипирования лимфоцитов с помощью моноклональных антител (фирмы «Мед Био Спектр», г. Москва) методом непрямой иммунофлюоресценции на микроскопе «Люам-Р8». Иммуноглобулины классов А, М, Q определяли методом иммунодиффузии в агаре по Манчини. Фагоцитарную активность оценивали основываясь на данных фагоцитарного индекса(ФИ), фагоцитарного числа(ФЧ) и определения теста восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест) фагоцитами при превращении его в формазан.

При анализе иммунологических показателей до лечения выявлено, что при ВП достоверно снижались относительные и абсолютные показатели Т-лимфоцитов(СД3), Т-хелперов(СД4), НК-лимфоцитов(СД16), снижался ИРИ (иммунорегуляторный индекс СД4/СД8), снижение В-лимфоцитов(СД72) по сравнению с показателями в контрольной группе($p < 0,05$). Показатели супрессоров/цитотоксических клеток(СД8) существенно не отличались от нормальных показателей. Исследование уровня иммуноглобулинов сыворотки крови при поступлении показало, что у значительной части больных отмечался низкий уровень IgA (у 84,8%) и IgG(60% обследованных). Концентрация IgM у 58,2% больных была повышена.

После лечения в первой группе, в которой проводилось общепринятое лечение, отмечалось увеличение, а в 40% случаев нормализация показателей СД3-лимфоцитов. Во второй группе, где обычное лечение дополнялось назначением ликопида, нормализация СД3-лимфоцитов происходила в 64% случаев, а в остальных случаях показатели были более приближены к норме, чем в первой группе, по сравнению с исходными данными ($p < 0,05$). Показатели Т-хелперов(СД4) в первой группе в 42% случаев, а во второй в 58% увеличились по сравнению с данными при поступлении($p < 0,05$), количество СД8 существенно не менялось ($p > 0,05$). Количество НК(СД16) в обеих группах увеличилось и нормализовалось в 80% случаев без преобладания в какой-либо из групп. Среднее содержание СД72-клеток увеличилось в 19,6% и в 20% случаев соответственно и существенно не изменялось от вида лечения. После лечения в первой группе повышение IgA отмечалось в 20% случаев, тогда как во второй группе - в 48,2% случаев. Повышение IgG отмечалось в 28,4% и в 32,2% случаев соответственно в первой и во второй группах. Содержание IgM менялось недостоверно и в обеих группах (40% и 38% соответственно) оставалось выше нормы. Метаболическая активность нейтрофилов в тесте спонтанного и стимулированного восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест) и индекс активации нейтрофилов достоверно усилились во второй группе наблюдаемых больных, тогда как в первой группе эти показатели существенно не менялись. Фагоцитарный индекс и фагоцитарное число были снижены при поступлении, после лечения отмечалось их достоверное повышение без заметной разницы в обеих группах.

Таким образом, ВП протекает на фоне вторичного иммунодефицитного состояния. При использовании иммуностимулирующего препарата ликопида отмечается более выраженная тенденция к нормализации основных показателей клеточного и гуморального иммунитета, отмечаются более быстрые сроки клинического выздоровления. Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод о целесообразности и необходимости включения иммуномодулирующих препаратов в комплексную терапию ВП.

6. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ И ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ.

Студентка 4 курса Савельева Я.

Научный руководитель: доц. Коротич О. П.

Нами были проанализированы истории болезни 20 больных внебольничной и 20 больных нозокомиальной пневмониями.

С внебольничной пневмонией было 12 женщин и 8 мужчин, с нозокомиальной пневмонией 15 мужчин и 5 женщин. Больные подбирались примерно одинакового возраста от 40 до 76 лет.

Средний возраст больных с внебольничной пневмонией составил 51.2 ± 2.2 . Средний возраст больных с нозокомиальной пневмонией – 52.3 ± 1.8 .

Нозокомиальная пневмония развилась у 18 больных находившихся в стационаре хирургического профиля, у 2 больных в токсикологическом отделении. Все эти больные имели тяжелую фоновую патологию – ХОБЛ (6 человек), бронхиальная астма (1 человек), ИБС (3 человека), хроническая алкогольная интоксикация (2 человека), сахарный диабет (3 человека), онкологические заболевания (3 человека). У больных с внебольничной пневмонией сопутствующими заболеваниями были ИБС (4 человека), ХОБЛ (5 человек), сахарный диабет (1 человек).

Локализация процесса односторонняя у больных внебольничной пневмонией – 17 человек, двухсторонняя у 3 человек. У больных нозокомиальной пневмонией – односторонняя локализация – 12 человек, двухсторонняя у 8 человек.

При исследовании мокроты у больных с внебольничной пневмонией у большинства больных определялись в основном грамположительная микрофлора: 1. *Streptococcus pneumoniae* – 12 человек

2. *Staphylococcus spp* – 2 человека
3. *Haemophilus influenzae* – 1 человек
4. другая микрофлора – 5 человек

При исследовании мокроты у большинства больных с нозокомиальной пневмонией выявлялись грамотрицательная микрофлора: 1. *Pseudomonas aeruginosa* – 4 человека

2. *Escherichia coli* – 5 человек
3. *Enterobacter* – 2 человека
4. *Staphylococcus aureus* – 2 человека
5. другая микрофлора – 7 человек

Больные пневмонией по тяжести состояния подразделялись при внебольничной пневмонии – со средней степенью тяжести 16 человек; с тяжелым течением 4 человека; при нозокомиальной пневмонии – со средней степенью тяжести 6 человек; с тяжелым течением 14 человек.

Легкого течения пневмонии у наших больных не было.

У 6 больных с внебольничной пневмонией течение осложнилось следующими заболеваниями: инфекционно-токсический шок у 3 больных, экссудативный плеврит – 2 больных, деструктивная пневмония у 1 больного.

У больных с нозокомиальной пневмонией течение заболевания пневмонии осложнилось следующими заболеваниями: деструктивная пневмония у 3 человек, сепсис – 1 человек, миокардит – 1 человек, нефрит 1 человек.

Исходами внебольничной пневмонии: у всех больных было выздоровление.

Исходы нозокомиальной пневмонии: у 19 человек – выздоровление, у 1 – летальный исход.

Выводы: 1. Нозокомиальная пневмония чаще развивается у мужчин

2. Нозокомиальная пневмония чаще вызывается грамотрицательной микрофлорой, внебольничная пневмония вызывается грамположительной микрофлорой

3. Нозокомиальная пневмония протекает более тяжело, по сравнению с внебольничной пневмонией и чаще имеет осложнения.

7. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИКРОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Шадрина Ю.В. - 4 к.

Научные руководители: проф. С.В. Нарышкина, асс. О.А. Танченко

Сахарный диабет (СД) занимает первое место как причина полной потери зрения в возрастной группе от 20 до 65 лет. Причем среди причин, вызывающих потерю зрения у больных с СД, на ретинопатию приходится 70%. Во всем мире диабетическая нефропатия и развивающаяся вследствие нее хроническая почечная недостаточность являются лидирующей причиной смертности больных СД 1 типа. Частота развития диабетической нефропатии составляет 35-

40%. На развитие диабетической ретинопатии и нефропатии влияют многие факторы, включая возраст больного, пол, возраст начала заболевания, длительность и тип болезни, генетическая предрасположенность. Клинические и экспериментальные исследования показали, что ряд различных механизмов, таких как повышение уровня гликозилированного гемоглобина, окисления, увеличение внутриклеточного сорбитола, микроваскулярные и гематологические изменения, гиперлипидемия могут привести к начальным изменениям или ускорению развития ретинопатии и нефропатии на фоне СД. Основной причиной диабетических осложнений является гипергликемия. Гипергликемия обусловлена снижением утилизации глюкозы периферическими тканями вследствие недостатка инсулина или уменьшения количества рецепторов к инсулину. Высокая концентрация глюкозы оказывает непосредственное действие на эндотелиальные клетки, базальную мембрану капилляров. Показательно, что увеличение уровня гликозилированного гемоглобина всего на 1% увеличивает риск развития диабетической ретинопатии в 2 раза. Нарушение гемодинамического фактора, связанного с биохимическими изменениями, вызывает сосудистые повреждения и ухудшение ретиальной перфузии, может привести к формированию твердых и мягких экссудатов, микроаневризм и ретиальному кислородному голоданию, росту неоваскуляризации (И.И. Дедов, 2007). Проведено исследование 46 больных (24 мужчин и 22 женщин) с СД 1 типа в возрасте от 18 до 46 лет. Большинство больных (61%) - лица молодого возраста от 21 до 29 лет с длительностью СД от 10 до 15 лет. У всех больных оценивали уровень гликозилированного гемоглобина, наличие протеинурии и микроальбуминемии, показатели артериального давления, проведено офтальмологическое исследование. В результате проведенного исследования диабетическая ретинопатия была выявлена у 63% больных, из них непролиферативная в 53%, препролиферативная - в 31%, пролиферативная - в 16%. Распространенность диабетической ретинопатии возрастала с увеличением длительности СД: при стаже СД менее 5 лет выявлена у 10% пациентов, при стаже от 10 до 15 лет - у 52%, при стаже более 15 лет - у 90%. Диабетическая нефропатия выявлена у 57% больных. При стаже СД менее 5 лет нефропатия выявлена у 8% больных, при стаже диабета от 10 до 15 лет - у 54%, при длительности заболевания более 15 лет - у 89%. Интересно отметить, что только у 9% обследованных больных уровень гликозилированного гемоглобина А1с был менее 7% (состояние компенсации). У 63% пациентов показатель гликозилированного гемоглобина А1с превышал 7,5% (стадия декомпенсации). Таким образом, распространенность микрососудистых осложнений у больных СД 1 типа высока. Достижение компенсации диабета является важнейшим критерием профилактики развития и прогрессирования микрососудистых осложнений у больных СД 1 типа.

8. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Душа И.С. - 4 к.

Научные руководители: проф. С.В. Нарышкина, асс. О.А. Танченко

Актуальность сахарного диабета (СД) определяется исключительно быстрым ростом заболеваемости. Так, по оценкам экспертов, число больных на нашей планете к 2010 году увеличится до 239,4 млн. человек. Распространенность СД каждые 10-15 лет удваивается. ВОЗ предсказывает увеличение числа больных диабетом в мире на 122% в течение ближайших 20 лет (с 135 до 300 миллионов). Это связано как с распространением и усугублением урбанизированного образа жизни, так и с прогрессирующим старением населения. С возрастом заболеваемость СД 2 типа увеличивается: среди взрослых распространенность СД 2 типа составляет 10%, среди лиц старше 65 лет достигает 20%. Среди сельского населения Индии, Китая, Чили, которые ведут традиционный образ жизни, распространенность 2-го типа диабета очень низка (менее 1%). С другой стороны, среди переселенцев в западные страны она достигает значительных показателей. К примеру, среди выходцев из Китая, проживающих в США и Великобритании, распространенность СД 2 типа достигает 15%. По прогнозам специалистов, к 2030 году каждый 15-20 житель планеты будет иметь СД (И.И. Дедов, 2007). Качество и продолжительность

ность жизни больных СД во многом определяется возникновением и прогрессированием сосудистых осложнений. Результаты многочисленных крупномасштабных исследований показали, что при СД 2 типа риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) и инсульта повышается в 2-3 раза, гангрены - в 20 раз. При СД 2 типа диабетическая нефропатия развивается у 40-45% больных. Установлено, что в момент регистрации диагноза СД 2 типа уже более 50% пациентов имеют микро- и макрососудистые осложнения (А.С. Аметов, 2007). Обследовано 32 больных с впервые выявленным СД 2 типа. Определяли показатели гликемии натощак и постпрандиальной гликемии, гликозилированного гемоглобина, липидного спектра. Диагностика диабетической нейропатии, ретинопатии, нефропатии, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии проводилась при клиническом и инструментальном обследовании пациентов. При обследовании больных с впервые выявленным СД диабетическая сенсорная нейропатия выявлена у 6 пациентов (19%). Диабетическая непролиферативная ретинопатия выявлена в 9%, препролиферативная - в 6%. Интересно отметить, что у 2 (6%) пациентов с впервые диагностированным СД при осмотре глазного дна выявлена пролиферативная стадия ретинопатии, у 9% - синдром диабетической стопы. Диабетическая катаракта диагностирована у 13%, диабетическая нефропатия - у 16% пациентов. Избыточная масса тела (индекс массы тела более 25 кг/м^2) определена у 47% пациентов, ожирение (индекс массы тела более 30 кг/м^2) - у 25%. У 22% больных в анамнезе присутствовала ИБС, у 38% - артериальная гипертензия. Установлено, что в группе больных с выявленными осложнениями наблюдалось достоверное повышение уровня гликозилированного гемоглобина А1с до $8,8 \pm 1,4\%$. Распространенность гиперхолестеринемии (более $4,4 \text{ ммоль/л}$) в группе больных с вышеуказанными осложнениями составила 53%, гипертриглицеридемии (более $1,7 \text{ ммоль/л}$) - 44%. При анализе анамнестических данных установлено, что у 31% пациентов с впервые выявленным СД 2 типа клинические симптомы диабета наблюдались за 2-7 лет до постановки диагноза. Таким образом, с целью своевременной диагностики СД 2 типа и проведения адекватной терапии, направленной на предупреждение развития и прогрессирования сосудистых осложнений, рекомендовано проведение обследования на диабет всем пациентам старше 45 лет; пациентам более молодого возраста при наличии ожирения, наследственной отягощенности по СД, рождении ребенка весом более 4,5 кг, артериальной гипертензии, гиперлипидемии.

9. ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Толстопятова А., - 4 курс

Научный руководитель: к.м.н. В.И. Павленко

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - это заболевание респираторной системы, которое представляет серьезную проблему теоретической и практической медицины 21 века. По официальным цифрам статистической отчетности заболеваемость и распространенность болезней органов дыхания в Российской Федерации уверенно занимает лидирующие позиции. Известно, что курение является не только важнейшим фактором риска развития ХОБЛ, но и способствует более тяжелому течению заболевания. Многие компоненты табачного дыма оказывают непосредственное повреждающее действие на бронхолегочную ткань, инициируют воспалительный процесс с характерной активацией нейтрофилов и макрофагов, способствуют развитию иммунодефицита (ИД). W. Thomas и соавт. (1973) в опытах на животных показали очевидный тормозной эффект курения на клеточный иммунитет всего организма. У курильщиков, особенно при интенсивном курении, наблюдается нарушение гуморального звена иммунитета со значительным снижением в сыворотке уровней иммуноглобулинов (Ig) G и A. Никотин, особенно некоторые растворимые производные табачного дыма, подавляет активность и лимфобластную трансформацию В и Т- лимфоцитов. Эти данные свидетельствуют о выраженном влиянии курения на иммунологические реакции организма, как в целом, так

и на региональные иммунологические реакции.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей показателей иммунитета у больных ХОБЛ (без учета степени тяжести) в зависимости от интенсивности курения.

Нами было обследовано 36 мужчин ХОБЛ, бронхитического типа в период обострения, с продолжительностью заболевания от 4 до 20 лет. Средний возраст обследованных составил $48,8 \pm 3,8$ лет. Диагноз выставлялся на основании клинико-инструментальных методов обследования, согласно стандартам по диагностике и лечению больных ХОБЛ (2006г). Идентификацию лимфоцитов и их субпопуляций проводили с помощью метода моноклональных антител. Определение содержания Ig A, M, G осуществляли методом радиальной иммунодиффузии по G. Mancini (1964). Исследование фагоцитоза проводили на основе методических рекомендаций О.Г.Алексеевой и А.П. Волковой (1966). Больные были разделены на 3 группы: 1-я группа – больные с ИК от 15 до 20 пачек/лет, 2-я группа – больные с ИК 20-25 пачек/лет, 3-я группа – больные, которые отказались от курения в течение 4 месяцев. По возрасту, продолжительности заболевания группы были равноценны. Контрольную группу составили здоровые некурящие. Нами установлено, что в 1-й и 2-й группах больных, в сравнении с контрольной и 3-й группами, выявлены выраженные изменения показателей иммунитета, проявляющиеся достоверным снижением основных параметров клеточного (СД3 +; СД4+; $p < 0,05$ соответственно), гуморального звена иммунитета (Ig A; M; G; $p < 0,001$; $p < 0,05$ соответственно), фагоцитарной активности нейтрофилов. Иммунорегуляторный индекс у больных 1-й группы составил $1,5 \pm 1,8:1$, во 2-й группе – $1,4 \pm 0,8:1$, что свидетельствовало о наличии субкомпенсированного иммунодефицитного состояния. У больных 3-й группы, отмечалась тенденция к нормализации показателей СД3 +, СД4+, фагоцитарного индекса, фагоцитарного числа, повышение содержания Ig M, G, уменьшение степени иммунодефицита. Уровень Ig A от контрольной группы достоверно не отличался ($p > 0,05$).

Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что курение способствует развитию ИД у больных ХОБЛ. Очень важным является то, что влияние табакокурения на иммунокомпетентные клетки может быть либо частично, либо полностью обратимым после прекращения курения в пределах 4-х месяцев.

10. ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Кандаурова Т. – 4 к., Корытко Н., Васконян А. – 3 к.
Научный руководитель: доцент Н.В. Лоскутова

Важным фактором риска развития пневмонии является пожилой и старческий возраст. Пневмонии у данных больных представляют серьезную проблему из-за значительной частоты, трудностей диагностики и лечения, высокой летальности. В возрастной группе старше 60 лет заболеваемость пневмонией составляет от 20 до 40 случаев на 1000 населения (А.Г. Чучалин и соавт., 2006). В последние годы отмечается тенденция к увеличению смертности от пневмонии. Пневмония у лиц старше 60 лет обычно развивается в условиях анатомически измененной легочной паренхимы, нарушений вентиляции и перфузии. Возрастные изменения многих органов и тканей определяют снижение способности организма человека препятствовать проникновению патогенных микроорганизмов и противостоять развитию инфекционного процесса. У пожилых людей инфекционные заболевания, в том числе и пневмония, часто характеризуются скудной клинической симптоматикой: отсутствием острого начала, слабовыраженной лихорадочной реакцией, умеренными изменениями острофазовых показателей. Иногда инфекция у таких пациентов протекает атипично.

Целью нашей работы явилось изучение особенностей пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста. Проведен ретроспективный анализ 186 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении МУЗ ГКБ № 1 г. Благовещенска с 2002 по 2006 годы. У всех больных диагноз был подтвержден данными комплексного клинико-инструментального, лабораторного и рентгенологического обследования. Возраст обследован-

ных больных колебался от 60 до 91 года (средний возраст $76,8 \pm 2,5$ года). Среди пациентов пожилого возраста преобладали мужчины (62,3%), среди лиц старческого возраста – женщины (68,6%).

В результате исследований было установлено, что у 69,2% больных имелись скудные клинические симптомы пневмонии. Характерным явилось постепенное начало заболевания, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, снижение аппетита, редкий сухой или с выделением небольшого количества слизистой мокроты, кашель. У большинства пациентов старше 80 лет пневмония протекала атипично и клинически проявлялась симптомами со стороны ЦНС (заторможенность, сонливость, слабость, нарушение сознания, изменения психики, головная боль, головокружение), внезапным появлением или прогрессированием дыхательной, сердечной или почечной недостаточности, что обусловило позднее обращение за медицинской помощью и значительно затрудняло своевременную диагностику пневмонии. На 5 сутки и более от начала заболевания поступило 54,7% больных. Несвоевременное назначение антибактериальной терапии способствовало развитию осложнений, ухудшило течение и прогноз заболевания. В 96,4% случаев наблюдалось тяжелое течение пневмонии. Наиболее частым осложнением заболевания явился экссудативный плеврит (28,3%). Характерной особенностью больных пожилого и старческого возраста явилось наличие фоновых, двух и более сопутствующих заболеваний, которые отягощают течение основного заболевания и увеличивают вероятность осложнений, создают трудности диагностики и лечения пневмонии. Наиболее часто встречались ИБС, гипертоническая болезнь, ХОБЛ, бронхиальная астма, сосудистые заболевания головного мозга, сахарный диабет. При лабораторном исследовании у большинства пациентов не наблюдалось повышение лейкоцитов в периферической крови, отмечались умеренное увеличение СОЭ, уровня фибриногена и С-реактивного белка.

Таким образом, особенностями пневмонии у больных пожилого и старческого возраста являются стертая клиническая картина, часто атипичное течение с преобладанием внелегочных симптомов или симптомов декомпенсации сопутствующих заболеваний, умеренные изменения острофазовых показателей, наличие полипатии. Это создает трудности диагностики и лечения, способствует развитию осложнений, ухудшает прогноз и течение заболевания. Особенности пневмонии у данных пациентов необходимо учитывать при постановке диагноза и назначении лечения.

11. ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Семёнова В., Сомова А., Сучкова Е., Герасимец Е., Пачганова Е., Могиляник А., Брежнева Е. - 3к.

Научный руководитель- ассистент Склад И. В.

Антибактериальная терапия составляет основу эффективного лечения пневмонии. Расходы на антибактериальные (АБ) препараты значительны, что определяет актуальность изучения эффективных схем лечения, отличающихся экономической рентабельностью.

Целью нашего исследования явилась фармакоэкономическая оценка различных схем антибактериальной терапии пневмонии. Проведён ретроспективный анализ 89 историй болезни пациентов с тяжёлой внебольничной пневмонией. Среди обследованных больных преобладали мужчины - 67 больных (75,3%). Средний возраст больных составил $59,7 \pm 3,4$ лет. Тяжесть течения пневмонии была обусловлена поздним обращением за медицинской помощью - 38 больных (42,6%), обширностью поражения лёгочной ткани - 34 больных (38,2%), наличием сопутствующей патологии - 51 больной (57,3%). При пневмонии тяжёлого течения применялись сочетания антибиотиков, которые способны обеспечить эффективное подавление наиболее вероятных возбудителей. В исследовании сравнивались 2 схемы антибактериальной терапии тяжёлой внебольничной пневмонии. Одна группа получала стандартную антибактериальную терапию: бета-лактамы в комбинации с макролидами для парентерального введения и респираторными фторхинолонами. Другая группа получала карбапенемы. Расчёт затрат на основную

антибактериальную терапию заключался в определении средней стоимости суточной АБ терапии умноженной на среднюю продолжительность лечения. При тяжёлом течении пневмонии предпочитался внутривенный путь введения. Следует отметить, что при внутривенном применении антибиотиков стоимость расходуемых материалов была в 1,8 раза выше цены антибиотика. Затраты на курс основной АБ терапии составили 15627 рублей в группе стандартной антибактериальной терапии и 28750 рублей в среднем на одного пациента в группе карбапенемов. Стоимость дополнительной антибактериальной терапии в группе стандартной терапии составила 17711 рублей.

Таким образом, фармакоэкономический анализ показал, что не смотря на высокую стоимость разовой дозы, наблюдалось снижение затрат на фоне использования кабапенемов у пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией по сравнению со стандартной антибактериальной терапией за счёт уменьшения времени пребывания пациентов в ОРИТ и снижения затрат на назначение дополнительных АБ препаратов

12. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

Смолянова Ю. – 4к.

Руководитель – к.м.н., ассистент Круглякова Л.В.

В связи с неуклонным ростом количества применяемых лекарственных препаратов, особенностями современного течения болезней, характеризующимися наличием у одного пациента двух – трех и более заболеваний, требующих медикаментозной коррекции, проблема лекарственных поражений становится все более актуальной. Ятрогенные заболевания встречаются в практике специалистов различного профиля. Они бывают обусловлены неправильным назначением препаратов, превышением доз и сроков лечения, нерациональными сочетаниями лекарственных средств. Порой осложнения носят абсолютно непредвиденный характер, возникают при назначении средних терапевтических доз препаратов и зависят от особенностей реагирования организма на то или иное вещество. Химические вещества, попадающие в организм человека, могут вызывать поражение печени. Это различные химические агенты, применяемые в быту и на производстве, вещества природного происхождения (яды несъедобных грибов), лекарственные препараты. Под воздействием большинства гепатотоксических веществ происходит непосредственное повреждение паренхимы печени и нарушение обменных процессов в ее ткани. В зависимости от химической природы и дозы яда механизм его действия может быть различным. Предшествующие повреждения печени алкоголем, вирусами повышают чувствительность к гепатотропным ядам. Токсический эффект усиливается при бактериальной инфекции и дефиците белков в пище. Токсические повреждения проявляются разнообразными морфологическими изменениями печени: некрозами гепатоцитов, жировой и баллонной дистрофией.

Клиническая картина острого токсического гепатита напоминает вирусный гепатит: у пациента могут быть тошнота, рвота, отвращение к пище, боли в правом подреберье, увеличение печени, выраженная слабость. При легких и средне тяжелых формах может отмечаться небольшая преходящая желтуха, а при тяжелых формах она интенсивная с геморрагическим синдромом. Часто при этом возникает сопутствующее поражение почек. Тяжелые формы токсического гепатита могут вести к острой печеночной недостаточности. При хронической интоксикации возникает хронический гепатит, в отдельных случаях возможно формирование цирроза печени.

Лекарства относятся к факультативным гепатотоксинам. В терапевтической дозировке их токсический эффект непредсказуем. Гепатотоксический эффект может проявиться у противотуберкулезных средств, психотропных препаратов, антибиотиков и сульфаниламидов, противовоспалительных препаратов, гормонов, гестогенов, наркотических веществ, средств для лечения онкологических заболеваний: 6-меркаптопурина, метотрексата, хлорохина и других. Чаще всего поражение печени развивается на фоне лечения несколькими препаратами или при повторном курсе терапии и не всегда зависит от длительности лечения. Лекарства, вызываю-

щие повреждение печени, по механизму действия разделяют на 2 группы: прямого и непрямого гепатотоксического действия. Прямым гепатотоксическим действием обладают фторотан, антибиотики (хлортетрациклин), антиметаболиты (6-меркаптопурин, метотрексат, уретан). При действии этих препаратов на печень происходит изменение биохимических показателей (трансфераз, щелочной фосфатазы, билирубина) и морфологии печеночной ткани - возможны некрозы и жировая дистрофия гепатоцитов, воспалительная инфильтрация и фиброз портальных трактов. Поражение печени развивается не только сразу после приема препарата, но и спустя некоторое время после прекращения лечения, в этом случае действие препарата трудно отличить от естественного течения заболевания.

Примером лекарственного поражения печени может служить следующее наблюдение.

Больной Н. 55 лет, в течение полутора лет принимал по поводу ревматоидного артрита метотрексат. Данный препарат был назначен ему во время стационарного лечения в ревматологическом отделении областной клинической больницы в дозе 3 таблетки в месяц. Вернувшись домой, он не поставил в известность врачей районной поликлиники и продолжал прием препарата без надлежащего контроля. В 21 час 26.02.2006 года машиной скорой помощи был доставлен в инфекционное отделение Шимановской ЦРБ с жалобами на жидкий стул до 5 раз в сутки, повышение температуры тела, боли в животе, тошноту, рвоту. В связи с неясностью диагноза был направлен в Благовещенск. Госпитализирован в областную больницу. В течение нескольких дней состояние больного прогрессивно ухудшалось, что выразилось в нарастающих явлениях печеночной энцефалопатии, продолжающемся желудочно-кишечном кровотечении, явлениях панцитопении (в клиническом анализе крови эритроцитов $(2,95 \times 10^{12})$ и лейкоцитов $(2,5 \times 10^9)$, лейкоцитарная формула посчитана на 60 клеток (30 сегментоядерный нейтрофилов и 30 лимфоцитов). При биохимических исследованиях выявлено увеличение общего билирубина до 135,8, непрямого до 63,0, прямого - до 72,8 мкл/л, трансаминаз - АСТ 18,6, АЛТ 77,5, амилазы до 39, фибриногена - 5550, мочевины - 37,3 креатинина - 768 мкм/л. Несмотря на интенсивную терапию, в 18.20 6.03.06. больной умер при явлениях прогрессирующей полиорганной недостаточности. Вскрытие подтвердило токсическое поражение печени. Смерть Н. наступила от несовместимых с жизнью многочисленных осложнений неконтролируемой терапии метотрексатом, на фоне которой возникли токсические поражения печени, почек, костного мозга, проявившиеся тяжелой анемией смешанного генеза (миелотоксической и постгеморрагической), печеночной и почечной недостаточностью, токсической энцефалопатией и нарушениями обменных процессов.

13. АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С РЕДКИМ СМЕРТЕЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ

Кравченко О. - 4 курс.

Руководитель – асс. к.м.н., Круглякова Л.В.

Инфаркт миокарда – одна из клинических форм ишемической болезни сердца, характеризующаяся развитием локального некроза сердечной мышцы вследствие остро возникшего несоответствия коронарного кровотока потребностям миокарда. Обычно инфаркт миокарда проявляется интенсивными болями в области сердца, отдающими в левую руку, под лопатку, в шею, иногда – в челюсть. Боли не снимаются приемом нитроглицерина, сопровождаются чувством страха смерти. Характерной особенностью болевого синдрома при инфаркте миокарда является его длительность (от нескольких десятков минут до нескольких часов), у некоторых больных даже 1 – 2 суток.

В ряде случаев наблюдается атипичное течение инфаркта миокарда, что может привести к неправильной или несвоевременной диагностике заболевания. К атипичным формам инфаркта миокарда относятся: периферическая (при ней боль локализуется не в области сердца, а в левой руке, в области лопатки, в области шеи, в верхнем отделе позвоночника, в нижней челюсти), абдоминальная (гастралгическая), астматическая, коллаптоидная, отечная, аритмическая, церебральная, стертая (малосимптомная), комбинированно-атипичная.

Мы наблюдали случай атипичного течения инфаркта миокарда с редким осложнением. В ноябре 2006 года находился на лечении больной М., 1946 года рождения, пенсионер, инвалид II группы. Пациент наблюдался в поликлинике с мая 2002 года с диагнозами: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 1996 и 2000 г.). Лечился в центральной клинической больнице №2 Главного врачебно-санитарного управления Министерства путей сообщения Российской Федерации с 3.02. по 12.04.1997 года. Больному было рекомендовано оперативное лечение – аортокоронарное шунтирование, которое по каким-то причинам не было произведено.

28 ноября 2006 года появились непостоянные, колюще-сжимающие боли в животе, не связанные ни с какими очевидными факторами: не было погрешности в диете и контакта с инфекционными больными. Утром госпитализирован. На ЭКГ выявлен острый трансмуральный обширный передне-распространенный инфаркт миокарда на фоне рубцовых изменений по задней стенке левого желудочка. Затем появился жидкий стул с примесью крови, который повторился многократно, при этом количество крови увеличивалось. Сразу при появлении крови в кале были отменены антикоагулянты. Назначены антибиотики и средства, нормализующие моторику желудочно-кишечного тракта. Утром 1.12.06 отмечено уменьшение количества мочи и увеличение показателей мочевины крови, нарастающая анемия. Через сутки появились признаки прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности и продолжающегося желудочно-кишечного кровотечения. В 8 часов 2.12.06 констатирована смерть.

На вскрытии: Сердечная мышца дряблая, имеются старые рубцы по передней и заднебоковой стенке левого желудочка и острое трансмуральное повреждение миокарда переднеперегородочной и верхушечной области, аневризма левого желудочка. Атероматоз аорты в грудном и брюшном отделах, стенозирующий атеросклероз всех коронарных артерий. В желудке и на всем протяжении кишечника большое количество жидкой и в виде сгустков крови. Слизистая желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки с множественными эрозиями, дно которых покрыто гемосидерином, в области пилороантрального отдела по малой кривизне желудка 3 язвенных дефекта размерами 0,9 x 0,7 см, 1,3 x 0,7 см и 0,5 x 0,4 см., в дне последних рыхлые кровяные сгустки. Со стороны других органов – картина острого малокровия и выраженной дистрофии, застойная печень.

Таким образом, у больного М. имело место атипичное течение острого инфаркта миокарда – так называемый абдоминальный (гастралгический) вариант.

Абдоминальная (гастралгическая) форма наблюдается в 3% случаев инфаркта и проявляется интенсивными болями в эпигастрии, иногда в области правого подреберья. Боли могут сопровождаться тошнотой, неоднократной рвотой, не приносящей облегчения, отрыжкой воздухом, вздутием живота. В редких случаях бывают поносы. Абдоминальный вариант инфаркта миокарда может сопровождаться желудочным кровотечением, что проявляется рвотой кровью, падением артериального давления. Возможно кишечное кровотечение. Кровотечение объясняется развитием острых язв или эрозий слизистой оболочки желудка и кишечника. Деструктивные изменения в желудочно-кишечном тракте развиваются обычно в первые дни инфаркта миокарда. Острые эрозии и язвы располагаются, как правило, на малой кривизне желудка. Изредка они обнаруживаются в тонкой или даже толстой кишке. Опасным осложнением эрозий и острых язв является кровотечение.

Таким образом, диагностическая ошибка, имевшая место в данном случае, обусловлена объективными трудностями дифференциальной диагностики острого инфаркта миокарда и заболеваний желудочно-кишечного тракта. Кроме того, необходимо учитывать, что повторные инфаркты миокарда обычно протекают атипично и смертность при них значительно выше, чем при первом инфаркте

14. ЗНАЧЕНИЕ «МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА КИШЕЧНИКА ДЛЯ ОРГАНИЗМА».

Мишин К. В. – 4 к.; Карташова Д. Н. – 6 к.

Научный руководитель: к.м.н. асс. И. П. Солуянова.

Кишечную микрофлору можно сравнить с органом, приблизительно равным по массе и функциям печени. Биологический смысл нормальной микрофлоры – занять все рецепторы для адгезии и предупредить колонизацию условно – патогенной микрофлоры. Кроме защитной функции, она выполняет ферментопродуцирующую (гидролиз клетчатки, белков, жиров, крахмала, деконъюгацию желчных кислот и др.); синтетическую (синтез витаминов группы В, С, аминокислот, холестерина, мочевой кислоты, органических кислот); иммунизирующую (поддерживает синтез иммуноглобулинов (IgA), опосредует созревание и функционирование иммунокомпетентных органов). Посредством хоминг – эффекта микрофлора кишечника непрерывно поддерживает иммунологическую защиту не только кишечника, но и всех слизистых оболочек, продуцируя и размножая секреторный IgA – основной защитник слизистых от адгезии патогенных бактерий и вирусов, стимулятор фагоцитоза.

Заболевания органов пищеварения, кишечные инфекции и инвазии, лекарства, подавляющие секрецию пищеварительных желёз, моторику и регенерацию эпителия, неполноценные диеты, диспепсии и декомпенсированные заболевания всех органов и систем вызывают качественные нарушения микрофлоры, что гораздо хуже снижения её количества.

Антибактериальная терапия свыше 7 дней без применения пребиотиков вызывает дисбиоз кишечника, а при ряде факторов, нарушающих целостность кишечного барьера – проникновение агрессивных микроорганизмов в системный кровоток и органы – мишени (лимфоузлы, печень, почки и др.), вызывает реакцию клеточного и гуморального иммунитета.

Клиническая картина синдрома избыточного бактериального роста или кишечного дисбиоза проявляется местными (кишечными) и системными симптомами, вследствие моторных нарушений; воспалительных изменений; снижения содержания и активности ферментов; прорыва кишечного барьера; перекрёстных иммунологических реакций

Безответственное, неконтролируемое и необоснованное использование антибиотиков всё чаще приводит к драматическим последствиям, генерации антибактериальных мутантов, вызывающих сепсис, СПИД, аллергические заболевания и др.

Необходимость изменения тактики борьбы с инфекциями давно очевидна, и основная роль должна принадлежать иммунореабилитации. Одним из перспективных направлений иммунокоррекции, является использование препаратов, содержащих нормальные кишечные бактерии – пребиотиков. Искусственный путь воссоздания микробиоценоза позволит вернуться к условиям для формирования иммунной системы, гомеостаза, биохимических процессов, предупреждая возникновение неизлечимых и фатальных болезней человека.

14. ЛЕЧЕНИЕ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА.

Авторы: Хомколова А, Кашченко А.

Научный руководитель: асс., к.м.н. Солуянова И.П.

Дисбиотические нарушения ЖКТ – актуальная проблема практического здравоохранения, требующая глубокого теоретического, экспериментального и клинического исследования, т.к. в патологический процесс вовлекается не только кишечник, но и другие жизненно важные органы, в частности нарушается функция гепатобилиарной системы. Терапия метаболических нарушений, как системных проявлений дисбиоза кишечника проводится в 2 этапа: воздействие на кишечное звено патогенеза – это лечение основного заболевания кишечника, нормализация состава кишечного биоценоза и восстановление процессов пищеварения и всасывания. При присоединении патологических процессов в печени и внепеченочной билиарной системе, обусловленных транслокацией кишечной микрофлоры и ее токсинов во внутреннюю среду макроорганизма (гепатомегалия, АЛТ, АСТ, ГГТП и др.) дополнительно назначается

терапия, направленная на восстановление метаболических нарушений печени: восстановление метаболических процессов в гепатоците и стимуляция экскреции с желчью ксенобиотиков.

Восстановление нормального состава кишечной микрофлоры начинается с диеты. Диета подбирается в зависимости от типа диспепсии. Создаются условия для роста и функционирования нормальной микрофлоры. Назначению пробиотиков должна предшествовать антибактериальная терапия, которая включает в себя препараты первого и второго выбора. К препаратам первого выбора относятся сульфаниламиды (бисептол, сульгин), нитрофураны (фуразолидон), фторхинолоны (ципрофлоксацин), препараты висмута (де-нол). Из других антибактериальных средств 1-го выбора: метронидазол- активен в отношении анаэробов, налидиксовая кислота – на протей, антимикотик пимафуцин – не всасывается в кишечнике, пребиотик хилак-форте – является классическим биологическим антибактериальным препаратом, т.к. он продукт жизнедеятельности норм.микрофлоры и подавляет рост условно-патогенной и патогенной микрофлоры. Антибактериальная терапия должна складываться из 2-3 курсов лечения продолжительностью 5-7 дней. После окончания антибактериальной терапии на фоне пребиотиков назначаются пробиотики с учетом преимущественного поражения тонкого или толстого кишечника – лактобактерии или энтерококки длительностью на две недели. Для нормализации процессов пищеварения назначаются ферменты, моторики – прокинетики, а для нормализации pH в кишечнике и связывания токсинов необходимо назначение буферных антацидов. Базисная терапия включает прекращение действия этиологических факторов и исключение факторов риска, полное прекращение употребления алкоголя, низкожировую и высокобелковую диету, назначение гепатопротекторов таких как: эссенциальные фосфолипиды (эссенциале, эссливер форте, гепатосан и др.),силимарин (легалон, карсил, силибор, Гепанебе и др.), компоненты гепатоцеллюлярных метаболических циклов: липолиевой кислоты (тиоктовая кислота), метионина (гептрал, бетаин и др.), урсодезоксихолиевая кислота (урсосан, урсофальк и др.), препараты артишока и витамины. Для усиления экскреции ксенобиотиков с желчью и нормализации функции билиарной системы используется препарат Гепабене, в состав которого входят экстракт дымчатки аптечной 4,13 мг, и экстракт расторопши пятнистой 70-100 мг. Основными эффектами Гепабене являются: гепатозащитный, антифибротический, холеретический, а также он является холецистокинетиком и спазмолитиком для сфинктера Оди.

Таким образом в терапии кишечного дисбактериоза играет немаловажную роль нормализация функций печени, как главного органа детоксикационных и синтетических процессов в организме человека.

16. АУРИКУЛОДИАГНОСТИКА И ЕЕ ДОСТОВЕРНОСТЬ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Лавриненко Е.В. – ст. 5 к., Душа И.С. – ст. 4 к.

Научный руководитель: доцент Е.Е. Молчанова

В настоящее время методы рефлексотерапии получили широкое распространение не только на Востоке, но и в России, а также многих других странах Европы и Америки. Аурикулярная терапия и диагностика, являющаяся частью рефлексотерапии, получила большое признание врачей различных специальностей благодаря своей простоте, доступности и высокой эффективности. Популярность аурикулотерапии объясняется успехами научных исследований механизма ее действия при различных заболеваниях, возможностями проведения диагностики и быстрым купированием многих острых состояний.

Аурикулярные точки, по современным представлениям, имеют площадь около 2мм. У здорового человека эти точки находятся в «дремлющем» (латентном) состоянии и проявляются (становятся болезненными) только при наличии патологического процесса в организме. Если функция органа нормализуется, эти точки вновь становятся латентными. Сложность и многообразие чувствительной иннервации ушной раковины делают ее поистине уникальной областью на поверхности человеческого тела.

Тело человека проецируется на ушной раковине в виде перевернутого вниз головой

эмбриона, голова которого соответствует мочке уха, внутренние органы проецируются в центре раковины, позвоночник – в области противозавитка, а конечности – в верхней части уха, над дугой противозавитка. Данные, полученные в исследованиях Поля Ножье, позволили подтвердить эту закономерность проецирования органов и частей тела на поверхности ушной раковины. Именно эта «логика открытия», которая с точки зрения современной методологической концепции «составляет спинной хребет науки», обеспечила принятие мировым научным сообществом сформулированной Ножье «эмбрионной модели» в качестве научной.

Аурикулодиагностика – диагностика состояния организма по ушной раковине. Перед исследованием ушную раковину пальпируют (ощупывают), чтобы определить ее чувствительность. Принимается во внимание строение, анатомические особенности и локальные изменения ушных раковин. Например, значительные различия в форме ушных раковин указывают на физическую и психическую дисгармонию, изменение верхнего отдела ушной раковины говорит о почечных нарушениях, четкая поперечная складка на мочке уха указывает на наличие ИБС.

Целью исследования явилось определить частоту изменений на ушной раковине при некоторых заболеваниях внутренних органов.

Обследовано 80 больных в кардиологическом, урологическом и терапевтическом отделениях МУЗ ГКБ № 3. Из них – 20 пациентов с болезнями органов дыхания (с пневмонией, бронхиальной астмой, хронической обструктивной болезнью легких), 20 – с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда и гипертонией), 20 – с поражением желудочно-кишечного тракта (язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки и панкреатитом) и 20 – с заболеваниями мочевыводящих путей (пиелонефритом и мочекаменной болезнью).

Каждому больному производился тщательный осмотр ушной раковины для выявления изменений окраски и состояния кожи, а также пальпация с помощью пуговичного металлического зонда, позволяющая определить болезненность в зонах, соответствующих пораженному органу. При различных патологических процессах в определенных участках уха возникают зоны пониженной и повышенной болевой чувствительности, изменения окраски кожи и др. При этом в динамике прогрессирования и хронизации болезней в аурикулярных точках, соответствующих патологический процесс, происходят изменения, укладываемые в две стадии их формирования – стадии функциональных и морфологических изменений. Начало характеризуется понижением порога болевой чувствительности. При этом визуально отмечается сначала побледнение (сосудистый спазм), а затем покраснение (гиперемия) соответствующих микрозон ушной раковины. При бурном начале заболевания, при выраженном обострении хронического процесса в информирующих микрозонах ушной раковины развиваются морфологические изменения: пузырьки или даже язвочки. При длительно текущем заболевании появляются пигментные пятна, шелушение, рубчик после зарубцевавшейся язвочки.

Совпадение диагнозов при аурикулодиагностике составило 95 % (19 человек) при болезнях органов дыхания, 80 % (16 пациентов) – при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, 85 % (17 больных) – при поражении желудочно-кишечного тракта и 90 % (18 обследованных) – при заболеваниях мочевыводящих путей.

Таким образом, простота и довольно высокая степень достоверности аурикулярной диагностики позволяет использовать ее в качестве метода экспресс-диагностики, доступного врачу любой специальности. А знание проекционных зон ушной раковины и использование их в лечебных целях может помочь повысить эффективность медикаментозной терапии.

17. РОЛЬ ОПРОСА БОЛЬНОГО В ТРАДИЦИОННОЙ ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЕ

Сова А.Н. – 5 к.

Научный руководитель: доц. Е.Е. Молчанова

Лечению того или иного заболевания должно предшествовать основательное обследование больного. Традиционная китайская медицина придерживается этого правила в той же мере,

что и современная западная, и опирается на те же основные виды диагностики (осмотр, прослушивание и исследование на запах, опрос и ощупывание), имея в арсенале не-сколько особых диагностических методов, которые отличаются от современной западной диагностики болезней.

Особенности состояния больного врач выясняет путем опроса, важность которого постоянно подчеркивается также и в западной медицине. Цель расспроса состоит в выявлении основной причины заболевания, причем ведется он в определенной последовательности для того, чтобы все выявленные симптомы и синдромы классифицировать с позиции инь-ян. Для этого, выслушав жалобы больного, ему обязательно задается десять вопросов. Врачи, занимающиеся традиционной китайской медициной (в Китае), заучивают в процессе обучения небольшое стихотворение («Песня десяти вопросов»). В нем для облегчения запоминания приведены важнейшие вопросы, которые должны быть выяснены у пациента. Мы хотим предложить русский вариант песни десяти вопросов, который может использоваться врачами практически любой специальности.

Песня 10 вопросов

Здравствуйте, мой друг любезный,
Что же с вами-то, болезный?
Вы поведайте все сразу,
Вместе победим заразу.
Ну, начнем, пожалуй, с жара (температуры),
Его много или мало?
Как он часто возникает?
А в озноб перетекает?
Может, зябкость, холод в теле?
Говорите, в самом деле.

Может, есть потливость ночью?
На лбу тоже, между прочим.
дайте врачу:
При недлительной нагрузке –
Понимаете Вы русский?

Голова болит, скажите?
Если да, то распишите,
Где и сильно как бывает
И на сколько затихает?

Тело, друг мой, беспокоит?
Боль в груди, живот не ноет?
Распирање в грудной клетке?
В пояснице боли редки?
А какие по течению, своему распространению?
Исчезают, тянут, давят,
Отдают, как гром вдруг грянут.
Не тушуйтесь, мы поможем,
Всем, что есть, но точно сможем.

Аппетит Ваш сохранился
(ме)
Или как-то изменился?
Жажда мучает? Сколь пьете?
Может быть и мне нальете?

Ночью как себя ведете?
Крепко спите или врете?
Сны какого снятся плана:
Эротического жанра
Или сплошь одни кошмары?
Жестковаты, видно, нары.

Боль и звон в ушах бывает?
Зренье вечером страдает?
Есть ли мушки пред глазами?
Расскажите, будто маме.

И спросить еще хочу, Вы пове-

С чего вдруг все началось?
Пережить Вам что пришлось?
Быстро как все начиналось,
Мне поведайте, хоть малость.
Чем лечились, помогало?
И надолго ли хватало?
Ну а что Ваш образ жизни –
Как условия в Отчизне?
Не болел ли кто в семье –
Признавайтесь живо мне.
Как Вы думаете сами
Что же было-то вначале?
В чем причина всех недугов
Или все случилось вдруг?

Если с женщиной опрос
Здесь еще такой вопрос.
Менструальный цикл в норме?
(как спортсмен в отличной фор-

Дни последних менструаций?
И без всяких махинаций!
Как обильны? Дням сколь крат-

ны?

А теперь серьезней будем,
О лечении не забудем.
А каков вкус у еды, расскажите лучше Вы:
Горький, пресный, кислый, сладкий?
Он соленый, острый, неприятный?

А как только поедите, в туалет, мой друг, хотите?
Или раз в два дня и мало,
На анализ чтоб хватало.
Стул, моча, их опишите:
Запах, цвет, но не спешите.
Есть ли боли в туалете?
Не стесняйтесь – ведь не дети.

Боль при этом возникала?
Что-нибудь еще смущало?
Сгустки крови в выделениях? –
Это важно в наших пренях.

Если все мне доложили,
То спасибо, удружили.
Теперь легче нам бороться
С вашим недугом придется.

18. СЛУЧАЙ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА, ОСЛОЖНЕННОГО СЕПСИСОМ

Подсмаженко И. – 4 курс.

Научный руководитель: к.м.н., доц. О.П. Коротич

Заболевания тонкой и толстой кишки нередко возникают вследствие комплекса экзогенных факторов, нарушающих нормальное функционирование пищеварительного тракта. Частой причиной развития поражений толстой кишки становятся антибиотики (наиболее часто клиндамицин, ампициллин, цефалоспорины). Более 30% случаев диареи, индуцированной антибиотиками, приходится на долю инфицирования анаэробной бактерией *Clostridium difficile*. Токсин *C.difficile*, воздействуя на слизистую оболочку кишки, снижает ее резистентность к воздействию внешних факторов и непосредственно повреждает колоноциты. Фактор, способствующий росту клостридий в толстой кишке, в настоящее время еще не выявлен. Однако связь возникновения диареи с предшествующими назначениями антибиотиков не вызывает сомнения. Частота подобных антибиотикоассоциированных поражений кишечника весьма высока, поэтому поиск эффективных средств лечения и профилактики весьма актуален.

Псевдомембранозный колит – острое, потенциально тяжелое заболевание толстой кишки, связанное с применением антибиотиков и характеризующееся повреждением слизистой оболочки толстой кишки.

Частота развития данного заболевания в общей популяции – 6,7:100000 лечившихся антибиотиками.

Приводим пример клинического наблюдения.

Больная Б., 21 год, поступила с жалобами на повышение температуры тела до 39, общую слабость, рвоту, диарею.

Из анамнеза известно, что за неделю до поступления больная находилась на лечении в гинекологическом отделении АОКБ по поводу разрыва кисты желтого тела. В экстренном порядке была произведена лапаротомия, резекция левого яичника. С профилактической целью больной в течение недели вводили пенициллин по 1 млн ЕД 4 раза в сутки. Перед выпиской поднялась температура до 39,3, был добавлен цефазолин и через 2 дня больная была выписана из стационара. Через 2 суток у больной повысилась температура до 39,5. Принимала пенициллин по 1 млн ЕД 4 раза в сутки. К повышенной температуре присоединились поносы, по поводу чего больная была госпитализирована в МКБ №3 с подозрением на пневмонию.

При поступлении: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы горячие, гиперемия лица. При перкуссии по всем полям легочный звук, дыхание в легких – с жестким оттенком, несколько ослабленное над нижними отделами справа. Пульс до 100, АД 90 и 60 мм рт.ст. Живот при пальпации безболезненный, печень не увеличена. В анализе крови сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Учитывая тяжесть состояния больной, изменения крови, ослабление дыхания справа над нижними отделами, больная была госпитализирована в отделение пульмо-

нологии с диагнозом: внебольничная пневмония в нижней доле правого легкого, средней степени тяжести. В отделении начата антибактериальная (цефатоксим, эритромицин), дезинтоксикационная терапия.

На следующий день у больной усилились боли в животе, тошнота, жидкий стул, слабость. Объективно: состояние тяжелое, с отрицательной динамикой (гипотония, тахикардия), живот болезненный, пальпируется «урчащий» кишечник, увеличилась печень. В анализе крови – лейкоцитоз, ускорение СОЭ, в копрограмме – лейкоциты густо в поле зрения, единичные свежие эритроциты.

Учитывая клиническую картину и данные дополнительных методов исследования, больной был выставлен диагноз псевдомембранозного колита. Антибиотик цефатоксим заменен на ванкомицин и метронидазол, проводилась массивная дезинтоксикационная и гормональная терапия. Несмотря на это, у больной прогрессивно нарастали явления сосудистой и дыхательной недостаточности, признаки острой почечной недостаточности, ДВС – синдром. В анализе крови высеяны клостридии. В связи с ухудшением состояния больная переведена на ИВЛ. Несмотря на проводимую терапию (антикоагулянты, ингибиторы протеаз, переливание крови, форсированный диурез) состояние больной прогрессивно ухудшалось и через сутки у больной констатирована смерть.

На патологоанатомическое вскрытие больная направлена с диагнозом: псевдомембранозный колит, тяжелой степени тяжести, осложненный сепсисом, ДВС – синдромом, полиорганной недостаточностью.

Диагноз на вскрытии подтвердился.

Случай интересен тем, что на фоне приема больших доз антибиотиков у больной развился псевдомембранозный колит, вовремя не диагностированный, что привело к развитию сепсиса, полиорганной недостаточности, ДВС – синдрому и последовавшему летальному исходу.

19. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПУЛЬС - ТЕРАПИИ ПРИ АУТОИММУННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ.

Грукамо М.Ю.-4к.

Научный руководитель: к.м.н. Струнина Ю.З.

Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) поражение перiorбитальных тканей аутоиммунного генеза, в 95% сочетающийся с аутоиммунными заболеваниями щитовидной железы, клинически проявляющийся дистрофическими изменениями глазодвигательных мышц и других структур глаз.

Несмотря на интенсивную разработку алгоритмов лечения ЭОП, его результаты в настоящее время нельзя признать удовлетворительными: улучшение удается лишь добиться только в 30% случаев, в 60% случаев достигается стабилизация процесса, в остальных 10% случаев, несмотря на проводимое лечение, имеет место дальнейшее прогрессирование процесса.

Больная П., 45л, поступила на стационарное лечение в эндокринологическое отделение с жалобами на боли в глазах, слезотечение, двоение, исчезающее при наклоне головы, отечность век. Дополнительные методы исследования: ТТГ-6,2 мМЕ/л; Т₄-13,41 нмоль/л; Т₃-1,78 нг/мл; OD=25мм, OS=25мм; УЗИ исследование глаз-утолщение прямых глазодвигательных мышц до 7,5мм (норма 4-4,5 мм).

Диффузно токсический узловой зоб II (ВОЗ) был выставлен в 2001г. Получала лечение-мерказолил 30мг (2месяца), поддерживающая терапия в течении 2 лет (10мг мерказолила и 75 мг L-тироксина). Рецидив диффузно токсического узлового зоба в 2003г (резекция щитовидной железы в 2003г). Диагноз аутоиммунная офтальмопатия 4А(NOSPECS) впервые выставлен в 2003г на основании симптомов: боли в глазах, отечность век, выпячивание глазных яблок из орбит (OD= 23мм, OS=22мм), ТТГ-5,6 мМЕ/л; Т₄-11,22 нмоль/л; Т₃-1,88 нг/мл, УЗИ исследование глаз-утолщение прямых глазодвигательных мышц до 7мм. Получала лечение в 2005г. (преднизолон 60мг ежедневно 2недели, затем 40 мг

в течении 2 недель, 30 мг в течении 4 недель и 20 мг в течении 4 недель с постепенным снижением и отменой препарата через 8 недель, магнитотерапию. В 2007г, в стационаре получала лечение-пульс терапию 500 мг преднизолона в течение 3 дней с последующим назначением преднизолона 0,7 мг/кг веса в течение 4 недель, с последующим снижением на 5 мг каждую неделю. На фоне проводимой терапии состояние больной значительно улучшилось: уменьшился болевой синдром, двоение, отечность век, улучшилось общее самочувствие. Дополнительные методы исследования: ТТГ-4,2 мМЕ/л; T₄-10,18 нмоль/л; T₃-1,12 нг/мл; OD=22мм, OS=21мм.

Таким образом результаты лечения пульс-терапией доказывает эффективность применения данного метода лечения у больных с аутоиммунной офтальмопатией.

Педиатрия

Научный руководитель: проф. д.м.н. А.Ф. Бабцева

Председатель: Крицкая А. – б.к.

Секретарь: Данилова Л. – 5к.

1. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ ПО СИСТЕМЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО КОМПЛЕКСА ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА (АКДО)

Данилова Л. 5 к., Мингалева О., 3 к.

Научный руководитель: д.м.н., проф. А.Ф. Бабцева, д.м.н. Е.Б. Романцова

Система АКДО позволяет повысить эффективность медицинских осмотров по основным профилям детской патологии и оценить в динамике здоровье детского и подросткового населения. Система разработана в С-Петербурге под руководством проф. И.М.Воронцова и успешно применяется во многих городах России. Данная методика дает возможность применять стандартизованные количественные оценки здоровья, что важно для планирования и проведения профилактической и реабилитационной работы. При профилактических осмотрах детей используется анкета - опросник, характеризующая анамнестические данные и состояние ребенка до обследования. Детям проводится антропометрические исследования, ЭКГ, спирометрия, динамометрия, исследование осмотры зрения, осмотры педиатров, специалистов (гинеколог, андролог) и при необходимости других специалистов.

В 2007 г. в IV детской поликлинике г. Благовещенска внедрен автоматизированный комплекс диспансерных осмотров детского населения от 3 до 17 лет. За 2007 год осмотрено 2468 детей-дошкольников и подростков. В целом по школьно-дошкольному отделению выявлено 5224 патологии т. е. на 1 обследуемого пришлось 2,1 болезни. В структуре на I м. - ортопедическая патология 43,3%; II м. - стоматологическая патология 27,4%; на III м. - нарушение осанки 24,1%; IV м. - болезни глаза и его придаточного аппарата 21,8%; V м. - неврологическая патология 16,8%. Впервые выявлено 1614 патологии, что составляет 30%, при этом впервые выявлена гинекологическая заболеваемость 52,5%, заболевания крови 48,0%, снижение слуха 42,8%, хирургические болезни 41,3%, эндокринная патология 36,8%, ЛОР-патология 35,8%, стоматологические болезни 36,7%, нарушение осанки 36,2%. Уровень выявленной патологии у обследованных в дошкольном и школьном возрасте представлен следующим образом: обследовано 724 детей дошкольного возраста и 1744 школьников. У дошкольников всего выявлено 967 заболеваний, приходящих на 724 ребенка, т.е. на 1 ребенка - 1,3 болезни. В структуре на I м. - стоматологическая патология 22,7%, на II м. - ортопедическая 22,4%, на III м. - неврологическая 14,6%, на IV м. - нарушение осанки 14,1%, на V м. - хирургическая патология 11,3%. Впервые выявлено в дошкольном возрасте 333, что составляет 34,4%. При этом - ортопедическая патология 65,4%, нарушение осанки 61,8%, болезни глаза и его придаточного аппарата 50,9%, лор патология 37,1%, хирургическая патология 35,4%. У школьников выявлено 4257 заболеваний, приходящих на 1744 школьников, т. е. на 1 школьника 2,4 патологии. В структуре - на I м. ортопедическая патология 52,4%, на II м. стоматологическая патология 29,3%, на III м. нарушение осанки 28,3%, на IV м. болезни глаза и его придаточного аппарата 27,8%, на V м. неврологическая патология 17,8%. Следует отметить высокую частоту гинекологической заболеваемости у школьниц 29,8% (в дошкольном возрасте 3,4%). Впервые выявлено у школьников 1269, что составляет 29,8%. При этом - снижение слуха 50%, хирургическая патология 44,7%, эндокринологическая патология 38,7%, стоматологическая патология 38,2%,

лор патология 35,5%. В целом по школьно-дошкольному отделению распределение по группам здоровья следующее: 2 группа 60,9%, 1 группа 18,4%, 3 группа 14,9%, 4 группа 5,8%. У дошкольников-2 группа 57,7%, 1 группа 39,2%, 3 группа 2,9%, 4 группа 0,1%. У школьников-2 группа 62,3%, 3 группа 19,9%, 1 группа 9,7%, 4 группа 8,24%. Последующее подтверждение выявленной патологии врачами - специалистами составляет 90%, что подтверждает эффективность использования системы АКДО.

2. РОЛЬ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ

Золотухина О.А. – 5к.

Научный руководитель: асс., к.м.н. Шанова О.В.

В последние годы заболевания суставов, по данным многих авторов приобретают все большее значение, поражая людей различных возрастных групп и приближаясь по степени распространенности к таким заболеваниям, как гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца. Этот процесс находит свое отражение в закономерном увеличении доли патологии суставов в детском возрасте, при этом воспалительные заболевания суставов выступают на первый план в общей структуре поражений опорно-двигательного аппарата у детей. В связи с этим мы поставили перед собой цель оценить влияние хронической персистирующей инфекции на характер суставного синдрома. Для этого нами была проанализирована 51 история болезни детей с различными нозологическими формами артритов, находившихся на лечении в педиатрическом отделении ДГКБ в 2007 году. По структуре диагнозов больные распределились следующим образом: 21,6% с ювенильным ревматоидным артритом, 52,9% с реактивными артритами и 25,5% с артралгиями. Средний возраст наблюдаемых больных составил 12,4 года. Средняя продолжительность заболевания – 3,04 года. Более чем у 2/3 детей суставной синдром протекал в виде моно - и олигоартрита. Он характеризовался асимметричным артритом с преимущественным поражением суставов нижних конечностей. У 76,4% детей диагностировались различные инфекционные агенты. Анализ выявления рода возбудителя показал следующее, так в подавляющем большинстве случаев выявлялись АТ (высокий титр) к вирусу простого герпеса (64,1%), цитомегаловирусной инфекции у половины обследуемых (51,2%). Ат к хламидиям в крови были найдены у 46,2% больных. В основном определялись АТ к хламидиям trachomatis. Сочетанная хламидийная инфекция (хламидии trachomatis + pneumoniae) в подавляющем большинстве случаев диагностировалась у больных с реактивными артритами. Таким образом, хронические инфекции довольно часто встречаются у больных с различными формами артритов и артралгий, оказывая влияние на развитие и течение этих заболеваний и требуют назначения адекватной антибактериальной и противовирусной терапии.

3. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ НА ФОНЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Самарина Е.Ю. – 5 к.

Научный руководитель: к.м.н., асс. К.А. Арутюнян

Проведено клинико-иммунологическое исследование у 31 больного с рецидивирующим обструктивным бронхитом (РОБ) на фоне перинатальной энцефалопатии. В группу сравнения вошли 17 детей без клинико-anamnestических данных поражения ЦНС. У детей I группы выявлено снижение клеточного звена иммунитета (CD3+ (47,0±3,6%), CD4+(38,0±5,1%), CD8+(12,9±3,3%), по сравнению с детьми II группы (p<0,05). Сравнивая показатели I и II гр. выявили недостаточность (p<0,05) фагоцитарной активности нейтрофилов и гуморального звена иммунитета (IgA-0,52±0,1; IgG-5,59±0,76; IgM-0,99±0,15 г/л), в период выздоровления показатели иммунитета не восстанавливались, сохраняя признаки вторичной иммунологической недостаточности. В остром периоде выявлено повышение диеновых конъюгатов в плазме крови в 2,5 раза в I группе, в сравнении с

детьми II группы; достоверное повышение содержания малонового диальдегида (МДА) в эритроцитах и плазме крови у больных I группы, в восстановительном периоде снижение МДА в плазме крови до исходного уровня наступает только у детей группы сравнения. В I группе его показатель оставался выше на 28%. При этом, общая антиокислительная активность у детей I группы в остром и восстановительном периодах БОС оставалось сниженной в 1,5 раза в сравнении с контролем ($p < 0,05$). В I группе детей выявлено достоверное снижение активности фермента глюкоза-6-фосфатдегидрогеназы ($p < 0,05$), тенденция к нормализации которого наблюдалась только в контрольной группе. Доказана прямая корреляционная связь между показателями перекисного окисления липидов и иммунитета, наиболее отчетливо выраженная у больных I группы. Учитывая патогенетические особенности течения рецидивирующего бронхита у детей с ПЭ наряду с общепринятым лечением БОС в комплексной терапии у 15 детей I группы включали в качестве иммуномодулятора лейкоинтерферон и антиоксиданта эмоксипин. В результате лечения у большинства детей (73,3%) получен клинико-иммунологический эффект, снизился уровень МДА до нормы у 66,7%. Усиление активности АОЗ ($p < 0,001$) наблюдалось в I группе ($p < 0,01$). Таким образом, при лечении рецидивирующего обструктивного бронхита доказана эффективность лейкоинтерферона и эмоксипина у детей с ПЭ как патогенетическая терапия

4. ВРОЖДЕННАЯ АНОМАЛИЯ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ

Крицкая А.Е. – бк.

Научный руководитель: асс., к.м.н. Шанова О.В.

Мальчик К. 6 лет поступил с жалобами на приступы сердцебиения, сопровождающиеся одышкой. Из анамнеза известно, что в возрасте 5 лет был выслушан систолический шум. При амбулаторном обследовании органической патологии выявлено не было. В возрасте 6 лет появилась слабость, утомляемость после незначительных физических нагрузок. В динамике отмечалось снижение толерантности к физическим нагрузкам, появилась одышка, акроцианоз, периодически приступы сердцебиения. В связи с чем ребенок был госпитализирован в ДГКБ. При поступлении состояние средней степени тяжести по заболеванию. Астенического телосложения. Вес 21 кг Рост 120 см. Кожный покров чистый, с выраженной бледностью и умеренным акроцианозом. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Грудная клетка деформирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Верхушечный толчок определяется визуально и пальпаторно в 5 м/р по левой медиоклавикулярной линии, разлитой. Границы относительной тупости сердца: правая в 4 м/р на 2 см снаружи от края грудины, верхняя нижний край 2 ребра, левая совпадает с верхушечным толчком. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 60 в мин. Во всех точках аускультации максимум в 3-4 м/р слева от грудины выслушивается грубый систолический шум. АД на правой руке 80/60 мм.рт.ст., на левой 80/50 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края реберной дуги. Мочепускание свободное, безболезненное. Периферических отеков нет. Стул ежедневный, оформленный. При СХМ-ЭКГ – средняя чсс днем 83 в мин, ночью 66 в мин, циркадный индекс 1,25 (норма). Динамика чсс без особенностей. На фоне синусового ритма с ЧСС от 55 до 160 в мин (средняя 73 в мин) продолжавшегося в течение всего времени наблюдения, зарегистрирована миграция водителя ритма - 3172 (в среднем 234 в час) Днем 592 (107 в час), ночью 2580 (323 в час). Во время физической нагрузки (1) зафиксированы ишемические изменения на ЭКГ. Толерантность к нагрузке ниже средней. При ЭХОКГ исследовании с ЦДК диагностирована Врожденная аномалия правой коронарной артерии; Правая коронарная фистула. Камеры сердца не расширены. Клапанный аппарат не изменен. Дополнительная трабекула в ЛЖ. Сократительная способность ЛЖ снижена. Консультирован кардиохирургом Диагноз: Врожденная аномалия правой коронарной артерии. Коронарная фистула правой коронарной артерии. Открытый артериальный проток? Рекомендовано обследование и оперативное лечение на базе центральных клиник.

5. СЛУЧАЙ МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ

Чернякова А.В. – 5к.

Научный руководитель: клин. орд. Можарова Ю.А.

Больная Д., 15. 08. 2006 года рождения, поступила в отделение гематологии 13. 10. 2006 года с жалобами на беспокойство, бледность кожи и слизистых оболочек. Из анамнеза жизни известно, что девочка от первой беременности, протекавшей на фоне хронической никотиновой интоксикации, отеков во второй половине беременности. Роды первые в срок, в родах – однократное обвитие пуповины вокруг шеи. На 7 – е сутки переведена в отделение патологии новорожденных с диагнозом: Церебральная ишемия 2 степени. В ОПН – состояние средней степени тяжести за счет гидроцефально – гипертензионного синдрома, двигательных нарушений. Анализ крови в ОПН – Нв – 171 г/л, Эр – 5,2, Тр – 419, Л – 10,9, п/я – 1%, с/я – 34%, э – 5%, б – 1%, лимф – 48%, м – 11%.

С 25 дня мать самостоятельно перевела ребенка на искусственное вскармливание, кормила козьем молоком, разведенным 1:1 с кипяченой водой 3 – 4 раза в сутки по 100 – 120 мл.

28. 09. 2006 года появилось повышение температуры тела до фебрильных цифр, катаральные проявления, мать обратилась в детскую поликлинику. В клиническом анализе крови выявлено снижение Нв до 46 г/л, Эр – 1,1, ЦП – 1,1, выраженный лейкоцитоз до 47, сдвиг лейкоцитарной формулы до миелоцитов, ускорение СОЭ до 25 мм/ч. Осмотрена гематологом стационара и госпитализирована в отделение гематологии ДГКБ. При поступлении: состояние тяжелое за счет анемического симптомокомплекса, девочка вялая, сонливая. Выраженная бледность, сухость кожи, явления аллергического дерматита на конечностях, в естественных складках. Дыхание через нос затруднено. Тоны сердца ясные, ритмичные. Громкий дующий систолический шум во всех точках, тахикардия до 150 уд/мин. Живот увеличен в объеме, поддут, при пальпации – выраженная гепатоспленомегалия. Стул со слов матери 2 – 3 раза в сутки, с примесью зелени, кашицеобразный. В клиническом анализе крови – анемия тяжелой степени (Нв – 42 г/л), лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы до миелоцитов и метамиелоцитов, повышение СОЭ. Биохимические показатели в пределах нормы. Ат к гепатитам не обнаружены. Ат к лямблиям – КП = 3, 8, у матери – 2,8. УЗИ внутренних органов: умеренное увеличение селезенки.

Для исключения системного заболевания крови произведена стерильная пункция. В миелограмме – признаки мегалобластного кроветворения, с задержкой созревания нормоцитов, встречаются тельца Жолли. Осмотр невролога – гипоксически – геморрагическая энцефалопатия, последствия ВЖК I. Псевдокисты, гипертензионно фолиевая кислота – гидроцефальный синдром. Учитывая клинические данные был выставлен диагноз: Мегалобластная (В12, фолиево-дефицитная) приобретенная анемия тяжелой степени, гиперхромная, гиперрегенераторная, смешанного генеза. ГИЭ. Аллергический дерматит. Дисбактериоз кишечника. Лямблиоз.

С заместительной целью было проведено переливание эритроцитарной массы, вит. В12, максимум, панкреатические ферменты, эубиотики. На 10 день от начала лечения отмечался ретикулоцитарный криз, исчезла бледность кожи и слизистых, нормализовались размеры печени, сохранялась умеренная спленомегалия. На контрольной стерильной пункции – исчезновение признаков мегалобластного кроветворения. Ребенок с мамой выписан из отделения на 21-е сутки в удовлетворительном состоянии с рекомендациями.

6. СЛУЧАЙ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ

Пашнев С.Н. - 5к.

Научный руководитель: клин. орд. Ярусова Е.В.

Больная Д., 2000 г.р., поступила 4.02.08 г. с жалобами на периодические боли в окологрудиной области, желтушность кожных покровов, плохой аппетит, утомляемость. Анамнез заболевания: девочка больна с октября 2004 года, когда во время лечения острой пневмонии, впервые была выявлена гепатоспленомегалия, изменение биохимических показателей крови (тимоловая проба – 15,59; трансаминазы: Асат – 0,58; Алат – 0,96). Впервые выставлен DS:

Хронический активный гепатит. Назначено лечение гепатопротекторами. С 24.11.04г. по 14.02.05г. находилась на стационарном лечении в АОКБ, где методом ИФА и ПЦР выявлены маркеры гепатита "В". В марте 2005г. проведена заочная консультация в Областной клинической больнице г. Новосибирска, выставлен DS: Хронический активный гепатит, даны рекомендации по лечению и наблюдению. В июне 2005г. проведена биопсия печени, заключение: активный цирроз печени. В июле 2005г. находилась на стационарном лечении в АОИБ с DS: Цирроз печени вирусной этиологии в стадии субкомпенсации. Портальная гипертензия I степени. С 28.10.05г. находилась на стационарном лечении в АОИБ в связи с усилением цитолитического синдрома на фоне лечения рофероном. В марте 2006г. обследована в РНЦХ РАМН в отделении трансплантации печени по программе родственной трансплантации. Выявлены показания к трансплантации печени. Экстренных показаний к трансплантации нет. В феврале 2008г. при обследовании в амбулаторных условиях выявлена отрицательная динамика в виде повышения б/х показателей крови (Асат – 27,5 ЕД/л; Алат – 52,5 ЕД/л; ЩФ – 1206 ЕД/л). Направлена на обследование и лечение в ДГКБ. Объективно: ребенок умеренного питания. Кожный покров с легким желтушным оттенком, видимые слизистые бледные, чистые. В легких и сердце без особенностей. Язык у корня обложен серо – желтым, тонким налетом. Живот умеренно вздут за счет явлений метеоризма, пальпаторно безболезненный. Печень выступает из под края реберной дуги + 1,5 см., туго – эластичной консистенции, с округлым, гладким, ровным краем. Селезенка у края левой реберной дуги, туго – эластичной консистенции. Мочеполовая система без особенностей. Стул, диурез в норме. КАК: умеренная лейкопения – 3,6; Б/х ан. крови: Асат – 0,5; Алат – 0,75; ЩФ – 326; тимоловая проба – 5,6; Ан. крови на маркеры вирусов гепатита: Hbcor: Ag Ig M - отриц.; IgG – (+) КП=2; методом ПЦР: ДНК HBV – обнаружена; Биопсия печени: заключение – активный цирроз печени; УЗИ внутр. органов: гепатоспленомегалия, поджелудочная железа – умеренное увеличение головки и тела, структурные изменения паренхимы. S – образная деформация желчного пузыря. Отмечается снижение скорости кровотока в портальной вене. Не исключается наличие коллатералей по ходу портальной вены. R – ма пищевода: заключение – варикозное расширение вен пищевода. Выставлен DS: Цирроз печени вирусной этиологии (HBV) в стадии субкомпенсации. Портальная гипертензия I-II степени. Дискинезия желчевыводящих путей (деформация желчного пузыря). Панкреатопатия. Получала лечение: инфузионная терапия, гепатопротекторы, ферментотерапия, витаминотерапия. Для решения вопроса о трансплантации печени необходима консультация ребенка в ГУ "Российский Научный центр хирургии РАМН".

7. РЕАКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ 6-7 ЛЕТ

Бухонина А.В. – 4 к.

Научный руководитель: клин. орд. Мухамадиева Т.С.

Ведущее место в физиологических исследованиях занимает изучение регуляторных механизмов вегетативной нервной системы (ВНС) в покое и с помощью функциональных проб. Исследование вегетативной нервной системы проводилось с помощью метода кардиоинтервалографии (КИГ) в ортоположении и в клиноположении. КИГ представляет собой непрерывную запись 100 последовательных кардиоциклов (интервалов R-R) в одном из стандартных отведений. Основными показателями являются: Мо (мода) - наиболее часто встречающийся интервал R-R; АМо (амплитуда моды)- число значений интервалов, равных Мо, в % к общему числу кардиоциклов; ΔХ (вариационный размах)- разница между максимальным и минимальным значением интервалов R-R; ИН (индекс напряжения) - показатель исходного вегетативного тонуса, соотношение ИН в покое к ИН при нагрузке характеризует вегетативную реактивность.

Нами изучено состояние ВНС у 46 детей в возрасте 6-7 лет, которые были разделены на три группы: 21 ребенок входил в группу частоболеющих (ЧБД), 6 детей с аллергической патологией и 19 условно-здоровых детей. В группе условно-здоровых детей исходным вегетативным тонусом у 47,3% являлся симпатикотонический (от 90 до 160 усл. ед), что соответствует норме для данной возрастной группы. В группе ЧБД преобладал эйтонический вегетативный тонус (от 30 до 90 усл. ед) у 42,8%, также как и в группе детей с аллергической патологией у 50%. У детей из групп ЧБД и с аллергической патологией в 6 раз чаще встречался гиперсимпатикотонический исходный вегетативный тонус (свыше 160 усл.ед). Оценивая вегетативную реактивность, отмечено преобладание гиперсимпатико-тонического ответа вегетативной нервной системы в группе детей с аллергической патологией (66,7%). Гиперсимпатико-тоническая вегетативная реактивность в период ремиссии является нерациональной формой вегетативного реагирования, при ограниченных резервах симпатического звена. Нормальная симпатикотоническая реактивность отмечалась у 42,1% в группе условно-здоровых, у 33,3% ЧБД и у детей с аллергической патологией. При этом в группе условно-здоровых детей у 42,1% асимпатикотоническая реактивность, что отражает исходно низкие возможности адаптации – повышение активности адренергического звена не происходит даже в стрессовой ситуации.

8. ИНТЕРЕСНЫЙ СЛУЧАЙ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕВОЧКИ 2 ЛЕТ

Жанова Н.Ф. - 4к.

Научный руководитель: клин. орд. Киселева Е.В..

Больная Г. 2 лет 3 мес. Находилась в отделение дневного стационара с 28.01.08 по 7.02.08, с диагнозом: ЖДА 1ст. ИДС Инфекция мочевыводящих путей. Острый ринофарингит. Муковисцидоз?

Поступила с жалобами: на влажный кашель, насморк, периодические подъемы температуры тела, повышенное потоотделение, отечность век, бледность кожных покровов, вялость.

Анамнез заболевания: Со слов мамы девочка болеет с 1 года. Частые простудные заболевания, бронхиты, пневмония 5.07г., во время каждого заболевания получала курс антибактериальной терапии. С 14.01.08 по 18.01.08гг. лечение в АОИКБ.

Анамнез жизни: от 2 бер., от 2 родов в срок, вскармливание грудное

Перенесенные заболевания – ОРЗ, бронхиты, пневмония, рахит.

Наследственность у папы – аллергический ринит.

Объективный осмотр: Общее состояние компенсированное, ребенок вялый, аппетит снижен.

Ребенок нормального питания. Кожные покровы бледные, сухие, чистые, пастозность век.

Периферические лимфоузлы: единичные (подчелюстные, подмышечные), б/б, подвижные, эластичной консистенции, кожа над ними не изменена.

Костно-мышечная система нарушение осанки.

Органы дыхания: носовое дыхание затруднено, выделения из носовых ходов слизистые. Зев слабо гиперемирован. Миндалины не увеличены, наложения отсутствуют. Кашель влажный. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно: легочный звук. Аускультативно: дыхание жесткое, единичные, влажные хрипы. ЧД- 27 в мин.

Органы кровообращения: область сердца визуально не изменена. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС- 125 в мин.

Органы пищеварения: язык влажный, чистый. Живот мягкий, б/б. Печень выступает из под края реберной дуги на 2 см., б/б. Стул оформленный 1 раз в день.

Мочевыделительная система: область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочепускание свободное, б/б.

Дополнительные методы исследования:

1.КАК: гем.-107 г/л, эрит.- 3.41, ЦП-0,88, лек.-4.0 п/я 4%, с/я 16%, эоз.-1%, лим.-67%, мон.-12%, СОЭ 11 мм/ч.;

2.Биохимический анализ крови: за 14.01.08 железо сыв. 7,83, ОЖСС 78,8, ЛЖСС 71,04,

КНТ 8,9%

общий анализ мочи уд. вес 1015 лек. 15-10-12 в п/з, эпителий плоский ед. в п/з;

3. По Нечипоренко 28.01.08 лейкоц. 18130 эр. 266;

4. По Нечипоренко 4.02.08 лейкоц. 15200, эр. 1000, кристаллы 2100 оксалаты;

5. По Нечипоренко 7.02.08 лейкоц. 1950, эр. 266, кристаллы 3700 оксалаты

6. Потовая проба №1	№2	№3	
Натрий	46,3	25,5	53,3
Калий		43,0	
Хлориды	105	75,0	87,0

7. Генетик для исключения муковисцидоза показано ПЦР;

8. ПЦР положительная реакция в 2-х локусах хромосом.

9. ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ОЦЕНКЕ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ ЛЕТ ЖИЗНИ С ПНЕВМОНИЕЙ ИЗ СОЦИОПАТИЧЕСКИХ СЕМЕЙ

Осетров И. С. – 4к.

Научный руководитель: асс. Т.Е. Бойченко

На первый план среди причин, влияющих на заболеваемость детей, в настоящее время, выходят неблагоприятные социальные факторы, а также неблагоприятный преморбидный фон. При этом наихудшим образом складывается ситуация в социопатических семьях, численность которых значительно увеличилась за последние 10-15 лет [В.Ю. Альбицкий, 1994; О.Ф. Выхристюк, Г.А. Самсыгина 1998; О.Ф. Выхристюк, 2000].

Дети, воспитывающиеся в социально неблагополучной среде, вследствие неблагоприятных социальных и медико-биологических факторов, обладают угрожаемым риском развития различных заболеваний, в том числе и бронхолегочных.

Известно, что в детском возрасте при непрерывно происходящих морфо-функциональных перестройках, связанных с развитием, наблюдается неустойчивость гомеостаза. Возможно, тенденция к повышению частоты и тяжести заболеваний органов дыхания связана с недостаточной адаптацией к длительному воздействию стрессогенных факторов у детей, прежде всего имеющих преморбидное состояние перед заболеванием.

Целью нашего исследования являлось изучение закономерностей динамики адаптационных реакций организма при острой пневмонии у детей первых трех лет жизни из социопатических семей.

Нами были исследованы интегральные показатели и адаптационные реакции в оценке реактивности организма у больных с пневмонией.

В зависимости от условий проживания все дети были разделены на группы. В I группу вошли 23 ребенка с пневмонией из социопатических семей. Группу сравнения составила II группа - 17 детей с пневмонией, воспитывающихся в условиях обычных семей.

При изучении лейкоцитограммы у детей, больных пневмонией в I и во II группах получили следующие данные: в острый период пневмонии у больных обеих групп повышение числа лейкоцитов отмечается лишь у 1/2 из них, почти у 1/3 больных выявлено снижение числа лейкоцитов в периферической крови. Следует отметить, что у больных I группы отклонения в лейкоцитарной формуле более выражены и не уменьшаются в период реконвалесценции, в то время как во II группе отмечается достоверное улучшение показателей нейтрофилов и лимфоцитов.

Нами проведена оценка иммунологической реактивности организма с помощью интегральных гематологических показателей, которая показала, что у больных I и II групп имеются однонаправленные изменения показателей иммунной реактивности организма. Так, наряду с выраженным снижением числа лимфоцитов у больных I и II групп – 72,4% и 80,0% в острый период пневмонии и повышением числа нейтрофилов соответственно 44,8% и 60,0% отмечается снижение лейкоцитарного индекса (ЛИ), отражающего взаимоотношение гуморального и клеточного звеньев иммунной системы. В острый период пневмонии значительно повышен лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), характеризующий уровень эндогенной интоксикации и активность воспалительного процесса, степень которой отражает также повышенный уровень показателя ИСЛ (индекса сдвига лейкоцитов). Наряду с нарушением иммунологической реактивности наиболее измененным показателем, кроме индекса интоксикации, относится и нарушение микрофагально-макрофагальной системы у больных обеих групп, что наряду с изменением индекса КФЗ (коэффициент фагоцитарной защиты) у больных I группы и индекса СИЛМП (специфический иммунный лимфоцитарно-моноцитарный потенциал) свидетельствует о расогласованности в деятельности иммунной системы.

У больных обеих групп в период затихания воспалительного процесса нормализуются только ЛИ и лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс в I группе. Остальные интегральные лейкоцитарные индексы в период разрешения воспалительного процесса не восстанавливаются, что свидетельствует о сохраняющемся нарушении иммунной реактивности организма.

Длительность сохранения отклонений в интегральных лейкоцитарных показателях, а также низкий уровень реактивности у детей из социопатических семей с пневмонией диктует необходимость включения в комплексную терапию больных метаболической и иммуномодулирующей коррекции.

10. СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ештокина П.А. - 5 к.

Научный руководитель: зав. перинат. неврол. АОДКБ Кузьмина О.Н.

Цитомегаловирусная инфекция на сегодняшний день является одной из наиболее частых врожденных инфекций. Это связано с постоянным увеличением количества инфицированных ЦМВИ женщин детородного возраста (около 92,2%). Как правило это следствие иммунодефицитного состояния различного генеза. Частота врожденной ЦМВИ 0,2-2,5%.

Внутриутробная ЦМВИ развивается в результате пре- или интранатального инфицирования плода. Источником инфицирования практически всегда является мать (трансплацентарное заражение), реже трансфузионная передача. Наибольший риск внутриутробного ЦМВ-инфицирования плода и развития тяжелых форм заболевания отмечается в тех случаях, когда беременная женщина переносит **первичную** ЦМВИ.

Для диагностики используют вирусологические, молекулярные методы, иммуноферментный анализ. При помощи серологических методов выявляют анти-ЦМВ-АТ IgM и анти-ЦМВ-АТ IgG, являющиеся маркерами специфического иммунного ответа на ЦМВ. Выявление анти-ЦМВ-АТ IgM свидетельствуют об активной ЦМВИ, чаще первичной.

Больная Н., 9 суток, поступила в стационар 18.01.08. из родильного дома, с диагнозом: Врожденная аномалия головного мозга. Порэнцефалическая киста в левой затылочной и теминной области. Гипертонический синдром. ХЦМВИ.

Из анамнез заболевания известно: в период беременности с 23 по 28 неделю у матери было повышение температуры до субфебрильных цифр, слабость, недомогание. Был выставлен диагноз пиелонефрит. В 32 недели на УЗИ была обнаружена аномалия развития головного мозга (порэнцефалическая киста). Родоразрешение на 39 недели путем кесарево сечения. По шкале

Апгар оценена на 9/9 баллов. Состояние в родильном доме удовлетворительное. Окружность головы 36, окружность груди 34, масса тела 3716, рост 53. Для дальнейшего обследования и лечения направлена в отделение перинатальной неврологии АОДКБ.

При клиническом осмотре: ребенок в сознании, голова округлой формы, асимметрии нет. Окружность головы – 37 см, сагитальный и венечный швы до 2мм, менингеальных симптомов нет, тенденция к запрокидыванию головы, лицо асимметрично – опущен левый угол рта и асимметрия глазных щелей, горизонтальный нистагм, симптом Грефе 1-й степени, тремор подбородка и конечностей. Активные и пассивные движения сохранены. Патологическая установка конечностей – симптом «пяточных стоп». Рефлексы живые. Со стороны других органов и систем патологических особенностей не обнаружено.

В анализах крови патологических изменений не выявлено. На НСГ – толщина стенки БЖ слева 2.2 мм. в просвете БЖ (слева) определяются гиперэхогенные включения (возможно фибрин). Внутрочерепная гидроцефалия.

Учитывая анамнез, параклинические и клинические данные, с диагностической целью была произведена вентрикулярная пункция. Результат: в анализе ликвора белок 0.9 . Получен ликвор цвета мясных помоев с включениями черного зеленого цветов. Ликвор взят на Авидность – выявлена авидность 77%.

Диагноз: Внутритрубная ЦМВИ, менингоэнцефалит, вентрикулит, наружная и внутренняя гидроцефалия. Геморрагическая энцефалопатия, ВЖК-3 справа, восстановительный период.

Случай представляет интерес ввиду несоответствия клинических и параклинических проявлений, что в очередной раз является доказательством высокой регенеративной способности нервной системы новорожденного.

11. АНАЛИЗ АНКЕТИРОВАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ ПО ПРОГРАММЕ «ЯРМАРКА ЗДОРОВЬЯ»

Сосновских Е., 4 к., Белоцерковец М., 4 к., Чалюк М., 4 к. педиатрический факультет АГМА, Стиба К., 5 к. факультет психологии, АмГУ
Руководитель: д.м.н. Е.Б. Романцова, к.п.н.Смирнова С.В., психолог О.А. Хоценко

«Ярмарки здоровья», проводимые среди учащихся школ г. Благовещенка с 2006 г. при поддержке клуба «Ротари», «Ассоциации деловых женщин Приамурья», Амурской государственной медицинской академии, Управлений образования и здравоохранения города, специалистов Управления федеральной службы наркоконтроля России по Амурской области дают возможность педагогам, врачам, психологам, социальным работникам и другим специалистам формировать у школьников осознанное отношение к своему здоровью, к вопросам взаимоотношений с родителями и с ориентацией на здоровый образ жизни. Традиционные темы лекций: «Йод - ваш друг», «Здоровье мальчика и девочки», «Азбука здоровья для начальной школы», «Нет наркотикам!», «Нет курению и алкоголю!», Викторина «Здоровье», «Скрининг индекса здоровья» с вероятным определением групп риска среди учащихся по заболеваниям, по вредным привычкам. На первом этапе школьникам предлагалось сформулировать вопросы для врачей, психологов и других специалистов. Большинство детей и подростков интересовали вопросы полового взросления, вопросы, связанные с физическим развитием, с гармоничностью телосложения. Старшеклассниц (8-11 классы) интересовали вопросы о последствиях для женского организма вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики).

Проведенное в рамках этого проекта анкетирование детей и подростков, связанное с определением рангового места для таких понятий как «семья», «здоровье» показало неоднозначное отношение к этому вопросу в разных классах. Важность сохранения здоровья в будущей жизни указали в большей степени младшие школьники, 30% детей и подростков вообще не упомянули о семье, как о составляющей своего «счастливого будущего». Данные результаты о представлении школьников о роли здоровья и семьи и о необходимости осознан-

ной заботы о здоровье позволяют сделать вывод о важности профилактической работы начиная с самых младших школьников, в которой должны участвовать не только врачи-педиатры, но и психологи, социальные работники, наркологи.

12. РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Почечко В., 3 к., Наседкина Л., 3 к. педиатрический факультет
Руководитель д.м.н. Е.Б. Романцова, к.м.н. В.В. Шамраева

Часто болеющие дети (ЧБД) – это термин, ставший в отечественной литературе известным с 80-х годов прошлого века и обозначает группу детей, выделяемую при диспансерном наблюдении, характеризующуюся более высоким, чем их сверстники, уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями. На этих детей направлены основные усилия по профилактике ОРВИ. Было отмечено, что среди детей, относящихся к группе ЧБД, значительно чаще выявляются хронические заболевания носоглотки и легких, чаще встречается и тяжелее протекает бронхиальная астма, аллергический ринит и выше частота другой соматической патологии. ЧБД в подростковом возрасте склонны к хроническим заболеваниям ЖКТ, сосудистым дистониям, у них быстрее и легче развиваются невротические реакции, они быстрее утомляются, хуже учатся.

На долю острой инфекционной патологии респираторного тракта у всех детей приходится 90% всех болезней респираторной системы.

Максимальная заболеваемость ОРВИ среди детей отмечается в возрасте от 6 месяцев до 6 лет и составляет от 4 до 6 заболеваний в год. Среди школьников заболеваемость снижается до 2-5 раз в год, а среди взрослых не превышает 2-4 раз в год. Это всеобщая закономерность и она прослеживается у детей всех стран мира независимо от экономического уровня их развития. Критерии выделения детей в группу ЧБД сформулированы в 1986 г. В.Ю. Альбицким и А.А. Барановым. Медицинская помощь ЧБД складывается из трех основных направлений: 1. Восстановительные или реабилитационные мероприятия, направленные на снижение антигенного воздействия, санацию местных очагов хронической инфекции и повышение резистентности организма ребенка в целом, проводятся в периоде клинического благополучия; 2. Этиопатогенетическая терапия ОРЗ; 3. Иммунотерапия и вакцинотерапия

Нами проведено исследование эмоционально-личностной сферы ЧБД 5-6-летнего возраста, посещающих ДООУ № 14. Все дети относились к группе часто болеющих. Используя проективную методику «рисунок семьи» и «рисунок несуществующего животного» мы выявили высокий уровень тревожности, дисгармоничные внутрисемейные отношения. Данные психологические особенности ЧБД сближают их с детьми, страдающими психосоматической патологией - бронхиальной астмой. Следовательно, профилактика хронической психосоматической патологии должна строиться с учетом психологических особенностей ребенка и особенностей взаимоотношения в диаде мать-дети.

13. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ Г. БЛАГОВЕЩЕНСКА В 2007 Г.

Степанова Н., 5 к. педиатрический факультет
Руководитель д.м.н., профессор А.Ф. Бабцева, Е.В. Белобородова

Диспансеризация - система медико-организационных мероприятий, направленная на предупреждение, активное выявление и лечение заболеваний. Целью диспансеризации является сохранение и укрепление здоровья и физического развития детского населения. Существует два принципа отбора для диспансеризации: больные и здоровые лица определенных категорий. В настоящее время для диспансеризации детского населения определены следующие декретированные возраста: вновь родившиеся (при достижении ребенком возраста 1 месяц), при исполнении детям 1, 3, 6, 7, 10, 12 лет, а также в пубертатном периоде (14-15 лет) и перед окончанием школы (16-17 лет) с использованием системы мониторинга - длительного динамического наблюдения. Алгоритм мониторинга: 1. Сбор информации о здоровье детей на основании элек-

тронных карт диспансеризации по результатам медицинских осмотров. 2. Статистическая обработка. 3. Выявление наиболее уязвимых по состоянию здоровья и заболеваемости контингентов детей. 4. Уточнение причинно-следственных связей, приведших к ухудшению здоровья. 5. Оценка эффективности оздоровительной работы. 6. Определение адекватности объемов медицинской помощи, направленной на оздоровление детей. 7. Прогноз объемов медицинской помощи. Результаты диспансерного осмотра ребенка фиксируются в «карте диспансеризации» (форма № 030-д/у) на бумажном и электронном носителе и анализируется в отделе мониторинга. В 2007 году охват детского населения диспансеризацией составил 99,8 % (в 2006 г. – 98,4 %).

В сравнении с 2006 г. увеличилась выявляемость патологии костно-мышечной системы в 1,3 раза, болезней глаз в 1,3 раза, врожденных аномалий развития в 1,1 раза. Уровень функциональной и хронической патологии у детей и подростков за 2 года практически не изменился, составляя соответственно 50,1% и 27,4%.

Функциональная патологии чаще всего наблюдается у детей первых трех лет жизни и от 7 до 14 лет. Уровень хронической патологии нарастает с 5-летнего возраста и наибольшую величину имеет в 10-17 лет. Частота длительно и часто болеющих детей составила 3,6% с максимальным уровнем в раннем (5,1%) и дошкольном (6,2%) возрасте по сравнению с детьми 7-14 лет (2,8%) и 15-17 лет (0,7%).

Отклонения в физическом развитии наблюдались у 6,8% детей и подростков, что меньше по сравнению с 2006 годом на 3,9%. При этом, низкий рост отмечен у 1,5% детей, у 3,3 % выявлен дефицит массы тела. Избыточный вес имеют 2,2 % детей, что характеризует неправильное, несбалансированное питание подрастающего поколения.

14. ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ

Шаповалова Т., 5 кРуководитель д.м.н., профессор А.Ф. Бабцева, И.Н. Молчанова

В последнее десятилетие существенно ухудшилось состояние здоровья детей. Инвалидность наиболее наглядно иллюстрирует резкое снижение у детей и подростков функциональных возможностей организма, реакций приспособления и защиты. Ухудшение экологической обстановки, высокий уровень заболеваемости родителей (особенно матерей), ряд нерешенных социально-экономических, психолого-педагогических и медицинских проблем способствуют увеличению числа детей-инвалидов, делая эту проблему особенно актуальной.

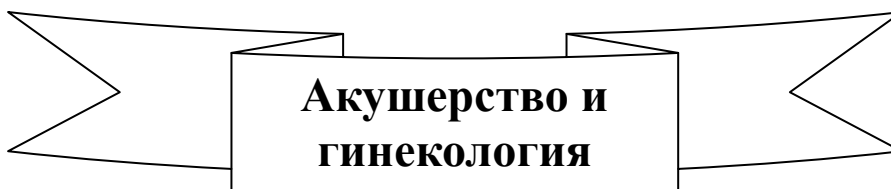
На конец 2007г. детей-инвалидов в г. Благовещенске было 981, из них в возрасте 0-14 лет 823, 16-17 лет - 158, мальчиков 550, девочек 431. Интенсивный показатель составляет 180,5 на 10 тыс. детского населения (в 2006г. 174,5, в 2005 - 172,3), по РФ этот показатель в 2006г составил 199,6. Первичный выход на инвалидность в 2007г. имели 74 ребенка в возрасте 0-14 лет (20,6 на 10 тыс.), в 2006г. - 19,2, в 2005г. - 22,8, по РФ в 2006г. - 25,5 на 10 тыс. Среди подростков, первичный выход на инвалидность наблюдался у 7 из 9680 (7,2 на 10тыс.). По возрасту дети-инвалиды составили: 0-4 года - 17,7%, 5-9 лет - 34,1%, 10-14 лет - 38,3%, 15-17 лет - 9,8%, в 2006г. эти показатели соответственно - 15,6%, 26%, 33,9%, 24,5%. То есть, отмечается снижение числа инвалидов среди подростков по сравнению с предыдущим годом. У 2/3 детей инвалидность устанавливается впервые в возрасте 0-4 лет - 41,9%, 5-9 лет-27,2%.

В структуре заболеваний, обуславливающих возникновение инвалидности на первом месте психические расстройства, рост которых наблюдается в 1,5 раза по сравнению с прошлым годом, при этом частота данного признака в 2 раза выше среди мальчиков. Болезни нервной системы и врожденные аномалии, занимающие 2 и 3 место, как состояния, обуславливающие инвалидность, встречаются с одинаковой частотой среди мальчиков и девочек. Преобладающими главными нарушениями в состоянии здоровья детей инвалидов - являются умственные и висцерально-метаболические нарушения, на 2 месте двигательные нарушения, на 3 месте - общие и генерализованные нарушения, уровень которых значительно превышает российский показатель.

Среди ведущих ограничений жизнедеятельности занимает ограничение способности

адекватно вести себя, что связано со значительным ростом умственных нарушений в состоянии здоровья и первым местом психических заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности.

Оздоровление детей-инвалидов проведено в 788 случаев из 823 (94,5%). Оздоровлена амбулаторно 39,8%, стационарно 35,9%, в отделении восстановительного лечения 8,6%, на санаторно-курортном лечении – 9%, в других ЛПУ 6,6%. Улучшение наступило у 7,7%, без перемен у 76,9%, ухудшение 5,3%. Эффективность составила 94,7%.



Научный руководитель: проф. дмн . Т.С. Быстрицкая
Председатель: Уткина Т. – 5к.
Секретарь: Будёный К. – 6к.

1. АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО СРЕДСТВА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ

Уткина Т.В., 508 гр

Руководитель к.м.н. Э.Н. Зарицкая

Целью исследования явилась оценка эффективности интрацервикального введения пропеил-геля для подготовки шейки матки к родам.

Оценка введения простогландина Е2 в виде пропедил-геля проведена у 64 беременных, находившихся на госпитализации в отделении патологии беременности ГПЦ г.Благовещенска. В группу исследуемых включены беременные с доношенной беременностью, с тенденцией к перенашиванию, при отсутствии биологической готовности к родам или при наличии акушерских или соматических показаний к досрочному родоразрешению (гестоз, сахарный диабет, гемолитическая болезнь плода, патология почек). Исключены были беременные с наличием генитальной инфекции, ОАА (рубец на матке), многоплодной беременностью, предложением плаценты, суб- и декомпенсированным состоянием плода, анатомическим сужением таза, а также с соматической патологией, при которой применение простогландинов противопоказано. Степень зрелости шейки матки оценивалась по шкале Bishop в модификации Burhill и Чернухи. Шейка матки считалась незрелой при оценке 0 – 4 балла и зрелой при 5 и более баллах. При однократном применении пропедил-геля отмечена положительная динамика (созревание шейки матки до 5 – 8 баллов) в течении 6 – 12 часов у 67,8% беременных, у 15,6% шейка матки оставалась дозревающей 4 – 5 баллов, что потребовало повторного введения пропедил-геля. У 11 беременных (16,6%), несмотря на проводимую терапию, созревания шейки матки добиться не удалось, что явилось показанием к оперативному родоразрешению.

Спонтанная родовая деятельность развилась через 24 часа после созревания шейки матки в 48 случаях, что составило 75%, 5 беременных было переведено в РОБ на программируемое родоразрешение. Средняя продолжительность родов составила в среднем 6-7 часов. В 12 случаях роды закончены путем операции кесарево сечение. Показанием к операции явились: дородовое излитие вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения – 4 случая; декомпенсированное состояние плода – 3 случая (при этом в 2 случаях выявлено двукратное тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода и в одном случае истинный узел пуповины); слабость родовой деятельности при отсутствии эффекта от лечения – 3 случая; высокое прямое стояние стреловидного шва – 2 случая.

В нашем исследовании послеродовый период в одном случае осложнился эндометритом, причиной которого послужил кольпит, видимо недостаточно санированный перед родоразрешением. Других осложнений не было.

Таким образом эффективность применения пропедил-геля составила 82,8%. Введение пропе-

дил-геля не вызывало акушерских осложнений в состоянии плода и матери при соблюдении рекомендаций по применению препарата. Следовательно, методика безопасна, способствует быстрой подготовке шейки матки и позволяет снизить процент оперативного родоразрешения.

2. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК ПРИ СОЧЕТАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ С ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ ПО ДАННЫМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ АОКБ.

Уткина Т.В. – 5 курс, Буденый К.К. – 6 курс, Кондрахина А.П., Савельева Я.С. – 4 курс.

Руководитель – асс., к.м.н. Лысяк Д.С.

В настоящее время опухоли и опухолевидные образования яичников – одно из наиболее часто встречающихся гинекологических заболеваний. Отличаясь друг от друга по размерам, гистологическому строению, активности пролиферативного процесса, определенные объемные образования встречаются с различной частотой в разных возрастных группах. По-прежнему остаются актуальными вопросы дифференциальной диагностики опухолевидных образований яичников. С учетом того, что ведущим в клинике новообразования является болевой синдром (особенно при развитии осложнений – перекрута ножки опухоли, нарушения целостности ее капсулы и т.п.), необходимо дифференцировать эту патологию с внематочной беременностью, апоплексией яичника, острыми воспалительными заболеваниями придатков. Также очень важно определить степень злокачественности новообразования яичника, по возможности сделать это в предоперационном периоде. Предположительное заключение о характере опухоли можно сделать на основе анамнестических данных (быстрый рост в относительно короткие сроки), специального гинекологического исследования (форма, размер, консистенция опухоли, ее топография в полости малого таза), косвенных УЗ-признаков (наличие папиллярных разрастаний, усиление кровотока в зоне новообразования). Более информативным, но не всегда доступным методом является определение онкомаркеров – углеводных антигенов СА-125, СА-19-9.

Целью нашего исследования было изучение сочетания беременности с опухолями и опухолевидными образованиями яичников, а также рассмотрение различных вариантов ведения беременности на фоне данной патологии.

Беременность при опухолях яичников по данным разных авторов встречается в 0,02 – 0,46% случаев. Наиболее часто у беременных диагностируют лютеомы беременности (47%), дермоидные (45%) и муцинозные (22%) опухоли яичников. Реже – фолликулярные кисты, серозные и папиллярные кистомы, рак яичника. Как известно, во время беременности возрастает риск развития осложнений опухоли, к которым относят:

- прерывание беременности;
- перекрут ножки опухоли;
- нарушение целостности капсулы опухоли;
- механическое препятствие для продвижения по родовому каналу головки плода в родах.

Нами был проведен анализ 26 разработочных карт пациенток, получавших хирургическое лечение на базе гинекологического отделения АОКБ. Средний возраст женщин составил 26 лет. В клинике ведущим оказался болевой синдром (50 %). У большинства больных наличие объемных образований яичников диагностировано до наступления беременности или в ранние сроки (2-8 нед.) – 80,8 %. Первородящие составили 42 %. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имел место в 69,2 % случаев (медицинские аборты, кесарево сечение, эктопия шейки матки, кисты яичников, бесплодие). Течение наблюдаемой беременности осложнилось у 46,2 % женщин (из них 38,6 % - угроза прерывания беременности). При влагалищно-абдоминальном исследовании образование определялось в 65,4 % случаев, примерно с одинаковой частотой справа и слева (30,8 % и 34,6 % соответственно). При проведении эхографии органов малого таза в 65,4 % определялось однокамерное образование с жидкостным содержимым.

При проведении лечения доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников, сочетающихся с беременностью, мы считаем оптимальным использование лечебно-диагностического алгоритма, предложенного в руководстве для врачей акушеров-гинекологов, разработанном в рамках Национального проекта «Здоровье». Согласно этому алгоритму наиболее приемлемым способом хирургического лечения выявленных образований (при наличии соответствующих показаний) является лапароскопическое вмешательство в органосохраняющем объеме. Также необходимо проведение предоперационной подготовки и грамотное ведение послеоперационного периода с целью профилактики прерывания беременности. Для этого используют натуральный микронзированный прогестерон, спазмолитики (дротаверин), токолитики (гинипрал), препараты магния (магне В6, магния сульфат), седативные препараты (валериана), антиоксиданты (аскорбиновая, фолиевая кислоты).

В нашем наблюдении лапароскопическому оперативному лечению подверглись 57,7 % женщин, в 19,2 % была выполнена нижнесрединная лапаротомия. По данным гистологического исследования в 57,7 % случаев диагностирована дермоидная киста яичника, в 3,9 % (1 клиническое наблюдение) была выявлена цистаденокарцинома, что явилось показанием к проведению радикального хирургического лечения.

Таким образом, при сочетании беременности с опухолями и опухолевидными образованиями яичников задачей акушера-гинеколога является, по возможности, сохранение не только настоящей беременности, но и репродуктивной функции.

3. АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГЕСТОЗА И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Исполнитель: Бабаева Т. 6 к.

Научный руководитель: к.м.н. Николаева Е.В.

Одной из наиболее серьезных задач современного акушерства является снижение частоты тяжелых форм гестоза. Результат родоразрешения сегодня в большой степени зависит не только от знаний и мастерства акушера-гинеколога, но и от своевременного участия анестезиолога-реаниматолога.

С целью изучения течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с тяжелыми формами гестоза и анализа эффективности интенсивной терапии были проанализированы индивидуальные карты беременных и истории родов 55 женщин с тяжелым гестозом за 2005-2007 годы.

Возраст исследуемых женщин составил от 19 до 40 лет (в среднем 27,9 лет).

Из 55 женщин 4 были соматически здоровы, у 51 женщины имела место экстрагенитальная патология: более половины пациенток страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы, каждая третья – заболеваниями почек, у каждой второй больной выявлено ожирение и нейрообменно-эндокринный синдром, у 21 пациентки диагностированы заболевания ЖКТ, у каждой четвертой больной отмечалась хроническая никотиновая интоксикация. В 72 % имело место сочетание 2-х и более заболеваний, т.е. крайне отягощенный соматический анамнез.

Число первородящих женщин было 33, повторнородящих – 22. Выкидыши и преждевременные роды в анамнезе отмечали 8 пациенток, медицинские аборт были у 17.

Осложнения в предыдущих родах отмечали 6 женщин: у 2 - отслойка плаценты, у 1 – отек легких, у 3 - антенатальная гибель плода. Все эти осложнения были связаны с тяжелым гестозом.

Раннее начало гестоза отмечено у каждой третьей пациентки, у 31 – гестоз диагностирован в 34 недели, у 8 – после 36 недель беременности.

Беременность закончилась преждевременными родами у 29 женщин, своевременными – у 26.

Из 55 пациенток 51 была родоразрешена путем операции кесарево сечение в экс-

тренном порядке. В 1 случае имела место отслойка плаценты при сроке беременности 32 недели, кровотечение. 4 женщины родоразрешились через естественные родовые пути. В родах проводилось обезболивание методом эпидуральной аналгезии, управляемая нормотония.

Магнезильную терапию получали все женщины. Гипотензивная терапия проводилась с учетом типа гемодинамики: эукинетический тип – у 32 пациенток, гиперкинетический – у 18, гипокINETический тип гемодинамики не выявлен ни у одной пациентки.

Инфузионная терапия проводилась препаратами гидроксипропилированного крахмала под контролем показателей конечно-диастолического объема левого желудочка сердца. КДО < 100 мл отмечался у 13 пациенток, от 100 до 120 мл – у 7, более 120 мл – у 18.

В первые 6 часов от момента постановки диагноза тяжелого гестоза родоразрешено 12 пациенток, от 6 до 12 часов – 4, от 12 до 24 часов – 30, более 24 часов – 9. Утяжеления гестоза на фоне проведения интенсивной терапии не отмечалось.

В исследуемой группе женщин родилось 54 живых ребенка. Из них в срок – 26, недоношенных – 28. В 1 случае отмечалась антенатальная гибель плода у женщины с отслойкой плаценты при сроке беременности 32 недели.

В состоянии асфиксии средней степени тяжести родилось 11 детей, легкой – 26, 17 новорожденных родились с оценкой 8/8 баллов по шкале Апгар. Из 26 доношенных детей 11 были с внутриутробной гипотрофией I степени, 1 – с гипотрофией II степени.

У 51 родильницы послеродовый период протекал без осложнений. 4 пациентки переведены в отделение гинекологии с диагнозом вялотекущий эндометрит после операции кесарево сечение.

Таким образом, совместная работа акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов и выработка четкого алгоритма ведения больных с тяжелыми формами гестоза позволила сократить частоту осложнений гестозов, снизить перинатальную заболеваемость и смертность.

4. ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Беленькая О. – 5к., Кривошеева А. – 5к.

Научный руководитель: к.м.н. О.А.Шаршова

Бесплодие, связанное с эндометриозом остаётся одним из самых сложных вопросов репродуктивной медицины. У женщин с бесплодием частота эндометриоза составляет 20-80%.

Наиболее вероятной причиной снижения способности к зачатию являются анатомические дефекты органов малого таза, в том числе трубно-яичниковые, перитонеальные спайки и деформация маточных труб. Определенное значение имеет овulatoryная и эндокринная дисфункция. Хроническая овариальная недостаточность приводит к нарушениям морфофункционального состояния эндометрия. Современные знания позволяют рассматривать иммунологические и биохимические сдвиги при эндометриозе как причину бесплодия.

Ведущим методом диагностики и одним из этапов лечения наружного эндометриоза является лапароскопия.

Мы проанализировали истории болезни 20 женщин с бесплодием и эндометриозом, которым в отделении гинекологии была проведена лечебно-диагностическая лапароскопия.

Цель исследования – проследить этапы восстановления репродуктивной функции у женщин с эндометриозом и бесплодием.

Возраст пациенток, находящихся под наблюдением от 23 до 39 лет. Все они обращались к гинекологу с жалобами на отсутствие беременности. Длительность бесплодия от 2 до 15 лет, в среднем 7 лет.

Верификация эндометриоза в обследуемой группе основывалась на клинической симптоматике, данных диагностических методов исследования (УЗИ, лапароскопия, гистероскопия, кольпоскопия).

Встречались следующие формы эндометриоза: эндометриоз шейки матки – 10%,

аденомиоз (1-2 степени) – у 30%, эндометриоз яичников – 75% (из них поверхностный эндометриоз – 15%, эндометриодные кисты – 60%), эндометриоз брюшины у 55%, кишечника у 5% женщин. Иногда имелось сочетание нескольких форм эндометриоза.

Наиболее распространенной формой эндометриоза был эндометриоз яичников и брюшины.

Помимо эндометриоза у пациенток обследуемой группы встречалась и другая гинекологическая патология: бесплодие – 100%, вагинит – 30%, бактериальный вагиноз 10%, эктопия шейки матки – 25%, миома матки – 15%, гиперпластические процессы эндометрия – 30%, хронический эндометрит – 30%, спаечная болезнь 1-3 степени – 20%.

До хирургического лечения 30% женщин получали гормональную терапию гестагенами, для коррекции предполагаемой гиперэстрогении, при сочетании с миомой матки, гиперпластическими процессами в эндометрии.

Во время лапароскопии было выполнено: консервативная миомэктомия у 15%, иссечение очагов эндометриоза на брюшине у 40%, сальпингоовариолизис – у 45%, иссечение эндометриодных очагов на яичнике, удаление кист у 75% женщин.

В послеоперационном периоде пациенткам назначена гормональная терапия в течение 3-6 месяцев. Препараты агонистов рилизинг-гормонов получали 15%, антигонадотропины – 85% женщин. Системную энзимотерапию («Вобэнзим») получали 45% женщин, иммуномодулирующую терапию («Виферон», «Полиоксидоний») – 40%. Всем пациенткам рекомендовалось диспансерное наблюдение с ультразвуковым контролем через 3 месяца. Далее планировался контроль овуляции (УЗ фолликулометрия, измерение уровня базальной температуры).

Частота наступления беременности после лечения эндометриоза колеблется от 30 до 80% (Ищенко А.И., Кудрина Е.А., 2007).

Таким образом, эндометриоз, является одной из основных причин бесплодия. Лечение бесплодия у женщин с эндометриозом должно быть комплексным, включать хирургический компонент, преимущественно лапароскопию, гормональную, иммунокорректирующую терапию.

5. ИНТЕРЕСНЫЙ СЛУЧАЙ HELLP-СИНДРОМА У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ.

Бабенко О. П. – 5 к.

Руководитель: асс. к.м.н. Шульженко Е.В.

Частота развития HELLP-синдрома во время беременности среди всех осложнений составляет 0,2%-0,4%, при этом материнская смертность достигает 75%. Основными проявлениями данной патологии является гемолитическая анемия, повышение концентрации ферментов печени в плазме крови и снижение уровня тромбоцитов.

26.10.07 в родильный дом городского перинатального центра поступила беременной П, 33 лет. с диагнозом: Беременность 38 недель. Гестоз тяжелой степени тяжести. HELLP-синдром. Первородящая старшего возраста. Общеравномерно-суженный таз I степени сужения. Соматический анамнез был отягощен вегетососудистой дистонией, хроническим фарингитом и перенесенной пневмонией. Наступившая беременность протекала на фоне осложнений в виде угрозы прерывания беременности и гестоза.

В 37 недель диагностированы признаки гестоза тяжелой степени тяжести в виде гипертензии (160/100 мм.рт.ст.) и протеинурии (3,7 г/л), по поводу чего женщина была госпитализирована в отделение реанимации родильного дома. При дополнительном биохимическом обследовании обращало внимание гипопроteinемия, увеличение уровня прямого билирубина, щелочной фосфатазы и трансаминаз в 3-4 раза, гиперфибриногенемия, повышение РФМК и гематокрита, снижение тромбоцитов. В анализе мочи положительная реакция на желчные пигменты. Учитывая гестоз тяжелой степени тяжести, клинические и лабораторные данные HELLP-синдрома, женщина после предоперационной подготовки была в экстренном порядке родоразрешена путем операции кесарево сечения.

После операции в условиях отделения реанимации была продолжена интенсивная

терапия гестоза, включая инфузионную, антигипертензивную, седативную, магниезиальную, антибактериальную терапию, гепатопротекторы и плазмаферез. Послеродовый период протекал на фоне вялотекущего эндометрита. В течение 2 суток купировались проявления гемолиза, протеинурии, нормализовался уровень тромбоцитов, уровень трансаминаз снизился к 7 суткам после родоразрешения.

Таким образом, благодаря адекватному обследованию был своевременно диагностирован HELLP-синдром, проведено срочное родоразрешение, что позволило избежать развития тяжелой стадии HELLP-синдрома и гибели женщины.

6. ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Беленькая О. – 5к., Кривошеева А. – 5к.

Научный руководитель: к.м.н. О.А.Шаршова

Бесплодие, связанное с эндометриозом остаётся одним из самых сложных вопросов репродуктивной медицины. У женщин с бесплодием частота эндометриоза составляет 20-80%.

Наиболее вероятной причиной снижения способности к зачатию являются анатомические дефекты органов малого таза, в том числе трубно-яичниковые, перитонеальные спайки и деформация маточных труб. Определенное значение имеет овulatory и эндокринная дисфункция. Хроническая овариальная недостаточность приводит к нарушениям морфофункционального состояния эндометрия. Современные знания позволяют рассматривать иммунологические и биохимические сдвиги при эндометриозе как причину бесплодия.

Ведущим методом диагностики и одним из этапов лечения наружного эндометриоза является лапароскопия.

Мы проанализировали истории болезни 20 женщин с бесплодием и эндометриозом, которым в отделении гинекологии была проведена лечебно-диагностическая лапароскопия.

Цель исследования – проследить этапы восстановления репродуктивной функции у женщин с эндометриозом и бесплодием.

Возраст пациенток, находящихся под наблюдением от 23 до 39 лет. Все они обращались к гинекологу с жалобами на отсутствие беременности. Длительность бесплодия от 2 до 15 лет, в среднем 7 лет.

Верификация эндометриоза в обследуемой группе основывалась на клинической симптоматике, данных диагностических методов исследования (УЗИ, лапароскопия, гистероскопия, кольпоскопия).

Встречались следующие формы эндометриоза: эндометриоз шейки матки – 10%, аденомиоз (1-2 степени) – у 30%, эндометриоз яичников – 75% (из них поверхностный эндометриоз – 15%, эндометриодные кисты – 60%), эндометриоз брюшины у 55%, кишечника у 5% женщин. Иногда имелось сочетание нескольких форм эндометриоза.

Наиболее распространенной формой эндометриоза был эндометриоз яичников и брюшины.

Помимо эндометриоза у пациенток обследуемой группы встречалась и другая гинекологическая патология: бесплодие – 100%, вагинит – 30%, бактериальный вагиноз 10%, эктопия шейки матки – 25%, миома матки – 15%, гиперпластические процессы эндометрия – 30%, хронический эндометрит – 30%, спаечная болезнь 1-3 степени – 20%.

До хирургического лечения 30% женщин получали гормональную терапию гестагенами, для коррекции предполагаемой гиперэстрогении, при сочетании с миомой матки, гиперпластическими процессами в эндометрии.

Во время лапароскопии было выполнено: консервативная миомэктомия у 15%, иссечение очагов эндометриоза на брюшине у 40%, сальпингоовариолизис – у 45%, иссечение эндометриодных очагов на яичнике, удаление кист у 75% женщин.

В послеоперационном периоде пациенткам назначена гормональная терапия в течение 3-6 месяцев. Препараты агонистов рилизинг-гормонов получали 15%, антигонадотро-

пины - 85% женщин. Системную энзимотерапию («Вобэнзим») получали 45% женщин, иммуномодулирующую терапию («Виферон», «Полиоксидоний») – 40%. Всем пациенткам рекомендовалось диспансерное наблюдение с ультразвуковым контролем через 3 месяца. Далее планировался контроль овуляции (УЗ фолликулометрия, измерение уровня базальной температуры).

Частота наступления беременности после лечения эндометриоза колеблется от 30 до 80% (Ищенко А.И., Кудрина Е.А., 2007).

Таким образом, эндометриоз, является одной из основных причин бесплодия. Лечение бесплодия у женщин с эндометриозом должно быть комплексным, включать хирургический компонент, преимущественно лапароскопию, гормональную, иммунокорректирующую терапию.

7. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИФЕПРИСТОНА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ И ИНДУКЦИИ РОДОВ

Исполнитель – Сукаченко О.Е. – 6 курс; Гудкова А.Г. – 4 курс.

Руководитель – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии Мирлас Е.М.

В клиническое исследование вошли 29 беременных женщин на сроках 26-42 недели беременности. Возраст обследуемых колебался от 16 до 32 лет и составил в среднем – 23,9 лет. Первородящих было – 22 (75,9%), повторнородящих – 7 (24,1%). Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имели 22 (75,9%) женщин. Критериями отбора выбраны - индукция родов при антенатальной гибели плода (26-27 недель) – 2; гестоз средней степени – 3; подготовка шейки при доношенной беременности – 19; подготовка шейки при пролонгированной беременности – 5.

В качестве средства для подготовки шейки и индукции родов беременные получали мифепристон по 200мг один раз в сутки с интервалом в 24 часа в течение 2 дней. За пациентками осуществлялось динамическое наблюдение. Состояние шейки матки оценивалось по шкале Е.Х Бишопа. Исходное состояние шейки матки у 19 (65,5%) беременных оценена как недостаточно зрелая, в остальных случаях – 10(34,5%) как зрелая.

Оценка эффектов мифепристона показала, что в 17 (58,6%) наблюдениях оказалась достаточной одна доза препарата. У 12 (41,4%) беременных потребовалось повторное использование мифепристона. Через естественные родовые пути родоразрешено 23 (79,3%) беременных. У 13 (65,2%) женщин наблюдалось спонтанное развитие родовой деятельности. 8 (34,8%) переведены на программированные роды в связи с наличием условий для амниотомии. Путём операции кесарево сечение родоразрешены – 6 (20,7%), из них в плановом порядке – 3 (10,3%) в связи с отсутствием структурных изменений шейки матки, 1 (3,4%) в связи с утяжелением гестоза. По экстренным показаниям кесарево сечение выполнено 2 (6,9%) беременным в связи с острой гипоксией плода.

Аномалии сократительной деятельности матки сформировались у 8 (34,8%), во всех случаях имели место быстрые роды. Родовые травмы имели место у 6 (20,7%) рожениц, во всех случаях диагностированы разрывы шейки матки I-II степени. Эндометрит в послеродовом периоде диагностирован у 7 (24,1%) родильниц.

Таким образом, назначение мифепристона для подготовки шейки матки и индукции родов оказалось эффективным у 26 (89,7%) беременных. Ни в одном случае нами не было отмечено осложнений или побочных эффектов от лечения, как со стороны матери, так и со стороны плода. Женщины позитивно воспринимали терапию, т. к. она не была связана с проведением манипуляций и не сопровождалась дискомфортом.

8. СИНДРОМ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Герасименко Г.В., 5 к.

Научный руководитель: к.м.н, Подошвелев Д.П.,.

Установлено, что у 1% новорожденных имеются хромосомные аномалии (Yen S.S.C., Jaffe R.B., 1998). Тяжелые поражения гонад в эмбриональном периоде, хромосомные и генетические дефекты являются причиной различных форм дисгенезии гонад (Гуркин Ю.А., 2004). Одна из форм подобных нарушений – это синдром тестикулярной феминизации (СТФ). СТФ – это наследственный вариант мужского псевдогермафродитизма, при котором больные имеют мужской генотип (46XY) и женский фенотип. Термин «тестикулярная феминизация» введен J.M. Morris в 1953 году. Данная патология является генным заболеванием, передаваемым по женской линии родства и связанным с дефектом гена, ответственного за синтез 5 α -редуктазы, осуществляющей преобразование тестостерона в дигидротестостерон. Недостаточность последнего ведет к отсутствию или слабой вирилизации наружных половых органов, при этом при рождении наружные гениталии имеют вид женских (новорожденного считают девочкой). В пубертатном периоде у такого ребенка развиваются молочные железы, но половое оволосение и менструации отсутствуют. С жалобами на отсутствие менструаций больные обычно и обращаются к гинекологу (Адамян Л.В, Богданова Е.А., 2004).

Учитывая сложности в диагностике и возможные диагностические ошибки, приводим клинический случай пациентки О. – 16 лет. Клинический диагноз: Синдром тестикулярной феминизации, полная форма.

Больная О., 16 лет, рождена от второй беременности, вторых родов; масса при рождении 5000 г, рост 52 см. Беременность протекала без осложнений, роды закончились кесаревым сечением (крупный плод), матери было 32 года, отцу – 34. Профессиональных вредностей родители не имели, отец курил. У старшей сестры больной менструации с 13 лет, у матери – с 14. Больных аменореей и бесплодием среди родственников нет.

Девочка росла и развивалась нормально, в 4-х летнем возрасте ей было проведено грыжесечение (двусторонние паховые грыжи). Молочные железы стали развиваться с 12 лет. Впервые обратилась к гинекологу в возрасте 16 лет с жалобами на отсутствие менструаций. Было рекомендовано обследование в условиях стационара.

При осмотре отмечено увеличение окружности грудной клетки и ширины плеч, отсутствие подмышечного и лобкового оволосения при достаточном развитии молочных желез. Наружные половые органы развиты по женскому типу, их оволосение отсутствует, отмечается гипоплазия малых половых губ. Девственная плева цела. В левой половой губе пальпируется гонада размером 3,0 x 4,0 см, чувствительная при пальпации, в правой – 3,0 x 3,0. В паховых областях с обеих сторон рубцы после грыжесечения. Осмотр в детских влагалищных зеркалах показал отсутствие шейки матки, длина влагалища 5 см. При ректальном исследовании и эхографии малого таза матка и придатки отсутствуют.

Кариотип - 46XY; Половой хроматин 0%.

Гормоны крови: ЛГ – 47,5 мМЕ/мл; ФСГ 82,3 мМЕ/мл; пролактин – 541,6 мМЕ/л; кортизол – 453,3 нмоль/л; тестостерон – 8,3 нмоль/л.

Учитывая возраст пациентки (конец периода пубертата), вероятность малигнизации тестикул, больной выполнено удаление гонад с обеих сторон. Гистология – гипоплазированные яички с узловой гиперплазией клеток.

В послеоперационном периоде назначена заместительная гормональная терапия: фермостон 1/5 в непрерывном режиме.

Таким образом, своевременная диагностика СТФ позволяет вовремя провести удаление тестикул для профилактики малигнизации, по показаниям выполнить кольпопоз или пластику влагалища, своевременно назначить заместительную гормональную терапию.

Хирургия

Научный руководитель: проф. д-мн . В.В. Яновой
Председатель: Скоморошко П.—5к..
Секретарь: Володева О. – 5к

1.МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГИГАНТСКИХ И ПЕНЕТРИРУЮЩИХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА

Володева О. – 5 курс

Научный руководитель – к.м.н. Кравец С.Б.

Несмотря на значительные успехи современной медицины в лечении язвенной болезни, проблема осложненных язв желудка и двенадцатиперстной кишки не теряет своей актуальности. Основными причинами в развитии таких патологических состояний являются несвоевременная диагностика на ранних этапах заболевания, а также ошибки, возникающие во время обследования больного и связанные во многом с человеческим фактором. На сегодня существует достаточно большое количество диагностических методов исследования структуры, морфологии, функции желудка и 12-ти перстной кишки. Наиболее распространённые эндоскопические, рентгенологические, морфологические методы, исследование микрофлоры, определение кислотно-основного состояния. С начала 80-х годов и до настоящего времени МРТ стала одним из высокоинформативных методов диагностики. Связано это с тем, что МРТ имеет ряд преимуществ перед другими методами исследований: неинвазивность, полное отсутствие лучевой нагрузки, возможность получения мультипланарного изображения, контрастность тканей, отсутствие артефактов от костных тканей и газосодержащих структур, высокая дифференциация мягких тканей.

Цели и задачи. С целью улучшения качества диагностики язвенной болезни, в частности её осложненных форм, таких как гигантские язвы желудка, пенетрирующие язвы, нами предложен способ визуализации при помощи магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Методы. Нами на базе Амурской областной клинической больницы было обследовано 18 больных с большими и гигантскими язвами желудка. Средний возраст был равен 49 лет, соотношение мужчин и женщин – 4:1. Кроме стандартных методов обследования, выполненных в качестве установления предварительного диагноза, для выявления осложнений у такой группы больных мы применяли магнитно – резонансный томограф фирмы TOSHIBA “OPART”. Способ заключается в полипозиционном исследовании больного в МР-режиме с предварительным контрастированием желудка. Данные подвергаются компьютерной обработке с созданием трехмерного изображения. Полученные результаты позволяют судить о локализации язвенного дефекта, его размерах, пенетрации в рядом расположенные структуры. Основными критериями являлись: отсутствие очаговых образований в других органах, прежде всего в печени и брюшинном параортальном пространстве, характер пенетрации и её распространение и инвазивность, наличие либо отсутствие структурности слизистой, мышечной и серозной оболочек.

Результаты. При сравнении результатов исследования гигантских язв желудка общепринятыми методами и МРТ, основываясь на данных секционного материала, была выявлена

более высокая степень верификации осложнений именно при магнитно-резонансном исследовании. Так, при МРТ нам более четко удавалось определять локализацию язвенного дефекта и его размеры, выраженность периульцерозного вала, а также глубину пенетрации в окружающие органы и ткани и степень изменения последних.

Выводы. Предложенный способ имеет ряд преимуществ, заключающихся в абсолютной безопасности для пациента и медицинского персонала, неинвазивности метода, возможности моделирования и дополнительной обработки полученных данных, повышающей качество изображения.

Мы не считаем целесообразным проведение данного способа в качестве единственного метода диагностики осложненных язв. Он должен применяться индивидуально в каждом отдельном случае, а также в комплексе с другими диагностическими процедурами для окончательной верификации диагноза.

2. ПРОТЯЖЕННАЯ ПОЛУЗАКРЫТАЯ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЯ ПО VOLLMAR- РАЗУМНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА ШУНТИРУЮЩИМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ПРОТЯЖЕННОМ И МНОГОЭТАЖНОМ ПОРАЖЕНИИ СОСУДИСТОГО РУСЛА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Найденов Р.А. - 5 к.

Научный руководитель – асс., к.м.н. Мазуренко А.А.

Проблема восстановления кровотока при протяженных, в том числе и многоэтажных атеросклеротических поражениях артерий нижних конечностей далека от своего решения. Классические методы этапного или многоэтажного шунтирования подвздошных артерий и бедренно-подколенного сегмента не всегда приводят к должному результату, сопровождаются достаточно высоким процентом осложнений, дорогостоящи, и не всегда выполнимы у соматически осложненных пациентов. Незаслуженно забытый метод полузакрытой эндартерэктомии, предложенный Vollmar в 1964 году, вновь переживает второе рождение и может стать в ряде случаев достойной альтернативой классическим шунтирующим операциям. Отделение сосудистой хирургии ОГУЗ АОКБ обладает опытом 24 реконструкций.

Материалы и методы: 24 пациента оперированы в СХО АОКБ за последние 2 года. Большинство мужчины - 90%, средний возраст 57 ± 4 года. В общесоматическом статусе большинство больных имели: ИБС - 19(79,1%), артериальную гипертензию - 14(58,3%), сахарный диабет - 4 (16%), ХОБЛ - 7 (29%). Топография патологических изменений артерий: подвздошные артерии - 16(66%), изолированно - 6(25%), в сочетании с бедренно-подколенным сегментом - 10(41%), бедренно - подколенный сегмент - 8(33%), в подавляющем большинстве - окклюзии. По степени ишемии (по класс. А.В. Покровскому, 1979) критическую имели 18 (75%) пациентов, III-8 (33%), IV - 10(41%); 2Б-6(25%). Все оперированы после стандартного обследования и ультразвуковой ангиографии под эпидуральной анестезией. Произведена петлевая полузакрытая эндартерэктомия из бедренного доступа по Vollmar из наружной подвздошной артерии - 6(25%) и подвздошной артерии бедренно - подколенного сегмента - 8(33%), изолированно из бедренно - подколенного сегмента - 10(41%).

В послеоперационном периоде стандартная терапия + повышенные дозы непрямых антикоагулянтов - Гепарин до 30-40 тыс., в зависимости от показателей АЧТВ и массы тела больного.

Результаты: Кардиальных и общесоматических осложнений отмечено не было. У 3 (12,5%) пациентов развились послеоперационные гепарининдуцированные кровотечения, потребовавшие у двух реоперации и гемостаза. Ранние (до 2х недель) послеоперационные тромбозы отмечены у 10(41%) человек - причем 6(25%) изолированные бедренно- подколенные эндартерэктомии, что связано по видимому со скомпрометированным дистальным сосудистым руслом. . Реоперированы 8 (33%) - 6-тромбэктомия, 2 аутовенозное шунтирование. У одного больного (4%) сахарным диабетом после аутовенозного шунтирования выполнена ампутация в связи с прогрессированием критической ишемии. 2-е не оперированы в связи с отсутствием

прогрессирования ишемии после тромбоза дезоблитерированного сегмента. Профундопластика проведена у 16 (66%) пациентов. Регресс ишемии отмечен у 17 (71%) из 24 пациентов. Конечности сохранены у 23. Летальных исходов не было.

Выводы: протяженная петлевая эндартерэктомия по Vollmar из наружной подвздошной артерии и бедренно-подколенного сегмента может стать достойной альтернативой шунтирующим операциям, так как сопровождается невысоким процентов осложнений, и неплохими результатами в ближайшем послеоперационном периоде. Сахарный диабет и сомнительное дистальное русло ухудшают прогноз. Профундопластика положительно влияет на регресс ишемии. Необходимо наблюдение отдаленных результатов.

3. ЭКЗОГЕННЫЙ СУРФАКТАНТ, КАК КОМПОНЕНТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС СИНДРОМА ВЗРОСЛЫХ.

Карташов А. – 6 курс

Научный руководитель: асс. Ходус С. В.

Уменьшение синтеза и экскреции сурфактанта альвеолоцитами II типа под влиянием молекулярных компонентов провоспалительного каскада, аномальный состав сурфактанта, снижение содержания отдельных классов фосфолипидов и сурфактант-ассоциированных белков при ОРДС приводят к изменению физиологических свойств сурфактанта: он теряет эластические свойства, быстрее разрушается в ходе циклических растяжений в процессе дыхания и в меньшей степени воздействует на силы поверхностного натяжения внутри альвеолы. Применение экзогенного сурфактанта при лечении ОРДС является современной методикой улучшения эластических свойств легких, снижая поверхностное натяжение альвеол, предотвращая их коллапс и развитие ателектазов.

Цель исследования: изучить эффективность применения экзогенного сурфактанта в АОКБ при ОРДС 3-4 стадии и отметить особенности его применения при данной патологии.

Материалы и выводы: Исследование проводилось у 5-ти пациентов, находящихся на лечении в палате реанимации и интенсивной терапии АОКБ в 2007 году. Больные лечились по поводу тяжёлого сепсиса и ОРДС вследствие следующей патологии: острый панкреатит (3 пациента), острая двусторонняя пневмония (1 больной), острый гнойный холангит (1 пациент). Всем пациентам в первые сутки после постановки диагноза ОРДС, на фоне ИВЛ аппаратом Servo, в режиме управления объемом, после предварительного проведения маневра рекрутирования легких во время бронхоскопии однократно вводили препарат Сурфактант – БЛ по 150 мг в правый и левый главные бронхи, после чего под контролем газового состава крови снижали уровень ПДКВ и FiO₂.

Результаты исследования: В результате введения экзогенного сурфактанта в первые сутки развития ОРДС у всех исследованных больных удалось снизить уровень ПДКВ до 8 – 10 см водного столба, Fi O₂ до 45%, при этом показатели раО₂/FiO₂ находились в пределах 350-380, уровень раО₂ – 90-120 мм рт. ст., spO₂ – 95-98%. Показатели комплаенса легочной ткани увеличились с 25±5 до 42±4 мм. вод. ст на 100 мл. На контрольных рентгенограммах органов грудной клетки через 12 часов отмечалось снижение инфильтрации легочной ткани. **Выводы:** Применение экзогенного Сурфактанта – БЛ в первые сутки при респираторном дистресс – синдроме 3 – 4 стадии прошло первую клиническую опробацию в Амурской областной клинической больнице и показало высокую эффективность улучшения эластических свойств легких, стабилизации легочного газообмена, позволили снизить показатели ПДКВ при ИВЛ до безопасного уровня.

4. ВЫБОР ТАКТИКИ ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Пархоменко Д. – 6 к.

Научный руководитель: проф. В.В. Яновой

Травма толстой кишки характеризуется большим разнообразием их причин, а вследствие этого не однозначностью хирургической тактики.

Для травм толстой кишки характерны наличие множественных и сочетанных повреждений мультиорганный локализации, тяжелое клиническое течение и высокая летальность.

Одной из проблем является выбор метода хирургического пособия, который определяется характером и локализацией повреждений, сроком с момента травмы, выраженностью и распространенностью перитонита, особенностями микрофлоры кишечного содержимого, наличием или отсутствием гнойно-септических осложнений и тяжестью состояния пострадавшего.

Кроме этого, не мало важным необходимо построить правильную диагностическую программу для обследования данной категории больных, так как именно это во многом определяет общий исход повреждения.

В Амурском центре колопроктологии накоплен достаточный опыт применения лапароскопического исследования при травмах прямой и ободочной кишки. Это позволяет в ряде случаев улучшить диагностические возможности, при необходимости наложить лапароскопическую колостому, что сокращает сроки лечения. За последние 5 лет (2002-2008г) в отделении колопроктологии наблюдались 12 больных, с повреждением толстой кишки. Из них мужчин -7 и женщин – 5. Оперативное лечение состояло из 2-х этапов: 1-формирование декомпрессионной колостомы и 2 этап – закрытие её. Завершают операцию наложением анастомоза и разгрузочной колостомы, либо экстраперитонизируют зону анастомоза.

Повреждения прямой кишки также остаются актуальными, так как являются наиболее тяжелыми из травм органов брюшной полости. Одной из проблем является выбор хирургической тактики при травме прямой кишки, другой имеет место проблема развития забрюшинных гематом и флегмон, и способы дренирования остаются сложной проблемой у хирургов. Оперативное пособие может быть выполнено в виде: ушивания раны, резекции пораженного участка, либо наложение колостомы. В Амурском центре колопроктологии разработано несколько методов дренирования. Для дренирования пресакральных ран используется дренаж по типу двухпросветной трубки: центральная трубка и трубки-микроирригаторы. Эффективность дренирования не вызывает сомнения, однако постановка дренажей сложна и это снижает его популярность.

Вывод: Выбор метода оперативного лечения при повреждениях толстой кишки, вопросы дренирования таза остаются не разрешенным. В обследовании этой категории больных не существует единой диагностической программы. Все это делает проблему актуальной и вызывает поиск новых путей её решения.

5. ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ

Найденов Р.А. 5 курс лечебный факультет

Научный руководитель к.м.н. Побережская Л.И.

В детском хирургическом отделении (ДХО) Детской городской клинической больницы в период с 1996 по 2006 годы находились на лечении 122 больных с острыми заболеваниями суставов. По заболеваниям поражение суставов распределилось следующим образом: реактивный артрит – 46, острый артрит – 32, артралгия – 25, острый бурсит – 11, посттравматический бурсит – 7, ревматоидный артрит – 2, острый гематогенный остеомиелит(ОГО), осложненный гнойным артритом – 3, посттравматический коксит – 1, синдром Рейтера – 6. Локализация поражения суставов: коленный – 81, тазобедренный – 33, голеностопный – 12, плечевой – 3, лучезапястный – 2, локтевой – 2.

Дети, поступившие в отделение с артралгией, находились в стационаре не более 2-3 дней, так как к этому времени боли у них исчезали полностью, движения восстанавливались в полном объеме, они вели себя активно, бегали, прыгали, играли. У всех, кто поступил с реактивным артритом, отмечались ОРВИ, ангина или другие воспалительные заболевания. После того, как явления воспаления проходили, исчезали и признаки артрита. Такие дети лечились 7-12-26 дней. Койко-день пролеченных больных составлял от 2 до 39 суток. Двое детей с ОГО бедра, осложненным гнойным кокситом, провели 30 и 39 дней, а с ОГО большеберцовой кости и гнойным гонитом 28 дней. Синдром Рейтера выявили у 4 больных с поражением 6 суставов (4 коленных и 2 лучезапястных). При пункции суставов у них получали светлую жидкость, в которой при лабораторном исследовании обнаружили хламидии. Синдром Рейтера встречается значительно чаще, чем его диагностируют, так как в момент осмотра может не быть конъюнктивита или уретрита, которые ребенок перенес ранее, или они могут проявиться позже. Дети, поступающие повторно с артритами, должны быть обследованы на возможность заболевания синдромом Рейтера. Пункции суставов делались не всем детям, а только тем, у кого была явная припухлость сустава, резкая боль и повышенная температура. У 31 больного получали гной в суставе, сустав промывали и в его полость вводили антибиотики. Пункции делались 3 раза у 18 больных, 4-5 раз у 11 больных, а у двух – пункции повторялись до 6-7 раз, причем эти дети поступали в отделение неоднократно. Больных с реактивным артритом (46) пунктировали только 1 раз, выпот был светлым, флора ни в одном случае не высеяна. Посттравматический бурсит встретился у 7 детей, при пункции у 2 получена кровь.

Осложнений от пункций и осложнений самого заболевания не было. В двух случаях выставленный диагноз острый гонит, не подтвердился. У больных оказался ревматоидный артрит и они были переведены в отделение кардиологии.

Таким образом, проанализировав историю болезни 122 больных с острыми заболеваниями суставов, можно сделать следующие выводы:

Чаще всего у детей возникает реактивный артрит (46) на фоне ОРВИ и других острых воспалительных заболеваний.

При артралгии (25) причины заболевания выявляются довольно редко.

У 31 больного с гнойным артритом проводились пункции суставов до полной санации

Синдром Рейтера встречается чаще, чем его диагностируют. При повторных обострениях необходимо обследовать ребенка на хламидии.

6. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ (ДБТК) ПО ДАННЫМ АМУРСКОГО ЦЕНТРА КОЛОПРОКТОЛОГИИ.

Ильгельдиев А.Б., клинический ординатор, кафедра госпитальной хирургии.

Руководитель- Орлов С.В.

Распространенность ДБТК в популяции в разных возрастных группах неодинакова. Так, в возрасте до 30 лет дивертикулы толстой кишки встречаются менее чем в 1% случаев, к 40-летнему возрасту, эта величина повышается до 5%, а к 60-летнему-до 30%. У лиц старше 80 лет ДБТК обнаруживается в 65% случаев. У 50-65% пациентов дивертикулы располагаются только в сигмовидной ободочной кишке, у 90% -левых отделах толстой кишки, включая сигмовидную. Среди пациентов по данным амурского центра колопроктологии 33,3%(17 пациентов) –лица в возрасте 70-80 лет. Младше 50 лет 6%(2 больных) 60-70 лет 23,5%(12 человек). Старше 80 лет -15,8%(8 пациентов). По данным Государственного центра колопроктологии от 15 до 30% больных, преимущественно пожилого возраста, госпитализированных по поводу осложненного дивертикулеза, подвергаются оперативному вмешательству. По данным Амурского центра колопроктологии за период с 2003 по 2007 год с осложненными формами ДБТК были пролечены 51 пациент, что составило 1,1% от всех госпитализаций. В структуре осложнений 86,2% (44 пациента) - кровотечение из дивертикулов, 23,8%(7пациентов)- воспалительные осложнения ДБТК (дивертикулит 39%- были пролечены консервативно. На фоне антибактери-

альной терапии воспаление купировано. Больные в удовлетворительном состоянии выписаны под наблюдение по месту жительства. Перфорация дивертикула с формированием абсцесса брыжейки - 61%, по поводу которых оперировано 5 пациентов)

Выполнены:

1. трансанальная пункция перидивертикулярного абсцесса ректосигмоидного отдела - 1 случай.
2. Лапароскопическая сигмостомия. Санация и дренирование по поводу дивертикулита сигмовидной кишки осложненной воспалением и перфорацией с формированием абсцесса брыжейки, местным перитонитом-1 случай..
3. Ликвидация спаек по поводу спаечной кишечной непроходимости вследствие дивертикулита-1 случай.
4. Резекция кишки по типу Гартмана, вследствие дивертикулита осложненного перфорацией -1 случай.
5. Левосторонняя гемиколэктомия по поводу дивертикулита осложненного перфорацией- 1 случай.

Средний койко - день у больных с кровотечением составил 7,4. С воспалительными осложнениями ДБТК 18,3.

У двух ранее колостомированных больных по поводу дивертикулита, осложненного перфорацией выполнены реконструктивно - восстановительные операции.

Диагностическая программа включала: УЗИ внутренних органов, ирригоскопия (в случае кровотечения из дивертикулов она дает лечебный эффект, пломбируя их барием), лапароскопия. У всех пациентов тактика определялась индивидуально.

Важное место в лечении и диагностике уделяется лапароскопии. В случае, когда диагностируется дивертикулярный инфильтрат в комплексное лечение включаем применение лапароскопической катетеризации зоны инфильтрата. С этой целью используется специальный лапароскопический проводник катетеров. Его устанавливают лапароскопически под брюшину, или брыжейку кишки несущей инфильтрат. Либо с его помощью фиксируют световод для лазерного воздействия на инфильтрат. Комплексная терапия включает применение как традиционных методик, так и местное воздействие на инфильтрат антибиотиков, антиоксидантов, лучей лазера. Данная методика позволяет у больных купировать воспалительные процессы в зонах инфильтрата, уменьшить сдавление просвета кишки, подготовить больных к операции, выполнить резекцию кишки, завершить ее анастомозом и избежать наложения колостомы.

7. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЛЕРИША.

Ильгельдиев С.Б. – клин. орлинолог

Руководитель д.м.н. проф. Яновой В.В., к.м.н. Мазуренко А.А.

Хирургическая коррекция окклюзионных поражений аорто-подвздошного сегмента в последнее время получает всё большее распространение. Хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей страдают в РФ около 3 млн. человек. У 150 тысяч развивается критическая ишемия, которая приводит к высокой ампутации и потери конечности у 30 – 40 тысяч человек ежегодно. По данным статистики около 5% населения старше 50 лет имеют данное заболевание артерий. За последнее десятилетие в практику внедрено большое количество новых диагностических технологий и оперативных приёмов, что значительно улучшает результаты оперативного лечения синдрома Лериша. Несмотря, на этот процент осложнений при операциях на аорто-подвздошного сегмента при синдроме Лериша остаётся высоким и составляет от 9,1% до 50,5%

Целью нашего исследования явился анализ послеоперационных осложнений оперированных больных с синдромом Лериша за 3 года.

Материал и методы: Нами проанализированы протоколы оперативных вмешательств и истории болезни у пациентов с синдромом Лериша. Осложнения составляют 7,9% случаев от общего числа оперированных.

В структуре осложнений наиболее частыми явились:

1. Тромбоз аллопротеза 18,6% случаев.
2. Формирование ложной аневризмы дистального анастомоза 5,08%
3. Инфекционные осложнения 3,39 %

Среди остальных кровотечений встречаются: субфасциальный отёк, смерть, полиорганная недостаточность, кровотечение из сакрального сплетения, аррозивное кровотечения, интраоперационный тромбоз, ретромбоз, ампутация ноги, несостоятельность дистальной бранши с формированием забрюшинной гематомы, ишемические множественные перфорации сигмы, перитонит - данные осложнения встречались в 1,6% случаев.

Вывод: инфекционные осложнения опасны развитием аррозивного кровотечения, которое очень сложно диагностируется. Наиболее частым осложнением является тромбоз. Развитие тромбоза связано с 3 основными причинами.

1. Технические погрешности
2. гемореологические нарушения.
3. Скомпрометированное дистальное русло.

Таким образом необходимо разрабатывать программы диагностики и профилактики осложнений.

8. КОМБИНИРОВАННОЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ТОРАКАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ.

Усачев К. 5 курс

Руководитель: асс. Пустовит К.В

Место операции имеет глубокое влияние на степень послеоперационной боли. Операции на грудной клетке и верхней части живота значительно болезненнее, чем операции на нижней части живота, которые, в свою очередь, болезненнее периферических операций на конечностях. Однако, любые операции, включающие полости тела, крупные суставы или глубокие ткани, должны рассматриваться как болезненные. Операции на грудной клетке или верхней части живота могут вызвать заметные нарушения функции легких, нарушить тонус мышц живота и снизить функцию диафрагмы. Результатом является невозможность эффективного кашля и отхождения мокроты, что может привести к ателектазу (коллапс легочной ткани) и пневмонии.

Цель исследования: Оценить эффективность предлагаемого метода послеоперационного обезболивания.

Материал и методы: Больные, оперированные в отделении торакальной хирургии. Объем операции атипичная резекция, лобэктомия. Операции были выполнены по поводу злокачественных и доброкачественных новообразований легких. Средний возраст пациентов 51±3 года. Для оценки степени выраженности послеоперационного болевого синдрома и эффективности обезболивания использовалась ЦРШ (цифровая рейтинговая шкала). Цифровая рейтинговая (оценочная) шкала состоит из 11 пунктов от 0 (нет боли) до 10 (величина максимальной её интенсивности). Две группы больных: первая группа больных 30 человек (54,5%) в послеоперационном периоде проводили обезболивание с применением опиоидных анальгетиков (в/м промедол 2%-1,0) по требованию пациентов. Кратность введения составляла 4-6 раз. Вторая группа 25 человек (45,5%) использовали комбинированный метод регионарной анестезии и НПВП.

Результаты и обсуждение: В первой группе, где пациенты получали парентеральное внутримышечное введение опиоидов по "требованию". При проведении оценки интенсивности

послеоперационного болевого синдрома, показатели её колебались от периодически беспокоящих (8) до легких (6), отмечалось ограничение в движении пациентов из-за наличия болевого синдрома. Объективно выявлены признаки дыхательной недостаточности второй стадии (умеренное тахипноэ 24±2 в мин., цианоз, шадящее дыхание).

Во второй группе в которой в раннем послеоперационном периоде проводилось комбинированное обезболивание с использованием местного анестетика (введенного субплеврально, через катетер в паравертебральное пространство) и НПВС кеторол 30 мг в/м 60±15 мг/сут. Болевой синдром носил лёгкий (6) или слегка заметный (5) характер, пациенты с первых часов после пробуждения не ограничивали себя в движении. Отсутствовали объективные признаки дыхательной недостаточности (тахипноэ, участие вспомогательной мускулатуры, тахикардия, цианоз).

Выводы: У больных в группе, где в качестве метода послеоперационного обезболивания применялась предложенная нами продленная межреберная блокада с субплевральным введением местного анестетика и внутримышечным введением НПВС, течение послеоперационного периода было более благоприятным. Пациенты после пробуждения не ограничивали себя в движении, болевой синдром был незначительным, кашлевой рефлекс не был затруднен. Длительность послеоперационного периода, до момента выписки из стационара, составил у больных первой группы - 20,2±1,3 суток, у второй группы - 16,6±1,0 суток.

9. МАНЁВР РЕКРУТИРОВАНИЯ АЛЬВЕОЛ ПРИ ОСТРОМ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ: ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ.

Цапилов С.А. 6 к.

Научный руководитель: асс. Низельник О.Л.

Острый респираторный дистресс – синдром (ОРДС) 3-4 стадии проявляется симптомами тяжёлой острой дыхательной недостаточности главным образом вследствие ателектазирования альвеол и высокой фракции внутрилёгочного шунта (Qs/Qt). Манёвр рекрутирования альвеол является одной из основных современных методик, позволяющих добиться «открытия» ателектазированных альвеол и поддержания достаточной оксигенации крови при ОРДС. Вместе с тем, эта относительно новая методика не была должным образом изучена в отечественной интенсивной терапии и не применялась в Амурской областной клинической больнице до 2007 года.

Цель исследования: изучить эффективность применения манёвра рекрутирования альвеол в АОКБ при ОРДС 3-4 стадии и отметить основные особенности его выполнения при указанной патологии.

Материалы и методы: Манёвр рекрутирования альвеол применялся у 5 больных, находящихся на лечении в палате реанимации и интенсивной терапии АОКБ в 2007 году. Больные лечились по поводу тяжёлого сепсиса и ОРДС вследствие следующей патологии: острый панкреатит (3 пациента), острая двусторонняя пневмония (1 больной), острый гнойный холангит (1 пациент). Пациентам после выполнения глубокой седации с миоплегией выполнен манёвр рекрутирования альвеол респиратором “Servo_i” с увеличением ПДКВ до 20 см H₂O. Критериями прекращения манёвра являлись увеличение spO₂ до 95% и paO₂/FiO₂ до 300-350. Длительность выполнения манёвра – 1-1,5 часа. После выполнения манёвра подолжалась респираторная поддержка в режиме традиционной ИВЛ, при управлении давлением.

Результаты исследования: В результате выполнения манёвра у всех исследованных больных отмечалось стойкое увеличение paO₂/FiO₂ до 350-380. На контрольных рентгенограммах грудной клетки было отмечено снижение двусторонней инфильтрации лёгких. У 2 пациентов инфильтрация полностью отсутствовала через 12 часов после выполнения описанного манёвра. Средний уровень ПДКВ, требуемый для «раскрытия» альвеол составил 13-17 см H₂O, что несколько ниже описанных в литературных источниках цифр (22-25 см. H₂O). У одного больного потребовалась более высокая величина ПДКВ – до 20 см. H₂O. У 2 больных отмечена кратковременная артериальная гипотензия, требующая применения симпатомиметиков

(дофамина) в дозе 5-6 мкг/кг/мин. Осложнений, связанных с высоким давлением в дыхательных путях во время выдоха (баротравма), у больных не отмечено.

Вывод: Манёвр рекрутирования альвеол при респираторном дистресс-синдроме 3-4 стадии прошёл первую клиническую апробацию в Амурской областной клинической больнице и показал высокую эффективность стабилизации лёгочного газообмена и нормализации параметров газового состава крови при описанной патологии. Средний уровень ПДКВ, позволяющий добиться «открытия» альвеол составил 13-17 см. H₂O.

10. МЕСТО УЗ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ.

Кочетова А. – 5 курс

Научный руководитель – доц. Ю.В. Доровских.

Задачей исследования было определить эффективность ультразвуковых методов диагностики, применяемых у пациентов с заболеваниями толстой кишки. Были анализированы истории болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении колопроктологии АОКБ.

В первую группу вошло 32 пациента, поступивших с клиникой обтурационной непроходимости толстой кишки. Всем пациентам данной группы, наряду с общепринятыми методами диагностики, дополнительно проводили УЗ исследование толстой кишки. Исследование проводили на аппарате Aloka-5000. Использовались конвексные мультислотные датчики с частотой 3.5 - 5.0 МГц. Оценивались следующие показатели - увеличение диаметра кишки, изменение однородности, толщины кишечной стенки, увеличение расстояния между складками слизистой оболочки кишки, внутрипросветное депонирование жидкости, нарушение характера перистальтики кишки, наличие выпота в брюшной полости, изменение содержимого толстой кишки. При анализе результатов исследования было выявлено следующее. Сонография позволяла не только поставить диагноз кишечная непроходимость, но и выявить степень компенсации. Результаты, полученные при традиционных методах исследования, а так же интраоперационно полностью совпадали с результатами УЗ исследования.

Во вторую группу вошло 18 пациентов, которым планировалось выполнение восстановительных операций на толстой кишке. Одним из обязательных условий успешного выполнения данного хирургического вмешательства, является нормальное функциональное состояние анального жома. Пациентам данной группы, кроме традиционных методов исследования (сфинктерометрия, функциональные пробы) выполнялось ультразвуковое исследование сфинктера прямой кишки. Исследование проводили на аппарате Aloka-5000. Использовались конвексные мультислотные датчики с частотой 7.5 МГц. Данное исследование позволяло визуализировать сфинктеры прямой кишки – наружный и внутренний, анальный канал. Кроме того, для получения данных о функциональном состоянии запирающего аппарата прямой кишки сравнивали состояние анального жома до и после сокращения сфинктера. Как и в первой группе больных результаты сонографии полностью соответствовали данным, полученным при выполнении традиционных методов исследования.

На основании полученных данных можно сделать следующие выводы. Ультразвуковые методы исследования, применяемые в колопроктологии, по своей информативности не уступают традиционным методам исследования, а в случае с исследованием анального жома позволяют получить дополнительную информацию не только об анатомическом, но и функциональном состоянии. Кроме этого, сонография является менее инвазивным методом исследования, что позволяет использовать его более широко и с большей частотой применения, по сравнению с лучевыми методами диагностики.

11. АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ АППЕНДЕКТОМИИ ПО ДАННЫМ АМУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Наумов Д. – 6 курс

Научный руководитель – асс. С.С. Вавилов

В условиях хирургического отделения Амурской областной детской клинической больницы с 1996 по 2007 гг. было оперировано 304 больных с острым аппендицитом в возрасте от 3 до 18 лет. Из них 235 (25,9%) детям была выполнена эндовидеохирургическая аппендектомия, девочек было 110, мальчиков 125. Острый аппендицит, осложненный местым и распространенным перитонитом наблюдался в 50 случаях (5,5%). Операции проводились под ЭТН. Использовались два 5 мм. троакара и один 10 мм. троакар. Лапароцентзные точки: окологруничная, надлобковая и левая подвздошная. Все аппендектомии были выполнены лигатурным способом, в качестве шовного материала для наложения лигатуры использовали «Викрил» №3. Брыжейку червеобразного отростка обрабатывали биполярной коагуляцией. После отсечения отростка дополнительно проводили электрокоагуляцию слизистой и обрабатывали культуру иодонатом. В случае деструктивного аппендицита, осложненного гнойным перитонитом различной распространенности, перед аппендектомией вакуум-аспиратором удаляли гнойный выпот (осуществляли посев на микрофлору и чувствительность к антибиотикам), проводили аппендектомию, операцию завершали санацией брюшной полости 0,02% водным раствором хлоргексидина (количество расворов от 2 до 6 литров в зависимости от объема брюшной полости), с оставлением ирригатора в малом тазу на 1 сутки через троакарную рану в лонной области. К динамической лапароскопии пришлось прибегнуть лишь в двух случаях у пациентов с разлитым гнойным перитонитом. Необходимость повторных санаций при динамической лапароскопии определялась по наличию и характеру выпота в брюшной полости при повторном осмотре, наличием неудаляемых очагов некроза или множественных отграниченных гнойных очагов, состоянию париетальной и висцеральной брюшины, степени выраженности перза кишечника и наличию перистальтики, гарантированной ликвидации источника перитонита. Среди эндовидеохирургических аппендектомий мы наблюдали 12 (5,1%) осложнений: нагноения послеоперационной раны, имевшее место у 4 (2,7%) детей, прогрессирующий послеоперационный перитонит и множественные абсцессы брюшной полости — у 1 (0,4%), эвентрация большого сальника в послеоперационную рану — у 2 (0,85%), инфильтрат брюшной полости — у 4 (1,7), инородное тело брюшной полости (резидуальный каловый камень) — у 1 (0,4%). Средний койко-день после эндовидеохирургической аппендектомии составил 8,2. Нагноившиеся раны дренированы с последующим консервативным лечением. Эвентрированный сальник резецирован, рана ушита. Лечение ребенка с прогрессирующим перитонитом и множественными межкишечными абсцессами потребовало повторных эндовидеохирургических санаций в числе двух и соответствующей интенсивной терапии. Инфильтраты брюшной полости у троих пациентов были пролечены консервативно, один ребенок оперирован, выполнено эндовидеохирургическое разделение спаек, удаление некротизированных фимбрий правой маточной трубы, санация брюшной полости. В случае, осложненным резидуальным каловым камнем, произведена релапароскопия и удаление конкремента. Все случаи закончились выздоровлением, летальных исходов не было.

Полученные результаты свидетельствуют, что первое место среди внутрибрюшных осложнений занимают воспалительные инфильтраты в области удаленного отростка, имевшие место у 4 больных (50% в структуре внутрибрюшных осложнений). Причем во всех случаях, деструктивный аппендицит не был осложнен перитонитом и санации брюшной полости не производилось. Вероятной причиной развития указанных осложнений, как и оставление калового камня в брюшной полости, можно считать дефекты хирургической техники при выполнении эндовидеохирургических вмешательств: недостаточно бережное и внимательное обращение с тканями, контакт измененного отростка с большой площадью брюшины в правой подвздошной ямке.

12. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ КОЛОСТОМИИ.

Скоморошко П. – 5 курс

Научные руководители: орд. С.В. Аникин, проф. В.В. Яновой

Цель работы – оценить непосредственные и отдаленные результаты 2-х этапного хирургического лечения осложненного рака толстой кишки с использованием лапароскопически-ассистированной колостомии (ЛАДК).

Методы – анализ историй болезней, протоколов операций, амбулаторные карты диспансерных больных.

Результаты. В период с 1996 по 2006 гг выполнено 245 ЛАДК на фоне суб- и декомпенсированного нарушения кишечного пассажа вследствие опухолевого процесса колоректальной локализации. Интраоперационно получено 4 осложнения – повреждения петель и брыжейки толстой кишки вследствие тракции последней и при адгезиозе. В раннем послеоперационном периоде диагностированы воспалительные параколостомические осложнения в 4,89% случаев – параколостомические абсцессы и флегмоны. Недооценка степени местного распространения опухоли обнаружена в 3,2% и метастатического процесса печени в 4,4% случаях. Установлено, что в структуре отдаленных осложнений наибольшее значение имеет также последствия гнойно-воспалительных процессов как в области срединной раны с формированием лигатурных свищей в 7,34%, так и в области устранившей колостомы в 9,7% случаев. Имеются сведения о 10% проживших 5 лет и более, при этом, следует учесть, что только 45% пролеченных больных по разным причинам проходят контрольное обследование в поздние сроки. Заключение. Накопившийся опыт показывает, что разработанная схема лечения осложненного рака толстой кишки имеет ряд преимуществ – короткий период хирургической реабилитации, что дает определенный экономический эффект.

13. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

Зверев А.С. 3 курс

Научный руководитель Н.А. Дружинина.

В настоящее время проблема лечения больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне сахарного диабета не только не утратили своей актуальности, но и приобретают всё большее значение в связи с ростом числа больных с данной патологией (Кузин М.И., 1996). Основными факторами патогенеза гнойно-воспалительного процесса у больных сахарным диабетом 2 типа являются: инфекция, гипоксия тканей и энергетический дефицит.

Нами проанализированы результаты лечения 67 больных с гнойными заболеваниями мягких тканей: фурункулами, карбункулами, абсцессами и флегмонами, трофическими язвами, инфицированными ранами различной локализации на фоне сахарного диабета 2 типа. Среди пролеченных больных мужчин было 43 (64,1%), женщин- 34 (35,9%). Возраст больных колебался от 48 до 72 лет, в среднем- $64 \pm 1,2$ года, длительность заболевания составляла от 3 до 24 лет, при этом у 58% она превышала 12 лет, у 5 больных сахарный диабет выявлен впервые. Сахарный диабет тяжёлой степени установлен у 12 (17,5%) больных, средней степени тяжести - у 38 (56,7%), лёгкой - у 17 (25,4%). Все больные имели 2 и более сопутствующих заболеваний.

Характер лечебных мероприятий зависел от общего состояния больного. При декомпенсации СД, проводилась коррекция гомеостаза, далее оперативное пособие, при компенсированном состоянии больных, экстренно выполнялись хирургические вмешательства. Под внутривенным обезболиванием проводилось широкое вскрытие и ревизия, обработка гнойных очагов с адекватным дренированием. У всех больных изучался микробный пейзаж в ране и

определялась чувствительность выявленной микроорганизмов к антибиотикам. В послеоперационном периоде проводилась коррекция уровня гликемии простым инсулином. Больные получали антибиотики широкого спектра действия, препараты, улучшающие микроциркуляцию и снижающие свёртываемость крови, дезинтоксикационную терапию с применением плазмафереза (ПФ). Выполнялась коррекция функциональных нарушений сердечно-сосудистой и дыхательных систем, печени, почек. Ряд больных получали ГБО, УФОК, антиоксиданты

Местное лечение проводилось с учётом фазы раневого процесса. В целях оптимизации раневого процесса проводили магнитно-инфракрасное лазерное облучение области раны с последующим закрытием ран кожным аутотрансплантантом (или наложением вторичных швов).

Включение в комплексное лечение антиоксидантов, НИЛИ, ГБО, УФОК оказывало значительное влияние на раневую процесс, способствовало более раннему стиханию воспалительных явлений, ускорению репаративных процессов по сравнению с традиционным лечением.

При анализе историй болезни установлено, что основными ошибками в лечении больных с гнойными заболеваниями на фоне сахарного диабета являлись: несвоевременное вскрытие, дренирование гнойных очагов; малые разрезы и неполноценная хирургическая обработка гнойного очага;

нерациональное проведение антибактериальной терапии и неполноценная интенсивная терапия; некомпенсированные нарушения углеводного обмена.

14. СИНДРОМ «ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА», ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

Купцова А и.З курс.

Научный руководитель Дружинина Н.А.

Одним из ведущих осложнений сахарного диабета является синдром «диабетическая стопа» (СДС), который развивается у 30-80% больных. По данным И.В. Гурьевой с соавт. (1999) , 40-60% всех ампутаций нижних конечностей в России производятся у больных с СДС. При этом летальность составляет от 28 до 40%, 5-летняя выживаемость -25-40%.

Синдром « диабетическая стопа» обусловлен сложным комплексом анатомо-функциональных изменений, в основе которых лежат диабетическая нейропатия, микро- и макроангиопатия, остеоартропатия, приводящие к язвенным поражениям стоп, флегмонам и диабетическим гангренам.

Значительную роль в этиологии гнойно-воспалительных процессов при сахарном диабете играет облигатная неспорообразующая анаэробная инфекция, которая в значительном числе случаев резистентная к наиболее распространённым антибактериальным препаратам.

Проанализированы результаты лечения 121 пациента с синдромом «диабетическая стопа» в возрасте от 42 до 78 лет, средний возраст - 59,1 ±2,3 года, 1-й тип сахарного диабета встретился в 22,8%, 2 тип- 77,2% наблюдений. Нейропатическая форма СДС имела место у 9,3% пациентов, ишемическая - у 28,7%, смешанная-.62%. Сопутствующей патологии выявлена у всех больных, причём два и более заболевания одновременно отмечено у 86% больных.

При обследовании больных с СДС использовали следующие методы: общеклинические, бактериологические, цитологические, дуплексное сканирование, определение линейной скорости кровотока по магистральным артериям нижних конечностей, рентгенологические.

Консервативное лечение «диабетической стопы» у всех пациентов включало коррекцию углеводного обмена, сосудистую терапию, дезинтоксикационную, иммунотерапию, лечение периферических нейропатий. Особое значение, придавали антибактериальной терапии. Выбор антибиотиков и их доза в каждом конкретном случае проводился с учётом состояния почек и печени. При почечной недостаточности в большинстве случаев проводили коррекцию разовой и суточной дозы препаратов. У больных сахарным диабетом наблюдается гипоксия

тканей смешанного типа, обусловленная нарушением кислородно-транспортной функции крови и расстройством микроциркуляции. Поэтому в лечении больных СДС использовали гипербарическую оксигенацию, благотворно влияющую на углеводный обмен, гормонально-метаболический статус и энергообмен.

Хирургическое лечение больных с гнойно-воспалительными процессами на стопах, заключалось в иссечении гиперкератоза вокруг язв, вскрытие флегмон с дифференцированным иссечением изменённых тканей в пределах здоровых тканей и дренированием стопы, выполнение малых и больших ампутаций конечностей, некрэктоми, различных вариантов кожной пластики. Выполняли операции РОТ и поясничные симпатэктоми, что позволило сократить число высоких ампутаций нижних конечностей.

Таким образом, усилия хирургов при лечении больных с СДС должно быть направлено на своевременную диагностику клинической формы диабетической стопы, адекватное комплексное медикаментозное и хирургическое лечение с целью сохранения поражённой конечности, что позволит снизить частоту высоких ампутаций нижних конечностей и повысить качество жизни больных.

15. НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕРМОЛИПЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТКИ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.

Мерцалов М. 424 группа, Кутилов А. 424 группа.

Научный руководитель: профессор Шимко В.В.

Гиподинамия современного человека и повышение жизненного уровня сделали ожирение актуальной проблемой современной медицины. В настоящее время по данным ВОЗ у 20-50% населения европейских стран и США наблюдается ожирение разной степени тяжести. Смертность среди больных с ожирением повышается в зависимости от его степени: при 1 степени до 4%, при 2 степени до 15%, при 3-4 степени до 40%. У людей с выраженным ожирением значительно снижается трудоспособность, они с трудом обслуживают себя, ограничивают общение с людьми, впадают в депрессию, а иногда совершают суицидные попытки. Консервативные методы лечения помогают только в начальных стадиях ожирения. Хирургическая коррекция ожирения была предложена Kelly в 1899г. путем иссечения жировых отложений в области живота.

В клинике факультетской хирургии проведено оперативное лечение пациентки 42 лет, при росте 162см., и массе тела 158кг. Клинически имела место фартукообразная деформация передней брюшной стенки, свисающая до нижней трети бедра.

В условиях операционной, под общим обезболиванием произведен окаймляющий разрез: проксимальный на 4см выше пупка и дистальный на уровне "подфартукообразной складки", длина разреза составила 103см. Глубина иссечения до мышечно-апоневротического слоя по всей длине раны. В центральной части рана составила -13см, масса иссеченного лоскута - 12,5кг. При ушивании подкожно-жировой клетчатки наложено 2 ряда узловых кетгутовых швов. Операционная рана дренирована четырьмя аспирационными дренажами по Редону. На кожу наложены швы по Данати. Продолжительность операции 1 час 30 минут. После операции больная госпитализирована в реанимационное отделение. Где находилась на вспомогательном дыхании в течении 3-х суток. Послеоперационный период осложнился лимфореей. Швы были сняты на 13-тые сутки. Рана зажила без признаков нагноения. В послеоперационном периоде больная носила бандажи в течении 3-ех недель.

Больная осмотрена через 3 месяца. Выраженная деформация передней брюшной стенки отсутствует. В результате диетотерапии масса тела составила 131кг.

Вывод: Устранение фартукообразной деформации передней брюшной стенки способствовало быстрой социальной адаптации и более эффективной коррекции алиментарного лечения и диетотерапии

16. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО БИЛИАРНОГО СЕПСИСА.

Юсан Н. - 6 к.

Научный руководитель: к.м.н. Гребенюк В.В.

Сепсис на протяжении всей мировой истории медицины является общеклинической проблемой с очень большим клиническим и социальным значением.

В мире ежегодно сепсис диагностируется у 1,5 млн пациентов. В среднем сепсис развивается (в зависимости от профиля лечебного учреждения) у 1-13 на 1000 госпитализированных больных, но в отделениях интенсивной терапии частота его возрастает десятикратно, составляя в среднем 3-5% и достигая 17% (Белобородов В.Б., Гельфанд Б.Р., Городецкий В.М., Деревянко И.И., Ерюхин И.А., Руднов В.А., Светухин А.М., Шляпников С.А., Звягин А.А., Жуков А.О., 2002).

В настоящее время клиницисты рассматривают сепсис как патологический процесс, в основе которого лежит реакция организма в виде генерализованного (системного) воспаления на инфекцию различной природы (бактериальную, вирусную, грибковую).

В медицинской литературе часто встречается термин “Билиарный сепсис”, чаще всего его используют для обозначения крайне тяжелого состояния при гнойном холангите (ГХ) (Машинский А.А., Лотов А.Н., Харнас С.С., Шкроб О.С., 2002). Еще В. Jacobson et. al. (1962) доказали, что при холангите повышение гидростатического давления в печеночных протоках выше критического (300 мм вод. ст.) с присоединением инфекции приводит к генерализации гнойного процесса в результате рефлюкса инфицированной желчи через холангиовенозные фистулы в системный кровоток. Билиарный сепсис (как системная воспалительная реакция при ГХ) имеет свои особенности, отличающие его от обычного раневого сепсиса: нередко молниеносное течение, частое развитие милиарных абсцессов печени, синдрома полиорганной недостаточности, наличие выраженного вторичного иммунодефицита (ВИД), обусловленного прежде всего угнетением ретикулоэндотелиальной системы печени (Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., 1999; Машинский А.А., Лотов А.Н., Харнас С.С., Шкроб О.С., 2002).

За период 1997-2007 мы провели изучение клинических, инструментальных, интраоперационных, лабораторных – общеклинических, биохимических, иммунологических данных у 75 больных с тяжелым сепсисом и септическим шоком различной этиологии и локализации первичного гнойного очага. При этом иммунологические исследования II уровня осуществляли на базе 3-й гор. больницы, а III уровня – с определением 2 провоспалительных (ИЛ-8, ФНО- α) и 2 противовоспалительных (ИЛ-4, РА ИЛ-1) интерлейкинов – на базе НИИ ФПД г. Благовещенска.

При исследовании тестов II уровня мы отметили выраженную иммунодепрессию как по клеточному, так и по гуморальному типу. Наибольшие изменения отмечаются в Т - клеточном звене иммунитета, преимущественно Т – хелперная иммунодепрессия. При чем наиболее выраженный иммунодефицит наблюдается у больных билиарным сепсисом. Согласно данным литературы, Т – хелперы являются основными продуцентами эндогенного ИЛ-2.

На основе данных исследований мы пришли к выводу, что учитывая прогрессирующее увеличение частоты, высокую летальность больных с тяжелым сепсисом и актуальность проблемы современного многокомпонентного лечения данных больных целесообразно в комплекс методов консервативной терапии тяжелого сепсиса и септического шока включить цитокиновую терапию препаратом ИЛ-2 – ронколейкин. Эффективность данного препарата при сепсисе подтверждается данными литературы.

17. ОЗОНОТЕРАПИЯ ПРИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ.

Малютенко Н. 415 группа, Мерцалов М. 424 группа, Кутилов А. 424 группа.

Научный руководитель: профессор В.В. Шимко

Современная медицина опирается, в основном, на медикаментозные методы терапии. Этому способствует множество причин: простота и удобство применения, консерватизм врачей. Однако такой уклон развития медицины привел к целому ряду негативных последствий

для здравоохранения, связанных с постоянным ростом различных лекарственных аллергии, тяжелых заболеваний и даже смертности на фоне побочных эффектов медикаментозной терапии. Очень тревожным фактором является злоупотребление антибиотиками. В последнее время количество резистентных штаммов микроорганизмов резко возросло. Эти факты свидетельствуют, что односторонний уклон в развитии официальной медицины, существенно снижает возможности лечащих врачей, не имеющих на вооружении альтернативных немедикаментозных методов лечения, корректирующих и активизирующих защитные силы организма. Одним из наиболее перспективных немедикаментозных методов лечения является озонотерапия.

Озонотерапия – современный немедикаментозный метод лечения, эффективный при широком спектре заболеваний. В его основе лежит применение озонокислородных смесей, озонированной воды, растворов, масел, а так же возможно озонирование крови.

Озонотерапия успешно применяется практически во всех областях медицины при лечении острых и хронических воспалительных заболеваний, сепсисе, вирусных и ревматических заболеваниях, нарушении периферического кровообращения, при различных видах интоксикации, в кожно-венерологической и зубоврачебной практике, восстановительной медицине, косметологии. Озон (O₃) - аллотропная форма кислорода, газ с резким характерным запахом. Он является значительно более сильным окислителем, чем кислород. В связи с этим, озон окисляет многие вещества инертные к кислороду в обычных условиях. Характерными продуктами целого ряда химических реакций озона с органическими веществами являются озониды, которые являются метаболитами озона в организме.

Высокий окислительно-восстановительный потенциал озона обуславливает двойкий механизм его лечебного действия. Локальный, с выраженной дезинфицирующей активностью в отношении бактерий, вирусов и грибков. Системный, метаболический, ведущий к реактивации и восстановлению кислородного гомеостаза в организме.

На кафедре факультетской хирургии озонотерапия проводится с января 2008 года, когда был получен аппарат «УОТА60-01» фирмы «МЕДОЗОН»

Целью нашей работы было оценить клиническую эффективность методов озонотерапии в комплексном лечении больных с гнойными заболеваниями мягких тканей.

В качестве лечебных мероприятий были избраны:

1. Аэрация открытых гнойных ран озонокислородной смесью в концентрации 60-80 мг/л в фазу воспаления, и 5-10 мг/л в фазу регенерации, экспозиция в течение 20-30 мин.
2. Орошение раны при перевязке озонированным 0,9% раствором натрия хлорида с концентрацией озона 12 мг/л.
3. Внутривенное введение озонированного 0,9% раствора натрия хлорида в концентрации 2-4 мг/л.
4. Ванны с озонированной дистиллированной водой.

Периодичность, количество процедур и необходимые объемы озонированных растворов определялись индивидуально, в зависимости от распространенности и фазы раневого процесса.

Результаты: отмечается быстрое снижение болевого синдрома, очищение раны и уменьшение отека вокруг раны, ускорение регенерации, быстрая эпителизация, быстрое снижение микробной контаминации гнойных ран и уровня эндогенной интоксикации.

Вывод: применение комбинированной озонотерапии в комплексном лечении способствует более быстрому уменьшению воспалительной реакции и увеличивает темпы заживления ран.

18. ПРОФИЛАКТИКА СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Бадасян А.Н. – 6 к.

Научные руководители: доц. А.А. Сысолятин, проф. С.С. Целуйко

Спаечный процесс, возникающий после абдоминальных вмешательств, остается серьезной проблемой в общей хирургии. За последние десятилетия предложено множество способов профилактики образования сращений в брюшной полости, однако до сих пор хирурги

не имеют доступного средства предотвращения спаечного процесса.

В последнее время при изучении причин развития различных заболеваний, в том числе и воспалительных, существенную роль в их возникновении и формировании исследователи приписывают нарушениям в про- и антиоксидантного баланса организма. Поскольку при возникновении различных патологических процессов в организме перекисное окисление липидов является одним из общих механизмов повреждения клеток и тканей, то активация свободнорадикальных реакций выступает не только как причина, но и как следствие многих патологических состояний. Особенно это касается острой патологии – воспалительных процессов различной этиологии, повреждения тканей в результате травмы, в послеоперационном периоде. В связи с этим приобретает особое значение исследование состояния антиоксидантной системы и регистрация накопления продуктов перекисного окисления липидов.

Целью нашего исследования явилось изучения влияния антиоксидантов - эмоксипина и мексидола (в сравнительном аспекте), и совместного влияния мексидола и дигидрохверцетина (обладающий антигипоксическими и антиоксидантными свойствами) на предупреждение и течение спаечной болезни у лабораторных животных (крыс).

Для создания модели спаечной болезни на наркотизированном животном (использованы половозрелые белые крысы) в стерильных условиях производилась срединная лапаротомия с нанесением повреждения серозной оболочки кишки. В качестве раздражающего и стимулирующего фактора для образования спаек тупфером десерозирован участок тонкой кишки размером 1 см² расположенном на 2 см проксимальнее от илеоцекального угла, после чего петли кишечника увлажнены 2 мл физиологического раствора и опущены в брюшную полость, рана передней брюшной стенки послойно ушивались одиночными узловыми швами.

В эксперименте было использовано 50 белых беспородных взрослых крыс, 30 из которых входили в подопытные группы (по 10 в каждую), 10 в контрольную и остальные 10 животных составили интактную группу. У особей контрольной группы экспериментально моделировалась спаечная болезнь без введения каких-либо веществ. Одна подопытная выборка получала внутрибрюшинно раствор эмоксипина (60мг/кг), другим подопытным животным внутрибрюшинно вводился раствор мексидола (60мг/кг) и третья группа получала одновременно внутрибрюшинно раствор мексидола (60мг/кг) и энтерально раствор дигидрохверцетина (25 мг/кг).

Спустя 14 дней после моделирования спаечной болезни животные были умерщвлены путем передозировки эфирного наркоза.

С целью выявления влияния данных препаратов на течение спаечной болезни проводилась макроскопическая оценка, биохимические исследования и были взяты ткани для гистологического исследования.

Макроскопическая картина спаечного процесса в брюшной полости оценивалась с помощью 5-ти бальной системы (от 0 до 4-х, Nair SK, Bhat LK).

Результаты макроскопической оценки показали, что во всех группах получивших препараты наблюдается снижение спайкообразования по сравнению с контрольной группой, однако наиболее благоприятное влияние на течение внутрибрюшинных сращениях оказывает совместное применение мексидола и дигидрохверцетина.

В биохимических исследованиях мы оценивали состояние антиоксидантной системы по количественному содержанию в сыворотке крови опытных животных альфа-токоферола (витамин Е) и активность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) по накоплению в крови диеновых коньюгатов, гидроперекисей липидов и малонового диальдегида.

Данные биохимического исследования показали, что в группах получивших препараты, по сравнению с контрольной группой, наблюдается повышения содержания альфа-токоферола и снижения продуктов ПОЛ. Данные достоверны по Стьюденту.

Таким образом, факт положительного воздействия данных препаратов на снижение спайкообразования в брюшной полости не вызывает сомнения. Дальнейший характер исследования будет посвящен изучению гистологических препаратов.

19. СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПУТЕМ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЙ

Мищенко Е.В., 4 к.

Научный руководитель: асс.каф.фак.хирургии, к.м.н. А.А.Назаров

Гнойно-воспалительные осложнения (ГВО) в хирургическом лечении острого холецистита по-прежнему остаются серьезной проблемой у больных, так называемой, группы риска, т.е. больных пожилого и старческого возраста у которых тяжелые сопутствующие заболевания, низкая сопротивляемость операционной травме служат причинами высокой частоты ГВО.

При ретроспективном анализе 1947 историй болезни одной из основных причин послеоперационных ГВО, связанных с техникой оперативного вмешательства, было желчеистечение в подпеченочное пространство - в 87 наблюдениях, при этом в 67 случаях удалось установить причину этого осложнения. Исследованиями отечественных авторов А.И.Нечай (1966), В.И.Ташкинов (1977), а в нашей клинике Г.Н.Власенко, А.А.Сысолятиным (1996) доказано, что после обычной холецистэктомии происходит повышение давления в желчных протоках в 1,5-2 раза в течение 1-3 дней. В связи с этим мы считаем, что дренирование холедоха по Холстеду-Пиковскому, как декомпрессивное мероприятие, применявшееся в клинике в 70% операций, обеспечивает профилактику желчеистечений из ложа желчного пузыря и культы пузырного протока и послеоперационного панкреатита. В тоже время, желчеистечение из культы пузырного протока после удаления дренажа Холстеда-Пиковского или выпадения его в связи недостаточной фиксации, в 25% становится причиной подпеченочного абсцесса или воспалительного инфильтрата, в 11% - причиной разлитого послеоперационного перитонита.

Целью исследования было разработать мероприятия по уменьшению или полной ликвидации желчеистечения, связанного с дренажом Холстеда-Пиковского, как одной из причин гнойно-воспалительных осложнений после холецистэктомии. В связи с этим перед нами были поставлены следующие задачи: 1) дозированной фиксации дренажа в пузырном протоке; 2) герметизации культы пузырного протока после удаления дренажа Холстеда-Пиковского.

Материалы и методы исследования

Для решения поставленных задач нами было предложено устройство для герметизации культы пузырного протока после удаления дренажа Холстеда-Пиковского в послеоперационном периоде (патент на изобретение N 2192181 от 10.11.2002 RU 2192181 C1, 10.11.2002. Проведено наблюдение за 40 больными после холецистэктомии с использованием дренажа Холстеда-Пиковского. При этом, устройство для удаления фиксатора дренажа пузырного протока в послеоперационном периоде применено у 20 больных (у 10 больных при лапаротомной холецистэктомии и 10 – при лапароскопической холецистэктомии по поводу острого (20) и хронического (20) калькулезного холецистита.

Герметизирующее устройство позволяет удалить дренаж Холстеда-Пиковского в любой нужный срок, при неосложненном холецистите мы удаляли его на четвертые сутки после операции. После удаления дренажа устройство прочно герметизирует культю пузырного протока. Удаление устройства, герметизирующего пузырный проток, производится дополнительно созданной конструкцией на 8 сутки послеоперационного периода. К этому времени происходит облитерация пузырного протока и удаление устройства осуществляется без опасности желчеистечения.

Результаты и обсуждение

Дренаж Холстеда-Пиковского при использовании фиксирующего устройства удаляли (при отсутствии противопоказаний) в среднем на четвертый день послеоперационного периода. После удаления дренажа желчеистечение из культы пузырного протока отмечено не было. У 20 больных контрольной группы холецистэктомия сопровождалась дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому с фиксацией дренажа к культе пузырного протока типичным способом. При этом у двух больных в послеоперационном периоде отмечено желчеистечение из культы

пузырного протока (вследствие выпадения дренажа Холстеда-Пиковского), что привело к образованию у одного больного подпеченочного абсцесса, у другого - подпеченочного воспалительного инфильтрата.

Анализ собственного клинического материала показал, что применение фиксирующего устройства дренажа Холстеда-Пиковского с устройством для удаления фиксатора дренажа пузырного протока в послеоперационном периоде предотвращает желчеистечение из культи пузырного протока, способствуя сокращению частоты ГВО после операции.

Выводы

1. Одной из причин гнойно – воспалительных осложнений после холецистэктомии является желчеистечение из культи пузырного протока в брюшную полость в результате нарушения герметизации его при установке и удалении дренажа Холстеда - Пиковского.

Предлагаемое устройство для герметизации культи пузырного протока после удаления дренажа Холстеда – Пиковского на фоне адекватного дренирования подпеченочного пространства позволяет устранить желчеистечение как одну из основных причин послеоперационных гнойно - воспалительных осложнений.

20. КОМПРЕССИОННАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ. НАШ ОПЫТ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН.

Чайдак О.О.- 4к., Якимец А.А.- 4 к.

Научный руководитель: проф. Шимко В.В.

В настоящее время проблема диагностики и лечения варикозной болезни является очень актуальной. Это связано с высокой распространённостью заболевания. В России различными формами варикозной болезни страдают более 30 млн. человек, что составляет 25-30% взрослого населения. Для данного заболевания характерным является не только рост числа заболевших, но и тенденция к «омолаживанию», варикозной болезнью всё чаще и чаще страдают люди молодого возраста. Современное лечение варикозной болезни включает: хирургическое лечение, компрессионную склеротерапию, консервативное (компрессионное и медикаментозное), лазерное и комбинированное лечение. Метод склерозирующей терапии - введение в расширенные поверхностные вены определённого препарата (склерозанта), который вызывает их облитерацию. После введения склерозанта необходимо создать компрессию на склерозируемые сосуды с помощью эластичных бинтов или специального компрессионного трикотажа. Цель инъекции – полное удаление интимы сегмента вены. До тех пор пока эндотелий не удалён из вены, невозможна активация фибробластов, необходимая для обеспечения соединительнотканной трансформации варикозной вены с её полной облитерацией. Компрессионная склеротерапия с помощью индуцирования контролируемого фиброза вены на фоне постоянной и длительной эластической компрессии блокирует участки патологического рефлюкса крови из глубоких вен в поверхностные (недостаточные перфоранты) и тем самым ликвидирует основную причину развития и прогрессирования варикозной болезни. В настоящее время в качестве флебосклерозирующих препаратов в России наиболее широко используются: «Этоксисклерол» 0,5, 1,0, 2,0, 3,0% (флебосклерозирующий эффект основан на денатурации белков эндотелиальной оболочки вены) и «Фибро-Вейн» 0,2, 0,5, 1,0, 3,0%. Существует два основных способа введения флебосклерозирующих препаратов – пункционная и катетерная склеротерапия. В настоящее время большинством флебологов успешно используется метод, который предложил Джордж Феган в конце 60-х годов. В практику он вошёл под названием техники «пустой вены». Эффективность основана на освобождении варикозной вены от крови путем элевации конечности и изоляции сегмента сосуда пальцевым прижатием с последующей длительной эластической компрессией.

Преимущества компрессионной склеротерапии: для пациентов:

1. отсутствие летальности

2. сокращение длительности заболевания – все пациенты, перенесшие компрессионную склеротерапию, должны вести нормальный образ жизни во время всего курса лечения.
3. отсутствие необходимости стационарного лечения – данное лечение не требует госпитализации
4. отсутствие необходимости прерывания трудовой деятельности – методика не ограничивает трудовую активность пациентов.
5. отсутствие шрамов для врача:
6. облегчение проблемы постельного режима – большинство основных больниц имеет постоянно существующую проблему в предоставлении больничных коек для тех пациентов, которые действительно нуждаются в госпитализации. Лечение варикозной болезни в амбулаторных условиях снимает огромное бремя в разрешении проблемы с больничными койками.

небольшие временные затраты – с помощью компрессионной склеротерапии можно гораздо быстрее лечить пациентов, чем с помощью какой-либо другой техники.
улучшенные результаты – компрессионная склеротерапия в сравнении с итогами хирургической операции может давать лучшие конечные результаты.

Осложнения склеротерапии:

- ранние (происходящие во время или сразу после введения препарата)
 - ваго-вазальные реакции (головокружение, головная боль, тахикардия, коллаптоидные состояния)
 - местная крапивница
 - аллергические реакции немедленного типа (бронхоспазм, отёк Квинке, анафилактический шок)
- поздние (возникающие спустя несколько часов или суток после проведения склеротерапии)
 - постинъекционная гиперпигментация
 - кожные некрозы
 - вторичные телеангиоэктазии
 - постинъекционный тромбофлебит

Число пациентов, которым была выполнена компрессионная склеротерапия в 2006 году составило 59 человек. Из них женщин – 49 (83%), мужчин – 10 (17%). Возраст пациентов: преимущественно это люди 20-30 лет (37,29%) и 30-40 лет (35,59%). Количество пациентов 15-20 лет – 5,08%, 40-50 лет – 8,47%, 50-60 лет – 13,56%. В качестве флебосклерозирующих препаратов использовались «Этоксисклерол» и «Фибро-Вейн». Преимущественно вводился «Фибро-Вейн» 3% (20 человек) и 1% (10 человек), 0,5% (8 человек) «Этоксисклерол» 1% (6 человек). Осложнения наблюдались у 9 пациентов (15,3%): на первом месте – гиперпигментация (у 7 человек); слабая аллергическая реакция - 1 пациент, некроз - 1 пациент.

21. СПОСОБ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ НЕФРОПЕКЦИИ СПРАВА.

Грачев А. – 5 к., Тимошенко П. – 6 к.

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Цепелев К.А.

Актуальность: На сегодня существует множество способов хирургического лечения нефроптоза, которые выполняются как открытым (томическим) способом, так и с помощью современных эндовидеохирургических технологий посредством лапароскопического или люмбоскопического доступа. Недостатком открытых операций является высокая травматичность при выполнении операционного доступа, длительный период реабилитации, необходимость использования в послеоперационном периоде наркотических анальгетиков, высокая вероятность развития послеоперационных грыж, возможность нагноения послеоперационной раны. Эндовидеохирургическое лечение нефроптоза является относительно новым направлением в урологии и требует исследований. В 75 – 80% нефроптоз встречается справа.

Задача: Разработать способ эндовидеохирургической фиксации правой почки, отвечающий требованиям: анатомичность, надежность фиксации, небольшая продолжительность вмешательства, простота технического исполнения, малоинвазивность.

Материалы и результаты: На курсе урологии разработана техника лапароскопической коррекции нефроптоза, которая отработана в бюро судебной медицины на секционном материале. Задача решается следующим способом. Почка посредством трaкции инструментами устанавливается в физиологическое положение. При операции производится рассечение брюшины вместе с преренальной фасцией на протяжении примерно 5 - 6 см, дистальнее на 1,5 см нижнего полюса почки. Обнажается нижний полюс почки. С помощью специальной иглы, введенной через эндопорт над грудиной в правом подреберье, производится вкол через брюшину и почечную фасцию, и игла ниже полюса почки, через поясничные мышцы проводится наружу на поясничную область, где в нее заправляется нить. Нить по ходу канала вкола иглой проводится в брюшную полость, где производится второй вкол иглы, отступая на 2 см и параллельно краю почки.

Лигатура выводится на поясничную область, рядом местом первого прокола. Нить затягивается подкожно. Всего проводится 3 – 4 лигатуры по схеме до достижения фиксации почки. При этом фиксируемый к поясничным мышцам листок брюшины с почечной фасцией формируют физиологический «гамак», ликвидируя избыточную и сохраняя физиологическую подвижность почки.

Свободный нижний край брюшины подшивается 2 -3 узловыми швами к верхнему.

Преимущества предлагаемого способа по отношению к другим:

- малоинвазивность ввиду применения лапароскопического доступа;
- анатомичность оперативного вмешательства;
- способ нефропексии прост в техническом исполнении;
- способ нефропексии доступен в любых учреждениях, имеющих эндовидеохирургическое оборудование;
- небольшая продолжительность операции;
- способ позволяет активировать пациента в ранние сроки после операции (через 1 сутки);
- сохранение подвижности почки (физиологическая дыхательная экскурсия)

Наше исследование является предварительным и требует продолжения.

22. К ВОПРОСУ О ПРОЧНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ УЗЛОВ, ПРИМЕНЯЮЩИХСЯ В ЭНДОХИРУРГИИ.

Тимошенко П. – 6 к. Грачев А. – 5 к.

Научные руководители: доцент, к.м.н. Цепелев К.А., к.м.н. Кулеша В.Ф.

Актуальность проблемы: Для удачного исхода любой операции очень важно надежное соединение тканей, для чего в качестве традиционного метода производится их сшивание с формированием узлов. В эндохирургии существует 2 способа их завязывания – экстракорпоральный и интракорпоральный. При всех преимуществах и недостатках этих способов соединения тканей следует указать на наличие множества видов самих узлов: простой, хирургический, морской, Редера, Кушиери и др. Учитывая наличие такого многообразия, возникает вопрос: какой из них является лучшим с практической точки зрения. Прочностная характеристика узла на развязывание является одним из основных факторов, определяющих его надежность. В научной литературе мы не встретили данных, касающихся данного вопроса. **Цель исследования:** Изучить прочность на развязывание различных узлов, применяющихся в хирургической практике. **Материалы и методы исследования:** Проведено исследование, которое было представлено следующей стендовой моделью. Завязывание узла производилось между двумя металлическими кольцами, одно из которых крепилось к неподвижной точке опоры, а второе – к пружинным весам. Для стандартизации опыта все узлы вязались лавсановыми плетеными лигатурами длиной 20 см, из капрона №5, в количестве по 50 каждого вида. Стандартное усилие при завязывании узла составляло 3 кг. После завязывания нити ее концы срезали, отступая от узла на 5 мм.

После этого давалась нагрузка по вектору, направленному противоположно точке опоры. Фиксировалась весовая нагрузка в килограммах, необходимая для развязывания узла. Максимально прилагаемое усилие на развязывание составляло 10 килограммов, после которого тракция прекращалась, и узел условно считался неразвязываемым. На прочность на развязывание оценивались следующие виды узлов: простой двойной, морской, хирургический, хирургический с предварительным одинарным, хирургический с одинарным закрепляющим, Редера, Кушиери. Полученные в результате опыта данные были обработаны статистически, используя ППП Вio-stat.

Результаты: Данные исследования представлены в таблице. Наименьшую прочность показал узел Редера ($2,34 \pm 0,13$ кг), а наибольшую – хирургический с предварительным одинарным ($10 \pm 0,04$ кг). Среди лигатурных способов соединения тканей наибольшей прочностью на развязывание обладал узел, предложенный Кушиери ($P < 0,0001$). При сравнении не лигатурных способов наименее прочным был морской узел ($2,91 \pm 0,29$ кг), тогда как наиболее надежными – хирургический с одинарным предварительным ($10,0 \pm 0,04$ кг) и одинарным закрепляющим ($10,0 \pm 0,10$ кг), $P < 0,0001$.

Таблица.

Прочностная характеристика различных видов узлов на развязывание.

№ п \ п	Вид узла	Способ вязания	Прочность узла на развязывание (кг)
1	Редера	Лигатурный	$2,34 \pm 0,13$
2	Кушиери		$4,04 \pm 0,21$
3	Морской	Не лигатурный	$2,91 \pm 0,29$
4	Простой		$3,13 \pm 0,21$
5	Хирургический		$3,36 \pm 0,12$
6	Хирургический с одинарным закрепляющим		$10,0 \pm 0,10$
7	Хирургический с одинарным предварительным		$10,0 \pm 0,04$

Обращает на себя внимание отсутствие статистически достоверных отличий в прочностной характеристике при сравнении морского, простого и хирургического узлов ($P > 0,15$), а также увеличение прочности узла с увеличением числа витков (рядов) в нем.

Выводы: Проведенное исследование прочностной характеристики различных видов узлов, используемых в эндовидеохирургии, позволяет рекомендовать к практическому применению способ Кушиери среди лигатурных и хирургический с одинарным предварительным или закрепляющим среди не лигатурных способов завязывания узлов.

23. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ СИНУИТОВ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Блоцкий Р.А. – 4 к.

Научный руководитель: проф. А.А. Блоцкий

Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух занимают одно из ведущих мест в структуре патологии ЛОР органов. Высокими остаются показатели распространенности хронических воспалительных заболеваний околоносовых пазух, которые продолжают постепенно увеличиваться и составляют 29 - 40% от всей оториноларингологической патологии (Пальчун В.Т. и соавт., 1982, Заболотный Д.И., 1989; Буренков Г.И., Вахрушев С.Г., Афонькин В.Ю. и соавт., 1997; Кротов Ю.А., Нестерова К.И., Одарченко И.Н. и соавт., 2005). При этом

наиболее часто поражаются верхнечелюстные пазухи, что по данным ряда авторов, составляет от 36,4 до 84,4% (Шаихов З.Ш. и соавт., 1978, Пискунов С.З., Пискунов Г.З., 1991).

В патогенезе развития неспецифических воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух существенная роль принадлежит состоянию системы антиоксидантной защиты и иммунологической реактивности организма (Аматуни В.Г. и соавт., 1982; Журавлев А.И., 1982; Лопухин Ю.М., 1985; Бажора Ю.И., Колографова Е.Н., 1991; Блоцкий А.А., Емельяненко Л.М., 1998).

Использование в лечении самого современного арсенала лекарственных средств не решило проблему хронических синуситов. До настоящего времени целесообразным является изучение распространенности хронических синуситов в условиях резко континентального климата Амурской области и продолжение поиска новых консервативных и хирургических методов их лечения.

Резко континентальный климат Амурской области предрасполагает к развитию острых и хронических заболеваний носа и околоносовых пазух. Температурные колебания воздуха могут достигать от -50 С в зимние и до +40 С в летние месяцы. Резкий контраст температуры и влажности воздуха приводит к общему и местному переохлаждению организма, снижению его реактивности и устойчивости к инфекционным возбудителям.

В результате проведенного анализа госпитализированных больных в оториноларингологическое отделение Амурской областной клинической больницы за период с 1994 по 2005 годы отмечен постепенный рост больных с синуситами с 26 до 34%. Острые синуситы выросли с 6,7% до 13%, а хронические с 19,3% до 23,2%.

Отмечен рост числа больных хроническим гайморитом с 30 до 34%, количество пациентов с острыми фронтитами увеличилось в 8,3 раза, выявлено снижение в 1,5 раза больных с полисинуситами.

Все больные с различными формами синуситов были разделены на 5 возрастных групп, наибольшее количество больных пришлось на возраст с 18 до 39 лет и составляло 64,1% от общего числа госпитализированных больных.

Прослеживается сезонность подъема заболеваемости острыми формами синуситов, которые чаще встречаются в холодное время года (с сентября по апрель).

Таким образом, резко континентальный климат Амурской области, а именно перепады температур и влажности в холодное время года (8 месяцев) способствуют росту заболеваемости различными формами острых и хронических гайморитов. Применяемая общая и местная традиционная противовоспалительная терапия, направленная на устранение синуситов, до настоящего времени не способствует уменьшению числа рецидивов их хронических форм. Привлечение к комплексному лечению острых и хронических синуситов антиоксидантной терапии по нашему мнению может способствовать уменьшению числа рецидивов заболевания.

24. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Блоцкий Р.А. – 4 к., Дьяченко М.Е. – 2 к.

Научный руководитель: проф. А.А. Блоцкий

Небные миндалины, как лимфоэпителиальный орган, являются частью иммунной системы человеческого организма, способны чутко реагировать на происходящие в организме и в окружающей среде неполадки (Полевщиков А.В., Дроздова М.В., Самолазова С.Г., 2001; Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Крюков А.И., 2007). Помимо генетически обусловленных предпосылок возникновения хронического тонзиллита (ХТ) связанных с врожденными дефектами различных звеньев иммунитета (Арефьева Н.А., Азнабаева Л.Ф., Хафизова Ф.А., 1999; Зырянова К.С., Куренков Е.Л., Кофанов Р.В. и соавт., 2006) выделяют и фенотипические обусловленные причины, к которым относятся вторичные иммунодефицитные состояния, возникающие под воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды, в том числе климатических, геофизических, экологических, социально-бытовых условий, стрессовых ситуаций, приводя-

щих к нарушению нейрогуморальных регуляций в организме (Пальчун В.Т., Полякова Т.С., Романова О.Н., 2001; Полевщиков А.В., Дроздова М.В., Самолазова С.Г. и соавт., 2001). Учитывая развития большого количества заболеваний на фоне ХТ, изучение его эпидемиологии в условиях резко-континентального климата Амурской области и г. Благовещенска в частности является актуальной проблемой.

Жители Амурской области проживающие в условиях резко-континентального климата подвергаются воздействию ряда неблагоприятных факторов, среди которых резкие перепады летних и зимних температур (от +40° до – 50°С и ниже), высокой и низкой влажности воздуха. Неблагоприятные факторы приводят к снижению адаптационных возможностей организма к условиям окружающей среды, повышению заболеваемости ЛОР-органов не только в холодное время года, но и в «межсезонье».

Нами была проанализирована структура заболеваемости ЛОР-органов населения г. Благовещенска и Благовещенского района Амурской области за 2006 год у взрослого населения от 18 до 65 лет. Общая ЛОР-заболеваемость за 2006 г. составила 69%. В структуре ЛОР-заболеваемости на первом месте воспалительные заболевания слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, на втором глотки и на третьем месте заболевания уха.

В структуре патологии глотки ХТ составляет 12,7%. Заболеваемость ХТ в г. Благовещенске и Благовещенском районе составила 15,9 и 9,3% соответственно. Структура заболеваемости компенсированной и декомпенсированной формой ХТ в г. Благовещенске составила 47 и 53% соответственно, а в Благовещенском районе 75 и 25% соответственно. Было выявлено, что декомпенсированная форма хронического тонзиллита преобладает у городского населения, компенсированная у сельского.

В сравнении со структурой заболеваемости ХТ предыдущих лет выявлена неблагоприятная тенденция к увеличению заболеваемости данной патологией, причем значительно возросло количество осложнений декомпенсированной формы хронического тонзиллита – паратонзиллярных абсцессов, что плохо соотносится с количеством ежегодно выполняемых тонзилэктомий.

Учитывая быстрые темпы роста ХТ в структуре заболеваний ЛОР-органов, значительный вес его осложнений, подтверждает актуальность данной проблемы. Больные с ХТ должны тщательно наблюдаться на диспансерном учете, проходить 2 раза в год курсы планового профилактического лечения, осматриваться терапевтом, ревматологом, иммунологом, эндокринологом. В отношении декомпенсированной формы хронического тонзиллита у ЛОР-врачей поликлиник городов и районов Амурской области должна формироваться более активная тактика в отношении хирургического лечения. Мало- или неэффективная консервативная терапия декомпенсированной формы ХТ в течение 3-4 месяцев должна рассматриваться как подготовительный этап к тонзилэктомии. Своевременно начатое консервативное и хирургическое лечение декомпенсированной формы хронического тонзиллита позволит избежать развития у больных системных заболеваний и грозных осложнений, приводящих к их инвалидизации.

25. МЕТОД ВИДЕО-КОМПЬЮТЕРНОГО АУТОТРЕНИНГА В СОЧЕТАНИИ С ДЭНАС-ТЕРАПИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СПАЗМА АККОМОДАЦИИ.

Кардаш С.В., 603 гр

Научные руководители: проф. А.Л. Штилерман, к.м.н. Э.А. Михальский.

Частым последствием напряженной зрительной работы, особенно у лиц молодого возраста, является патологическое состояние аккомодации – спазм. В настоящее время спазм аккомодации рассматривается как одна из причин развития прогрессирующей миопии у лиц молодого возраста.

Целью работы явилось изучение эффективности использования метода видео-компьютерного аутотренинга в сочетании с дэнас-терапией.

Отличительной особенностью метода является потенцирование эффекта при использовании

сочетания видео-компьютерного аутотренинга с дэнас-терапией.

Исследования выполнены у 30 пациентов (60 глаз) со спазмом аккомодации. Из них школьников в возрасте от 10 до 16 лет – 15 человек (30 глаз), профессиональных пользователей компьютера в возрасте от 28 до 30 лет – 5 человек (10 глаз). Эффективность лечения оценивали по изменению остроты зрения до и после лечения.

Видео-компьютерный аутотренинг проводили с использованием аппарата «Амблиокор». Курс лечения состоял из 10 сеансов. Режим работы прибора – релаксация. Время процедуры на каждый глаз – 10 минут.

После проведения аутотренинга пациенты получали сеанс дэнас-терапии. Использовали аппарат «Дэнас» с насадкой в виде очков с расположенными на ней активными электродами. Частота воздействия подбиралась индивидуально. Время проведения 1 сеанса – 10 минут, количество сеансов – 10.

В результате проведенного лечения острота зрения повысилась в среднем с $0,45 \pm 0,03$ до $0,95 \pm 0,06$ ($P < 0,01$). Положительный эффект лечения наблюдали у 100% пациентов.

Таким образом, метод сочетанного воздействия видео-компьютерного аутотренинга с дэнас-терапией позволяет формировать у ребенка новые рефлекторные связи, обеспечивающие более высокий уровень зрительных функций, позволяющий получить положительный эффект при лечении спазма аккомодации в 100% случаев.

26. ОСОБЕННОСТИ БЛОКАДЫ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА С УЧЕТОМ ЕГО ТОПОГРАФИИ.

Котельникова М. – 2 курс

Научные руководители: доц. С.И. Пискун, асс. О.Ю. Шарапов.

С помощью макро-микропрепаровки на препаратах 19 трупов плодов, новорожденных и взрослых людей была изучена топография внечерепной части верхне- и нижнечелюстных ветвей тройничного нерва.

Исследование показало, что диаметр круглого отверстия, через которое выходит верхне-челюстной нерв, у взрослого человека варьирует от 3,1 до 6,2 мм. Справа просвет отверстия на 18% меньше.

Нерв на протяжении 2,5-4,1 мм находится в костном кольце и фактически проходит в костном канале. Место выхода верхне-челюстного нерва из полости черепа находится на расстоянии 46,5 мм от середины скуловой дуги. При этом выявляется зависимость глубины залегания от ширины лица. При ширине лица, равной 140-145 мм, расстояние от середины скуловой дуги до круглого отверстия достигает 43,2 мм.

Длина внечерепной части нижнечелюстного нерва на наших препаратах колеблется от 5 до 19 мм, составляя в среднем 13,6 мм. В последующем от ствола нижнечелюстного нерва отходят ветви передней и задней групп.

Наибольший практический интерес представляет нижнелуночковый нерв. Всего в его составе мы выделяем четыре отдела: внеканальный проксимальный – от места формирования до вхождения в нижнечелюстной канал; внутриканальный проксимальный – от нижнечелюстного отверстия до подбородочного; внеканальный дистальный, и внутриканальный дистальный, т.е. резцовую ветвь.

На наших препаратах межкрыловидная фасция отделяет нижний луночковый нерв и латеральную крыловидную мышцу от медиальной крыловидной мышцы и от язычного и щечного нервов, и является естественным барьером, препятствующим проникновению анестезирующего вещества при производстве мандибулярной анестезии.

27. ХИРУРГИЧЕСКАЯ И ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЧЕЛОВЕКА

Пискун М. – 3 курс,

Научные руководители: доц. А.В. Сергиенко, асс. О.Ю. Шарапов

Целью настоящего исследования было изучение синтопии внечерепной части лицевого нерва и вариантов его прохождения. Она была продиктована тем, что п. *facialis* находится в сфере интересов врачей многих специальностей – неврологов, оториноларингологов, нейрохирургов, стоматологов, физиотерапевтов и т.д..

Работа выполнена на материале 21 трупа плодов, детей и взрослых людей. Основным методом изучения послужила макро-микрорепаровка.

Исследование показало, что после выхода из шило-сосцевидного отростка у плодов и новорожденных основной ствол лицевого нерва располагается почти горизонтально, в то время как у взрослых он направлен сверху вниз, сзади наперед, из глубины наружу, проецируясь, в среднем, на 6,1 мм выше линии, соединяющей сосцевидный отросток с углом нижней челюсти.

Основной ствол лицевого нерва сразу же проникает в околоушную слюнную железу. Первый отрезок п. *facialis* лежит в зачелюстной ямке на глубине 15-20 мм, и отделяется здесь от глубже расположенной внутренней яремной вены шиловидным отростком. После пересечения наружной поверхности шиловидного отростка лицевой нерв проникает в околоушную железу.

Первоначально он идет книзу, затем круто восходит и, направляясь кпереди и кнаружи становится, более поверхностным.

Изучение нашего материала позволило выявить сетевидную и магистральную формы строения лицевого нерва. В первом случае, в околоушной железе он отдает две главных ветви – верхнюю (височно-лицевую) и нижнюю (челюстно-лицевую). При рассыпной форме строения количество ветвей возрастает от 3 до 5-ти. При этом верхняя ветвь самая крупная и является продолжением основного ствола. Она восходит косо по направлению к ниже-наружному краю орбиты. Конечные его ветви выходят из под переднего и верхнего краев околоушной железы.

Изучение синтопии лицевого нерва выводного протока околоушной слюнной железы показало, что в 65% случаев ветви п. *facialis* пересекали проток снаружи, в 22% случаев образует над ним сплетение и в 13% проток был свободен от нервных ветвей. Нижняя ветвь первоначально сопровождает основной ствол лицевого нерва, затем направляется к углу нижней челюсти. При этом шейная веточка нижней ветви пересекает заднюю лицевую вену. Выявлено, что в 80% случаев скуловые и щечные ветви взаимно анастомозируют, тогда как краевая ветвь анастомозирует с щечными лишь в 12% случаев.



Онкология

Научный руководитель: проф. д-мн . В.П. Гордиенко

Председатель: Сукачёва О. – бк.

Секретарь: Фастовец Т. – 4к

1. МЕЛКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ЛЕГКОГО

Заваруев А. – 4 курс

Научный руководитель – доц. О.В. Лысенко

Около тридцати лет назад мелкоклеточный рак легкого был выделен как отдельная нозологическая единица в связи с биологическими свойствами новообразования, особенностями клинического течения (быстрое прогрессирование процесса), крайней злокачественностью, склонностью к раннему метастазированию, высокой чувствительностью к лекарственному и лучевому воздействию и постоянно меняющимся взглядам на лечебную тактику. Биологические особенности опухоли, как известно, определяются временем удвоения объема (ВУО) и склонностью к лимфогенному метастазированию. Для мелкоклеточного рака легкого ВУО составляет 33 дня, для подклеточного и железистого – 103 и 189 дней соответственно. Почти у 2/3 больных мелкоклеточным раком легкого уже при первом обращении отмечаются признаки метастазирования, у 10% обнаруживают метастазы в головном мозге (Bunn P.A., 1992). Подобные особенности мелкоклеточного рака легкого находят отражение в особенностях течения и клинических проявлениях. Для этой формы рака легкого характерны короткий анамнез, разнообразие клинических симптомов к моменту установления диагноза, обусловленное значительным распространением процесса, высокая частота паранеопластических синдромов (повышенная секреция серотонина, адренкортикотропного и антидиуретического гормонов, кальцитонина, соматостатина и др.)¹⁹⁹². в головном мозге (ым раком легкого уже при первом обращении отмечаются признаки метастазирования, у 10% обнаруживают ме Утвердилось ошибочное мнение, что МРЛ представляет собой относительно небольшую первичную опухоль с обширным метастатическим компонентом во внутригрудных лимфатических узлах, являющихся чуть ли не патогномическим признаком, а также ранним и обширным отдаленным метастазированием. Исключительно злокачественное течение заболевания позволило считать мелкоклеточный рак первично – генерализованным процессом, при котором методом выбора является консервативное противоопухолевое лечение. В значительной мере этому способствовало и преувеличенное мнение о чрезвычайной чувствительности таких опухолей к лучевому и химиотерапевтическому воздействию. Наш опыт, в сравнении с мировым, очень невелик. За период с 2001 по 2005гг. из 242 больных раком легкого, пролеченных в Х.О.ООД, мелкоклеточный рак верифицирован 10 больным, все мужчины в возрасте от 48 до 65 лет. Центральную локализацию имели четверо из них, периферическую – шестеро. Шесть человек радиально оперированы, одному выполнена пробная торакотомия, трем остальным диагноз верифицирован при бронхоскопии и трансторакальной биопсии. Двум больным выполнена пульмонэктомия, остальным оперированным – резекции в различных модификациях. Только хирургическое лечение получил один больной, остальные комбинированное и комплексное. На настоящий момент умерли трое больных (один умер в раннем послеоперационном периоде от пневмонии единственного легкого). Более прожили восемь человек. Три года прожили пять человек. Пять лет не прожил никто.

В ООД имеются все возможности для рационального лечения мелкоклеточного рака легкого. Для полноценного анализа результатов лечения необходимо продолжать накапливать информацию.

2. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕНТГЕНРАДИОЛОГИИ

Сукаченко О. – 6 курс

Научные руководители: профессор В.П. Гордиенко, к.м.н. О.Е. Федик

В настоящее время визуализация органов человека все в большей степени осуществляется с помощью цифровых методов диагностики. Происходит переход на цифровую технологию традиционных аналоговых способов визуализации – рентгенографии, рентгеноскопии, флюорографии, отчасти смешанных аналого-цифровых методик, таких как сцинтиграфия или ультразвуковая биолокация. Особую позицию занимают первично-цифровые методы визуализации – среди них все виды компьютерной томографии: рентгеновской, магнитно-резонансной, электронно-лучевой, однофотонной и позитронной эмиссионной томографии, энергетического доплеровского картирования.

Современные информационные технологии позволяют оперировать с четырьмя основными типами изображений – двухмерными, планарными (рентгенография, сцинтиграфия и др.), послонными (линейная и компьютерная томография, МРТ, эмиссионная томография, ПЭТ и др.), трехмерными (3D-рендеринг: на основе спиральной КТ, УЗИ и др.) и четырехмерными (4D-рендеринг: трехмерные изображения в реальном времени). Получают распространение и новейшие подходы к визуализации – виртуальная эндоскопия, мультипланарная реконструкция органов, 3D-виртуальная энергетическая эхоангиография, рентгеноостеоденситометрия, радиотермография, электроимпедансная томография, цифровая апостериорная алгоритмическая обработка рентгенограмм и некоторые другие.

Происходит разработка и внедрение универсальных форматов сохранения и передачи данных, таких как XML, DICOM, HL7 и др. Это обеспечивает связь пользователей между собой, объединение различного оборудования в локальные сети, организацию автоматизированных радиологических систем и разработку проблемы телерадиологии. На основе коммуникационных технологий создаются специализированные радиологические базы данных, магнитно-оптические библиотеки. Существенное значение в оптимизации работы врача-радиолога и врача-рентгенолога получают специализированные автоматизированные рабочие места (АРМ), рабочие станции и, конечно же – персональный компьютер, который стал не только офисным средством работы, но и комфортным персональным органайзером.

Внедрение современных технологий в лучевые методы диагностики позволяет значительно снизить лучевую нагрузку на пациента, сократить продолжительность исследования и, конечно же, получать различные типы изображений, позволяющих повысить качество, информативность и достоверность результатов визуализации органов человека. Таким образом, развитие современной рентгенорадиологии и ее возможности в значительной степени зависят от умения целенаправленно работать с информацией и использовать для ее получения, обработки и передачи компьютерную информационную технологию, современные технические средства и методы.

3. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ ПОРТ-СИСТЕМ ВЕНОЗНОГО ДОСТУПА В ОНКОЛОГИИ

Фастовец Т. – 4 курс

Научный руководитель – к.м.н. О.Е. Федик

За последнее десятилетие противоопухолевая лекарственная терапия заняла ведущее место в лечении больных злокачественными опухолями. Современные противоопухолевые лекарственные препараты значительно расширили возможности лечения онкологических больных, увеличив продолжительность и качество их жизни.

Наряду с созданием новых лекарственных препаратов (антиэметиков – антагонистов рецепторов 5HT₃), в том числе направленных на снижение частоты побочных эффектов, важную роль играет возможность проведения лечения в амбулаторных условиях. В частности, в стандартные комбинации лечения злокачественных опухолей (например, плоскоклеточный рак

верхних дыхательных и пищеварительных путей, рак желудка, остеосаркома) входят режимы химиотерапии с длительными инфузиями препаратов. Для обеспечения длительных инфузий применяются стационарные дозаторы лекарственных веществ. Но лишь в последнее время созданы специальные модели дозаторов для амбулаторного введения препаратов любой степени сложности. Появление механических амбулаторных инфузионных помп явилось новым шагом в развитии амбулаторной лекарственной терапии в онкологии. Наиболее часто используются помпы для суточных инфузий 5-фторурацила, применяемых при опухолях желудочно-кишечного тракта. Многосуточные инфузии 5-фторурацила в комбинации с цисплатином применяются у больных с плоскоклеточным раком верхних дыхательных и пищеварительных путей, раком прямой кишки в плане комбинированного химиолучевого лечения. Все длительные (внутривенные) инфузии осуществляются через центральные катетеры.

Лекарственные препараты, применяемые в химиотерапии, наряду с противоопухолевой активностью, вызывают выраженные токсичные эффекты в месте введения и по ходу сосудистой стенки. Частыми и серьезными осложнениями являются экстравазация и флебит, так как подавляющее большинство противоопухолевых препаратов до настоящего времени вводятся внутривенно.

В клинической практике уже более десяти лет используется специальная имплантируемая конструкция – порт (Ю.В. Буйденко, А.А. Мещеряков). Имплантируемая инфузионная система представляет собой ЦВК, соединенный с небольшим резервуаром с мембраной – портом, которые полностью скрыты под кожей. При необходимости мембрана порта пунктируется через кожу специальной иглой, и т.о. достигается надежный доступ в ВПВ.

Порт - это небольшая емкость, по форме напоминающая шляпку, выполнена из металла (титана) или пластика (полисульфона), имеющая в основании элементы крепления, а в верхней части силиконовую мембрану для пункции.

Установка порта производится в асептических условиях, в операционной, под местной анестезией.

Наиболее значимыми положительными сторонами порта являются существенное уменьшение числа инфекционных осложнений, амбулаторное применение, постоянный и надежный центральный венозный доступ и прекрасные косметические результаты.

Современная химиотерапия невозможна без учета сохранения качества жизни онкологических больных. Новые методы введения цитостатиков позволяют проводить практически любые режимы химиотерапии амбулаторно. Длительная химиотерапия и контролируемое обезболивание в амбулаторных условиях реализуются путем использования специально разработанных инфузионных систем. Подкожная имплантация портов – устройств для многократных инфузий - облегчает процедуру введения лекарственных средств, позволяя избежать экстравазации и возникновения флебитов.

4. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мальшева О. – 5 курс

Научный руководитель – к.м.н. А.А. Власов

В Амурской области рак молочной железы вместе с раком желудка занимает 2 место в общей структуре онкологической патологии.

Сегодня считается, что диагностика заболеваний молочной железы должна строиться на основе комплексного подхода, который (по показаниям) включает в себя: УЗИ, термографию, радиоизотопное исследование, маммографию, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, цитологическое и гистологическое исследования.

Рентгенологической составляющей этого комплекса, а именно маммографии, отводится, наряду с УЗИ, ведущая роль. По данным мировой статистики, она позволяет выявить патологию молочной железы в 95-97% случаев.

Маммография развивается в двух направлениях: скрининговая маммография и диагностическая маммография. Скрининговая маммография является неотъемлемой частью профи-

лактических осмотров женского населения. Маммография считается капиталоемкой манипуляцией, а потому часто является платной услугой, и, порой, бывает недоступна части женщин. Под диагностической маммографией понимают рентгенологическое исследование женщин, у которых при клиническом осмотре или скрининговой маммографии установлено отклонение от нормального состояния молочных желез. Показанием к диагностической маммографии служат патологические уплотнения очагово-диффузного характера, болевые точки, уплотнения кожи, втянутость соска и патологические выделения из него.

Целью диагностической маммографии является:

1. Выявление патологических изменений в молочных железах (главным образом рака) недоступных другим методам исследования, в том числе пальпации, и установление вероятного клинико-рентгенологического диагноза, уточнение локализации процесса, оценка степени распространенности процесса;

2. Определение (уточнение) лечебной тактики;

3. Динамическое наблюдение в процессе лечения и в разные сроки после его завершения.

Основным методом маммографии является обзорная рентгенография в двух проекциях.

Дополнительными методами маммографии являются: прицельная маммография, прицельная маммография с прямым увеличением, которые используются по показаниям. Кроме того, по показаниям используются и инвазивные методы маммографии, такие как дуктография (галактография), кистография.

Недостатком маммографии являются трудности дифференциальной диагностики отдельных нозологических форм, которые, порою, низводят точность ее до 85%. Так, весьма сложно порой дифференцировать фиброаденому, кисты и модулярные формы рака благодаря их форме и характеру контура. Трудно выявить липому на фоне жировой инволюции молочной железы. Особенно большие трудности возникают вследствие неразличимости узла на фоне плотной железистой ткани. Именно поэтому на маммографию следует направлять женщины, начиная с 35 лет и старше на 6-14 день от начала менструации.

Указанные ограничения маммографии ни в коей мере не дискредитируют метод, значение которого достаточно велико и который должна занять подобающее место в системе комплексного обследования при подозрении на рак молочной железы.

Эффективность маммографии можно проследить на примере маммографического кабинета ООД, где в период с 1991 по 2005 год было обследовано 16674 женщин, у которых было выявлено 1296 случаев рака (13,6% от общего числа исследований).

Таким образом, маммография является высоко эффективным методом исследования и должна занимать приоритетное место в диагностическом комплексе исследования молочной железы.

5. МИЕЛОМНАЯ БОЛЕЗНЬ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Исакова Е. – 5 курс

Научный руководитель – доц. О.В. Лысенко

Множественная миелома (синонимы: миеломная болезнь, миелома) – злокачественная опухоль возникающая в результате мутации клетки происходящей из системы В – лимфоцитов. Следствием мутации является неконтролируемая пролиферация плазматических клеток одного клона. Множественная миелома относится к достаточно частым заболеваниям системы крови. В России ежегодно регистрируется 30 новых случаев на 1 млн. населения. Нами проанализированы 25 случаев заболевания в 2006 – 2007 году. Заболевание редко встречается у лиц моложе 40 лет. Пик заболеваемости приходится на возраст 65 лет. Среди 80 летних заболеваемость резко возрастает. Мужчины болеют несколько чаще (около 60%) чем женщины.

Этиология миеломной болезни в 50% случаев неизвестна. Отмечается повышенная частота этого заболевания у лиц, подвергавшихся воздействию ионизирующей радиации. Также прослеживается некоторая генетическая предрасположенность к множественной миеломе.

В наблюдаемых нами клинических случаях опухоль, ее продукты и реакции на них со стороны организма приводят к развитию многочисленных патологических изменений в различных органах и тканях. Пролиферация опухолевых клеток сопряжена с повышенной секрецией ими остеокластактивирующего фактора, что вызывает активацию остеокластов и, как следствие, повышенную резорбцию костной ткани. Костный лизис приводит к мобилизации кальция из костей и развитию гиперкальцемии. Деструктивные процессы развиваются в первую очередь в плоских костях и позвоночнике, реже в проксимальных отделах трубчатых костей и совсем редко в дистальных отделах трубчатых костей. У всех больных множественной миеломой имеет место дефицит нормальных гаммаглобулинов, что обусловлено, с одной стороны, сниженной продукцией нормальных антител, а с другой стороны, их повышенным разрушением. Предполагают, что снижение продукции нормальных антител связано с появлением у больных миеломой популяции циркулирующих регулярных клеток, действие которых направлено на ограничение роста опухолевых клеток, но параллельно подавляющих синтез нормальных антител. Кроме того опухолевые клетки секретируют вещество подавляющее нормальный иммунный ответ В – лимфоцитов на антигенную стимуляцию.

У 20 больных пролиферация опухолевых клеток в костном мозге привело к развитию нормохромной, нормоцитарной анемии. Развитие анемии связано как с замещением нормального гемопоэза миеломными клетками, так и с продукцией опухолью факторов, ингибирующих нормальные гемопоэтические клетки. На поздних стадиях заболевания могут наблюдаться нейropения и тромбоцитопения.

У 10 больных миеломной болезнью имели место неврологические нарушения, в основе которых лежит ряд причин. Гиперкальциемия может вызвать психотические расстройства, сонное состояние и кому. Так же высокая вязкость крови приводит к появлению повышенной утомляемости, головной боли, ощущение шума «работающего насоса», расстройство зрения.

Таким образом, множественная миелома разительно отличается от всех остальных заболеваний системы крови обилием и разнообразием клинических проявлений чем нередко ставит перед клиницистами довольно трудные задачи.

Рентгенологическая картина миеломной болезни весьма полиморфна. В «классическом» варианте она характеризуется появлением различных по величине очень четко очерченных круглых или слегка овальных очагов деструкции. Чаще всего поражаются позвонки, череп, ребра, грудина, ключицы, лопатки, плечевые кости. Особенно характерны очаги деструкции в костях свода черепа, где размеры дефектов равны 2-3 см. их контуры очень четкие. Дефекты как бы «выбиты пробойником». Нередко на снимках костей можно видеть участки деструкции, напоминающие по виду картину «пчелиных сот» или «мыльных пузырей».

Миеломная болезнь требует дифференциальной диагностики с дистрофическими поражениями, метастазами рака и т.д. При дифференциальной диагностике следует учитывать места излюбленной локализации (позвонки, плоские кости). К числу осложнений миеломной болезни помимо упомянутого заболевания почек следует отнести и возможность патологических переломов

6. ВЛИЯНИЕ ПОЛА ПЕРВОГО РЕБЕНКА НА ЧАСТОТУ И ТЕМПЫ РАЗВИТИЯ РМЖ

Сукаченко О. – 6 курс

Научный руководитель - доц. О.В. Лысенко

Большинство злокачественных опухолей человека имеет многофактурную природу, т.е. в их возникновении играют роль факторы как генетические, так и внешнесредовые.

Сегодня уже установлены основные факторы риска злокачественных опухолей. К ним относят курение и другие формы потребления табака, особенности питания, эндогенные и экзогенные гормоны, потребление алкогольных напитков, профессиональные канцерогены, загрязнение воздуха, ультрафиолетовое излучение, ионизирующую радиацию, инфекционные факторы, наследственность.

Однако роль и степень влияния их на развитие различных злокачественных новообразований человека неодинакова. Так, курение табака является главной причиной развития рака легкого у мужчин, тогда как при раке молочной железы у женщин роль этого фактора незначительна, а по мнению некоторых авторов, играет даже защитную функцию. Аналогичным образом обстоит дело и с другими факторами риска: большое количество беременностей и родов профилактирует рак молочной железы и повышает риск развития рака шейки матки, а прием тамоксифена снижает риск рецидива рака молочной железы, но повышает опасность развития рака эндометрия. Поэтому необходимо установить свой перечень факторов риска для каждой злокачественной опухоли.

В настоящее время известны основные факторы риска при многих злокачественных новообразованиях, например: рак молочной железы: возраст, рак молочной железы в семейном и личном анамнезе, гиперэстрогения (раннее менархе, поздняя менопауза, заместительная гормонотерапия/оральные контрацептивы); отсутствие родов; первая беременность после 30 лет; питание и образ жизни (ожирение, злоупотребление алкоголем); воздействие ионизирующего излучения до 40 летнего возраста; предшествующие доброкачественные и пограничные изменения в молочной железе (рак *in situ*, атипическая гиперплазия, радиальные рубцы).

Нами изучен такой фактор риска, как пол первого ребенка. Проанализировано 552 случая заболевания РМЖ. У 90% женщин первый или единственный ребенок - девочка. Однако у всех опрошенных одновременно действовало несколько факторов, из которых отмечено взаимное влияние. Таким образом, пол первого ребенка в изолированном варианте не влияет на частоту и тем более темпы развития РМЖ, хотя в совокупности факторов риска может быть расценен как комплекс их проявления гиперэстрогения.

7. ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ РАННИХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРАКТИКЕ МАММОЛОГА

Чаплинская Н. – 5 курс

Научный руководитель – к.м.н. А.А. Мельников

Одной из актуальных проблем рака молочной железы является распознавание его на ранних стадиях развития процесса. Нами проведен анализ результатов секторальных резекций молочной железы по поводу узловых образований у 3623 женщин, находящихся на лечении в Амурском областном онкологическом диспансере в период 1997 -2005 гг. Возраст больных: до 20 лет - 228, 21 - 29 лет - 612, 30 - 39 лет - 941, 40 - 49 лет - 1188, 50 -59 лет - 413, 60-69 лет - 217, 70 лет и старше - 24. После стандартного обследования молочных желез у 2065 больных был поставлен диагноз фиброзно-кистозной мастопатии, у 941 - фиброаденомы, у 242 - кисты, у 231 - липомы, у 72 - внутрипротоковые папилломы, у 39 - атеромы, у 33 - экзема соска, хроническое воспаление, галактоцеле. Всем больным была выполнена секторальная резекция молочной железы. При гистологическом исследовании материала, диагноз доброкачественного процесса молочной железы был подтвержден у 3511 женщин. У трети из этих женщин мастопатия с тяжелой степенью дисплазии. Однако у 112 женщин был установлен рак молочной железы, что составляет 3,1% ко всем оперированным больным. По возрасту больные раком молочной железы распределились следующим образом: до 29 лет - 3 человека, 30 - 39 лет -34 человека, 40 - 49 лет - 52, 50 - 59 лет - 12, 60 - 69 лет - 10, 70 лет и старше - 1. Из 2065 больных, оперированных по поводу узловой фиброзно-кистозной мастопатии, рак установлен в 3,58%, из 941 больных фиброаденомой в 2,56%, из 72 больных с внутрипротоковыми папилломами в 5%, из 231 больных с липомой молочной железы в 8,3%. Оценка морфологической структуры опухоли показала, что среди "минимальных" раков молочных желез встречаются практически все гистологические типы рака. Проведенные исследования доказали эффективность использования «тройного негативного диагностического теста» для оценки образования, пальпируемого в молочной железе, который отражает комбинацию не вызывающих подозрений на рак результатов осмотра и пальпации, цитологического исследования и маммографии. Когда все три теста негативны, вероятность, что образование в молочной железе является злокачественным, снижа-

ется до 1%. Если хотя бы один из перечисленных диагностических тестов оказывается подозрительным, необходима *эксцизионная биопсия*. Срочное микроскопическое исследование замороженных срезов из материала секторальной резекции остается наиболее достоверным диагностическим методом. По данным J. Rosai, при срочной биопсии доля ложно-положительных результатов равна нулю, ложно-отрицательных – менее 1 %, количество отсроченных диагнозов около 5 %. Для того чтобы избежать диагностической ошибки при срочном гистологическом исследовании, необходимо шире использовать, так называемый, *отсроченный диагноз*. Это означает, что при малейшем сомнении в диагнозе при срочном гистологическом исследовании клиническому патологу необходимо эти сомнения довести до сведения оперирующего хирурга. Если в результате дополнительного исследования будет выявлен доброкачественный процесс, то секторальная резекция будет диагностической и лечебной процедурой. Если же будет выявлено злокачественное новообразование, пациентке будет произведено радикальное оперативное вмешательство. Очень полезным нередко бывает *интраоперационное цитологическое исследование мазков-отпечатков*, и некоторые клинические патологи его используют наряду с анализом замороженных срезов. Важное дифференциально-диагностическое значение имеет *макроскопическое изучение материала*, полученного при секторальной резекции. В ряде случаев микроскопическое строение некоторых доброкачественных пролиферативных процессов и карцином имеет значительное сходство (например, склерозирующий аденоз и скirroзный рак) и только макроскопическая картина имеет решающее значение для диагноза.

8. КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Канюшкина Е. – 6 курс

Научный руководитель – доц. О.В. Лысенко

Меланомы кожи являются уникальной опухолью в клинической онкологии, способной демонстрировать редкое многообразие клинического течения. Несмотря на определенные успехи, достигнутые за последние годы в лечении меланомы кожи, общие результаты 5 – летней выживаемости больных остаются невысокими и в значительной степени распространения опухолевого процесса у пациентов на момент регистрации заболевания, т.е. от своевременной адекватной диагностики. В настоящее время точность клинической диагностики первичных меланомы кожи у врачей общего профиля составляет только 37%. В основном преобладает гипердиагностика, причем, наибольшее число ошибочных диагнозов имеет место при «тонких», поверхностно – распространяющихся опухолях.

Согласно нашим наблюдениям, у 45,6% больных меланомой кожи I стадии заболевания по Сильвену к началу лечения уже имеют место клинически не определяемые (скрытые) транзитные и/или регионарные, и/или отдаленные метастазы. Кроме того, у 5,4% пациентов после широкого иссечения первичной опухоли возникают ее местные рецидивы. Таким образом, практически у половины больных первичной меланомой кожи после, казалось бы, радикального хирургического лечения со временем возникает то или иное прогрессирование заболевания.

Еще 10 – 15 лет тому назад меланомы кожи считались одной из самых злокачественных опухолей человека с непредсказуемым прогнозом заболевания. Однако за последние годы мнение о меланоме, как об опухоли с непереносимым фатальным исходом, не подтверждается. Очевидно, это положение объясняется, прежде всего, реализацией возможностей ранней своевременной диагностики первичных меланомы кожи, что, в свою очередь, приводит к улучшению прогноза заболевания. Так, нами получены данные о том, что при I уровне инвазии первичной опухоли по Clark результаты 5 – летней выживаемости пациентов после радикального хирургического лечения составляют 100%, а при ее толщине по Breslow до 1,0 мм включительно – 95%.

Выделяют следующие клинические варианты течения у 49 в клинике ООД:

Узловая меланомы – 10 пациентов

Поверхностно – распространяющаяся меланомы – 15 пациентов

Злокачественная лентиго – меланома – 12 пациентов
Акральная лентигозная меланома – 10 пациентов
Лентигозная меланома слизистых оболочек – 2 пациента

Исходя из вышеизложенного, становится очевидной необходимость своевременного и адекватного обследования пациентов с подозрением на меланому кожи. Главными задачами такого обследования являются:

- Подтверждение (верификация) диагноза «меланома кожи»;
- Ранняя диагностика первичных меланом кожи на стадии «дометастазирования», т.е. выявление опухолей при I уровне их инвазии по Clark и при их толщине не более 1,0 мм по Breslow;
- Определение степени местного распространения меланом кожи.

9. РОЛЬ ДУКТОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Княлян С. – 6 курс

Научные руководители: к.м.н. А.А. Власов, к.м.н. О.Е. Федик

Дуктография — рентгенологическое исследование, производимое после введения контрастного вещества в млечные протоки. Эта методика применяется главным образом при сецернирующих молочных железах, когда природу выделений с помощью простых, клинических методов исследования и обычной маммографии выявить не удастся. Причиной сецернирования чаще всего являются мастопатия, внутрипротоковая папиллома, папилломатоз и рак. Выделения из соска нередко являются единственным признаком начинающегося внутрипротокового рака. Цвет и характер сецернируемой жидкости не имеют абсолютного диагностического значения, поэтому дуктографию необходимо проводить всем больным с сецернирующей молочной железой. Дуктография особенно показана при кровянистых выделениях из соска, как правило, свидетельствующих о внутрипротоковом пролиферативном процессе — папилломе, папилломатозе или раке. По данным АООД в 31% всех кровотокающих желез причиной выделений является внутрипротоковый рак.

Противопоказанием к дуктографии является острый воспалительный процесс, а также обнаружение при пальпации в области выводного протока пальпируемой опухоли. Дуктография позволяет оценить состояние протоков (их калибр и направление, а также контуры), дает возможность выявлять внутрипротоковые пролифераты (папилломы или рак), позволяет судить о локализации, размерах и форме опухоли. Контрастная маммография облегчает проведение диагностической биопсии, делает ее более точной, направляя хирурга непосредственно к патологическому очагу.

Основные признаки заболеваний молочных желез: дефект заполнения округлой и овальной формы, ампутация, деформация протоков, их сужение или расширение, неровность контуров, смещение протока с хаотичным расположением более мелких ветвей, ригидность пораженного сегмента протока. При доброкачественных опухолях — папилломах — дефект заполнения округлой или овальной формы с четкими, но не всегда ровными контурами. Внутрипротоковый рак характеризуется дефектом заполнения с нечеткими и неровными контурами. Дефект заполнения обычно располагается не далее ветвей третьего порядка, на расстоянии не более 2 см от соска, нередко наблюдается одновременное поражение нескольких протоков. Чаще всего дефект заполнения располагается центрально, но иногда он занимает краевое положение. Нередко возникает супрастенотическое расширение протока. В отличие от бесконтрастной маммографии, при которой семиотика доброкачественных и — злокачественных опухолей довольно специфична, на дуктограммах в большинстве случаев можно лишь выявить морфологический субстрат изменений, не решая вопроса о его добро- или злокачественности. Учитывая это, дуктографию следует сочетать и дополнять другими диагностическими методами, главным из которых является пункционная, инцизионная или эксцизионная биопсия. При продолжающихся выделениях из соска и отрицательных данных дуктографии ее следует производить

повторно с целью раннего выявления внутрислизистых образований. Дуктографию производят всегда в комплексе с бесконтрастной маммографией. Кроме диагностического значения, она в части случаев позволяет определить объем необходимого хирургического вмешательства. Осложнения редки, иногда возникает разрыв стенки мелкого протока с экстравазацией контрастного вещества.

10. К ВОПРОСУ РАКА ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Сатыр Н.А. – клинический ординатор

Научный руководитель – к.м.н. А.А. Мельников

В настоящее время возникла новая проблема, порожденная хирургией – проблема рака оперированного желудка. Начиная с 10-летнего периода после резекции желудка, нарастает частота рака оперированного желудка у лиц, перенесших в прошлом резекцию желудка по поводу, как рака, так и язв различной локализации. Основным методом лечения рака оперированного желудка следует считать хирургический – экстирпацию остатка резецированного желудка, резекцию пищеводно-кишечного и пищеводно-желудочного анастомозов.

Задача исследования

Анализ опыта выбора лечебной тактики и проведение сравнительной оценки отдаленных результатов лечения пациентов с рецидивом рака желудка (РРЖ) и раком культи желудка (РКЖ).

Материал и методы

С целью изучения лечебной тактики и отдаленных результатов лечения пациентов с РРЖ и РКЖ (24 чел.) проводилась выборка по районам Амурской области учетных форм, находящихся в организационно-методическом кабинете ГЛПУ Амурского областного онкологического диспансера и изучение первичной медицинской документации.

Результаты исследования

РРЖ в подавляющем большинстве проявлялся дисфагией, болями и в 6 случаях выявлен при контрольном эндоскопическом исследовании. Средний возраст пациентов с РРЖ составил 68, 2 года (14 чел.). Для сравнения средний возраст больных с РКЖ 56,9 лет (10 чел.). В 50 % случаев РРЖ возникал при III стадии заболевания, в 35,7 % при II стадии, в 7,1 % при I стадии. РКЖ был определен как III стадия у 30 % пациентов, реже (20 %) как II и IV стадия и в 10 % случаев как I стадия. В 42,8 % случаев рецидив РЖ подтвержден цитологически (различной степени дифференцировки аденокарциномы, «клетки рака» и недифференцированный рак). При раке культи желудка цитологическое заключение дано только в 30 %. По данным морфологического исследования рецидивного РЖ преобладал диффузно-инфильтративный и язвенно-инфильтративный характер роста опухоли. Аденокарцинома выявлена у 3 больных, недифференцированный рак у 2, перстневидноклеточный рак у 1. В случаях рака культи желудка преобладали низкодифференцированные аденокарциномы. В ГЛПУ Амурской области по поводу внутриорганных рецидивов РЖ получили лечение 14 больных, из них после субтотальной резекции желудка по Бильрот-1 – 8; по Бильрот-2 – 4; гастрэктомии – 2. Выполнены 4 экстирпации культи желудка, 1 гастрэктомия, 3 пациента получили от 1 до 8 циклов мхт и пхт, симптоматическое лечение – 4; и отказались от предложенного лечения – 2. Рецидив РЖ развился после гастрэктомии в срок 2-6 лет, субтотальной резекции по Бильрот-1 – в срок менее 1 года у 1 пациента, от 1 до 3 лет у 3 (в одном случае имел место отдаленный метастаз в Вирховскую железу), через 3 года у 4 пациентов. Максимальный срок развития рецидива РЖ составил 36 лет. После субтотальной резекции желудка по Бильрот-2 рецидив РЖ развился в сроки до 2 лет у 2, по одному случаю до 3 и 4 лет.

При поздних (более 2 лет) рецидивах РЖ оперативное лечение (экстирпацию ПКА, культи желудка) удавалось выполнить чаще, чем при ранних рецидивах. При раке культи желудка в 2 случаях отмечена диссеминация опухолевого процесса (метастазы в печень). И только в одном случае рака культи желудка стало возможно комбинированное лечение (операция экстирпации культи желудка+пхт). Из 24 больных, прослеженных после

лечения по поводу рецидива и рака культи желудка более 5 лет прожили 15. Летальность при рецидиве РЖ составила 35%, при раке культи желудка 30%, поскольку хирургическая активность по поводу рака культи желудка составила 10%, а при рецидиве – 35,7%.

Выводы:

Рецидивы рака в оставшейся части желудка чаще всего являются следствием недостаточно высокого уровня резекции из-за недоучета особенностей распространения рака по желудочной стенке за пределы видимой опухоли.

Наиболее частой локализацией раннего рецидива РЖ является зона анастомоза, в случае позднего рецидива чаще всего поражаются остаток малой кривизны и стенки или кардиальный отдел оставшейся части желудка.

Высокий показатель резектабельности рецидивного РЖ отмечен после резекции желудка по Бильрот – 2 с передиободочным анастомозом на длинной петле.

Наиболее неблагоприятный прогноз имели больные после гастрэктомии, что объясняется изначально более злокачественным течением опухолевого процесса.

Проведенное исследование убедительно доказывает необходимость активной профилактики злокачественных новообразований и лечебной тактики при лечении больных с РРЖ и РКЖ.

11. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН В АМУРСКОМ РЕГИОНЕ

Мальшева О. – 5 курс

Научный руководитель – к.м.н. А.А. Мельников

Рак молочной железы у мужчин хотя и относительно редкое заболевание (1 – 2 % от числа этих опухолей у женщин), но по злокачественности течения «мужской» рак не уступает «женскому», а иногда и превосходит его. При ежегодном выявлении в США около 900 новых случаев злокачественных опухолей каждый из 30 тыс. хирургов общей практики может увидеть рак молочной железы у мужчин только 1 раз в 33 года, т. е. за всю свою профессиональную деятельность. В связи с тем, что эта патология недостаточно хорошо известна врачам общего профиля, но имеет тенденцию к постоянному увеличению, задача нашего исследования состояла в изучении клинических и эпидемиологических особенностей рака молочной железы у мужчин в Амурском регионе с целью повышения онкологической настороженности врачей ЛПУ. Клинические наблюдения проведены у 15 мужчин, страдающих раком молочной железы из 342 обратившихся за помощью в Амурский областной онкологический диспансер за период 1995-2004 годы. Все обследованные родились и постоянно проживают на территории Амурской области. Диагноз устанавливался на основании объективных данных, дополнительных методов обследования, которые включали в себя рентгенологическую и ультразвуковую маммографию и обязательную цитоморфологическую верификацию. Заболеваемость раком молочной железы по районам изучалась по учетной форме 030-6/У, данным переписи населения 2002 года.

Из 342 осмотренных мужчин у 4,4 % (15 человек) был верифицирован рак молочной железы. В северной зоне рак молочной железы выявлен в 6,7 % случаев, в переходной в 20 %, а в южной в 73,3 % случаев. По мнению Р.А. Тодуа (1980), рак молочной железы у мужчин развивается медленно, поэтому они позже обращаются к врачу. У наблюдавшихся нами больных анамнез был коротким – от 6 месяцев до 2 лет. У мужчин рак молочной железы в основном встречался на 6-й декаде жизни. Однако заболевание может наблюдаться и у лиц молодого возраста. Из 15 мужчин, больных раком молочной железы, проходивших лечение в онкологическом диспансере, в возрасте 30 – 39 лет было 6,7 %, 40 – 49 лет – 13,3 %, 50 – 59 лет – 46,6 %, 60 – 69 лет – 26,6 %, 70 – 79 лет – 6,7 %. При анализе общей группы больных раком молочных желез средний возраст составил $55,6 \pm 2,5$ года. Средний возраст пациентов южной зоны составил $54,73 \pm 3,2$ года, переходной – $55,67 \pm 5,1$ года, а в северной зоне к моменту диагностики рака молочной железы – 56 лет. Методом анкетирования определен средний возраст матери

при рождении сына, у которого в последствии развился рак молочной железы ($27,4 \pm 1,24$ года). Мы отметили следующие особенности: мужчины с раком молочных желез начинали половую жизнь в 19 – 20 лет и старше. В структуре преморбидных заболеваний, преобладающих у мужчин с раковой опухолью молочной железы, на первом месте нами отмечена урологическая патология (53,3 %), на втором травма молочной железы (20 %), на третьем черепно-мозговая травма (13,3 %). У 20 % мужчин со злокачественной опухолью в молочной железе имел место одноименный рак по женской линии. Характерным в клиническом течении рака молочной железы является почти полное отсутствие болевого синдрома – 73,3 %. Основной жалобой, с которой наши больные обращались к врачу, было наличие уплотнения в молочной железе.

У больных мужчин раком молочной железы опухоль определялась чаще справа (60 %), слева несколько реже (40 %), что является особенностью течения этой патологии в Амурской области, т.к. имеющиеся в литературе сведения указывают на преимущественное поражение левой молочной железы. Самостоятельно обнаружили пальпируемый подмышечный лимфатический узел 20 % мужчин. А по результатам гистологического исследования препаратов молочных желез 60 % обратившихся больных имели метастазы в регионарные лимфатические узлы. Таким образом, 1 – 2А стадия заболевания была у 40 % больных, 2Б стадия – у 26,7 %, 3А стадия – у 20 %, 3В стадия – у 13,3 %. В имеющихся публикациях сообщается, что 1 – 2 стадии составляют 5,6-35,2 %, 3 стадия – 21,1-30,3 %, 4 стадия – 36,4-38 %. А в наших наблюдениях обращает на себя внимание высокий удельный вес больных с 1 – 2а стадией заболевания, более низкий – со 2б – 3б стадией и полное отсутствие пациентов с 4 стадией болезни. Наряду с преобладанием низкодифференцированных форм рака молочных желез у мужчин средней и южной зоны в 9,1 % случаев обнаруживались выделения из левого соска (Рис. 3.), что укладывалось в клиническую картину рака Педжета (подтвержден гистологически, рис. 2.), который по наблюдениям W. Ding et al. (1981), D.C. Desai et al. (1996) составляет 1 % от всех случаев рака молочной железы у мужчин. Возраст в данном случае был значительно ниже среднего возраста мужчин с данной патологией. Полагаем, что проведенные клинические исследования лишней раз подтверждают актуальность проблемы и помогут повысить онкологическую нестроженность многих врачей. На настоящее время возникла необходимость об осведомлении мужского населения о возможности развития рака молочной железы у мужчин, поскольку данная нозология в Амурской области вышла из разряда редких.

12. ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Юркова Н. – клинический ординатор

Научный руководитель - к.м.н. А.А. Мельников

Неуклонный рост заболеваемости и смертности от РМЖ диктует необходимость поиска новых оптимальных критериев выбора лечебной тактики. Особенно актуальна эта проблема в отношении пациентов с местно-распространенным РМЖ, поскольку к моменту лечения 10-48,6% женщин имеют местно-распространенный опухолевый процесс, а результаты 5-летней выживаемости после комбинированного и комплексного лечения составляют 34-84%. В связи с этим задача нашего исследования состояла в обобщении опыта выбора лечебной тактики и проведении сравнительной оценки отдаленных результатов лечения местно-распространенного РМЖ.

Проанализировано 137 амбулаторных карт и историй болезни женщин с местно-распространенным РМЖ, прошедших обследование и лечение в Амурском областном онкологическом диспансере в 2000 году. *1-ю группу* составили пациентки, которым выполняли только хирургическое лечение (2 человека). *Во 2-ой группе* больные получали комбинированное лечение, которое состояло из неoadьювантной лучевой терапии с хирургическим лечением (24 человека). *Больным 3-й группы* выполняли комплексное лечение, но без предоперационного этапа (всего 26 человек). *4-ю группу* составили больные, которым выполняли комплексное лечение с предоперационным этапом (62 человека). *В 5-й группе* больным выполнялись только консервативные мероприятия, включавшие в себя лучевую, химиотерапию или наблюдение (23

чел.) Максимальное число пациенток с местно-распространенным РМЖ отмечено в следующих возрастных группах: 40-49 лет (30%) и 50-69 лет (52%). Средний возраст пациенток 1-ой группы составил 60 лет, 2-ой группы - 53 года, 3-ей группы - 55 лет, 4-ой группы - 62 года, 5-ой группы - 50 лет. Рассматривая структуру заболеваемости в разрезе «сельское – городское население» выявлено преобладание местно-распространенного РМЖ среди городских женщин: городские 84 (61%) человека, сельские 53 (39%) человека. Но, тем не менее, с учетом данных переписи населения за 2002 год заболеваемость среди сельского женского населения выше и составляет 34,4%, а городского - 26,8%. Это обусловлено тем, что сельских женщин в Амурской области более чем в 2 раза меньше городских (313 132-городские, 154 229- сельские). По размеру и/или местному распространению первичной опухоли преобладают пациентки с критерием T₂ (80 человек -58,4%) и с критерием T₃ (33 человека -24,1%). В 103 случаях (75,2%) отмечено отсутствие метастазов в регионарные лимфоузлы. В 24,8% случаев выявлено наличие регионарных метастазов, из них в 88,8% случаев более чем в одной группе лимфоузлов, как правило, в подмышечных, подключичных и надключичных (N3) или в виде конгломератов. 1-ая группа пациенток представлена в обоих случаях I стадией заболевания. Им была выполнена органосохраняющая операция (радикальная мастэктомия по Пейти). Во 2-ой группе в 83,3% пациентки с T₂N₀M₀ (II А стадия) и по 2 случая пациентки с I стадией и II Б стадией местно-распространенного РМЖ. Более интересные в плане клинического изучения и лечения пациентки III и IV групп, которым было выполнено комплексное лечение с и без предоперационного этапа, они представлены практически всеми стадиями местно-распространенного РМЖ. Анализ общей 5-летней выживаемости в зависимости от характера лечения выявил следующее: в I группе больных, которые получили только хирургическое лечение он составил 100%. У II группы пациенток с неoadьювантной терапией и хирургическим лечением из 24 человек через 5 лет живы 23 человека и показатель общей 5-летней выживаемости составил 96%. У женщин с МРРМЖ, в план лечения которых входили лучевая терапия, операция, химиотерапия из 26 человек через 5 лет живы 22 человека, что составило 85%. Следует отметить, что этот показатель несколько ниже, чем в предыдущей группе, тогда как общий показатель одногодичной безрецидивной выживаемости у них одинаков. Показатель 5-летней выживаемости в группе больных с химиолучевым неoadьювантным лечением составил 64,5%, это, как правило, пациентки с отечными формами РМЖ. Показатель общей 5-летней выживаемости в группе пациенток с комбинированным лечением МРРМЖ с и без предоперационной терапией варьирует в пределах от 72,7% до 96,2%. Наши исследования показали, что эффективность предоперационной химиотерапии не уступает (но и не превосходит) результаты адьювантной химиотерапии. Показатели безрецидивной и общей выживаемости были одинаковыми для обеих групп. При проведении предоперационной химиотерапии полный эффект был зарегистрирован у 30% больных, частичный - 45%, стабилизация - у 20% и прогрессирование - 5%. При морфологическом исследовании у 13% больных была подтверждена полная резорбция опухолевой ткани. Радикальная мастэктомия по Холстеду произведена 22 больным (19,3%), а на долю радикальных мастэктомий по Пейти и Маддену приходится 68 (59,6 %) случаев. Максимальные показатели 5-летней выживаемости наблюдались в группе пациенток, которым выполнялись радикальные мастэктомии по Пейти и Маддену - 92,4 % и 100 %. Таким образом, полученные данные указывают на обязательность оперативного пособия после эффективного неoadьювантного воздействия.

Терапия—2

Научный руководитель: проф. д-мн . Ю.С. Ландышев
Председатель: Кондрашова Е. – 4к.
Секретарь: Гладун Е. – 5к.

1. ВЛИЯНИЕ СОЦИОЭКОНОМИЧЕСКИХ, ЭКОЛОГИЧЕСКИХ И КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Кондрашова Е.- 6к.

Научный руководитель: асс. Чапленко Т.Н.

Химические, транспортные и радиактивные выбросы постоянно загрязняющие атмосферу, почву, продукты питания, обладающие выраженной сенсибилизирующей способностью, способствуют росту заболеваний, обусловленных нарушениями в системе иммунитета, в первую очередь аллергических болезней.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния факторов окружающей среды на клинико-эпидемиологические особенности и распространенность аллергических заболеваний в Амурской области.

Для оценки распространенности аллергопатологии (бронхиальной астмы и аллергического ринита) проведено эпидемиологическое исследование. Полученные результаты сопоставлены с официальной статистикой, данными статистических отчетов. Произведен анализ загрязненности воздуха, воды и почвы, распространенности паразитарных инфекций в г. Благовещенске за последние три года. Оценивалась корреляционная связь экологических, климатогеографических факторов, заболеваемости паразитарной инфекцией с распространенностью аллергопатологии.

По результатам исследований распространенность аллергического ринита и бронхиальной астмы составила 10 и 4,5% соответственно. Указанные цифры превышают данные официальной статистики в 10 раз и ниже чем среднероссийские показатели. Устойчивые тенденции роста аллергопатологии наблюдаются наряду с ростом загрязненности воздуха диоксидом азота, оксидом углерода, формальдегида и заболеваемости паразитарными инфекциями.

2. ЦИРКАДИАНЫЕ РИТМЫ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Довгалюк В., 6 к.

Научный руководитель: к.м.н. Кострова И.В.

В большинстве проведенных эпидемиологических исследований показан неуклонный рост заболеваемости и смертности от хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), как в развитых, так и в развивающихся странах (Краснова Ю. Н. и др., 2006). Медико-социальная значимость ХОБЛ обусловлена преобладанием среди больных лиц трудоспособного возраста, а также неуклонным прогрессированием заболевания, приводящего к ранней инвалидизации и летальности (Чучалин А. Г., 1998; Кокосов А. Н., 2002).

Изучение циркадианных ритмов дыхания проводилось на базе специализированного пульмонологического отделения АОКБ. В зависимости от степени тяжести заболевания пациенты были распределены на 4 группы. I группа включала пациентов с легкой степенью тяжести заболевания. II группа пациентов состояла из больных со среднетяжелым течением ХОБЛ. III группу составили пациенты с тяжелым течением ХОБЛ. В IV группу были включены паци-

енты с крайне тяжелым течением ХОБЛ. В качестве контроля использовались данные общепринятых нормативов, а также показатели, полученные в контрольной группе, которая была сформирована из 15 практически здоровых лиц.

Функцию внешнего дыхания оценивали при помощи спирографа «Fucuda» (Япония) 4 раза в сутки (в 06.00, 12.00, 18.00 и 24.00) двое суток подряд. Для оценки параметров суточных ритмов медикобиологических показателей использовался косинор-анализ, предложенный Halberg F. (1969).

У 80% здоровых лиц наибольшие объемы ОФВ₁, ПОС регистрировались в дневное время, а наименьшие – в утреннее. ЖЕЛ и ФЖЕЛ были максимальными в дневное время суток, а минимальными ночью. Минимальная проходимость крупных бронхов регистрировалась в 6.00 и 18.00, средних бронхов – в 6.00 и мелких – в 12.00. Акрофаза проходимости крупных и средних бронхов отмечалась в дневные часы, а мелких – в вечернее время.

У 20% здоровых лиц акрофаза большинства спирографических показателей (ОФВ₁, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ПОС, МОС₂₅ и МОС₅₀) регистрировалась в вечернее время.

Таким образом, у здоровых лиц выявлено 2 типа биологических ритмов дыхательной системы – дневной и вечерний. Дневной тип являлся преобладающим. Синхронизации спирографических показателей не отмечалось.

У больных с легким течением ХОБЛ в 41,2% случаев регистрировался дневной тип биоритма респираторной системы с акрофазами спирографических показателей с 12.00 до 18.00, в 35,3% – вечерний и в 23,5% – утренний тип биоритма с акрофазами показателей функции внешнего дыхания в утренние часы. У 64,7% пациентов I группы отмечалась синхронизация всех спирографических показателей по времени.

В группе пациентов со средней степенью тяжести заболевания в 31,4% случаев регистрировался дневной тип, в 45,7% – вечерний и в 22,9% случаев – утренний тип биоритма респираторной системы. Совпадение типов биоритмов всех спирографических показателей наблюдалось у 69,0% обследованных II группы.

Больные тяжелой ХОБЛ также характеризовались тремя типами циркадианных ритмов функции внешнего дыхания: в 22,9% – дневной тип, в 40,0% случаев – вечерний и в 37,1% случаев – утренний тип. Типы биоритмов респираторной системы совпали у 86,2% больных.

У пациентов с крайне тяжелым течением ХОБЛ регистрировалось максимальное количество пациентов с утренним типом биоритма респираторной системы – 41,2% и по 29,4% случаев дневного и вечернего типа. Синхронизация биоритмов респираторной системы отмечалась у 90,9% пациентов.

Следовательно, при анализе индивидуальных параметров циркадианных ритмов функции внешнего дыхания у больных ХОБЛ выявлены три типа биоритмов респираторной системы – дневной, вечерний и утренний. У пациентов с легкой и средней степенью тяжести заболевания отмечалось незначительное различие в количестве пациентов с утренним типом биоритма. При нарастании степени тяжести заболевания доля пациентов с данным типом биоритма увеличивалась: при тяжелом течении – в 1,6 раз по сравнению с легким течением и в 1,7 раз при крайне тяжелом течении ХОБЛ.

У здоровых лиц не отмечалось синхронизации спирографических показателей в течение суток. При нарастании степени тяжести ХОБЛ наблюдалось увеличение доли пациентов с совпадением всех параметров функции внешнего дыхания.

Таким образом, при ХОБЛ происходят не только количественные, но и качественные нарушения вентиляционной функции легких, выражающиеся в патологических изменениях циркадианных ритмов респираторной системы. Выраженность изменений нарастает по мере утяжеления течения заболевания.

3. КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИ-

ЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Намаконова В.С. – V курс

Руководитель: к.м.н., асс. Уразова Г.Е.

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) по механизму развития и становления является многофакторным заболеванием, является одним из важнейших факторов риска ишемической болезни сердца, развития инфаркта миокарда, инсульта, хронической сердечной недостаточности и других осложнений. Так как АГ представляет собой заболевание, возникающее в результате взаимодействия нескольких патогенетических механизмов, в результате чего достигнуть целевого уровня АД невозможно при монотерапии. Поэтому необходимо отдавать предпочтение применению комбинированной терапии. При сочетании АГ и ишемической болезни сердца (ИБС) применение комбинированной терапии имеет дополнительное обоснование: гипотензивный эффект должен сочетаться с антиишемическим и антиангинальным действием. Широкое применение нашел комбинированный препарат Тенорик (атенолол 50 мг + хролгалидон 12,5 мг), оказывающий продолжительное гипотензивное действие. Но в настоящее время наиболее значимым является создание комбинированных антигипертензивных средств на основе антагонистов кальция, а именно производных дигидропиридина. Среди них амлодипин – антагонист кальция III поколения, характеризующийся доказанной эффективностью и безопасностью. Компанией «Ипка Лабораториз ЛТД» (Индия) создан новый фиксированный препарат Теночек (амлодипин 5 мг + атенолол 50 мг). Взаимодополняющий механизм действия амлодипина, снижающего общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) и атенолола, уменьшающего сердечный выброс, приводит к более выраженному гипотензивному эффекту и лучшей переносимости по сравнению с монотерапией, улучшая соотношение эффективность/побочные эффекты.

Целью исследования явилось сравнительное изучение эффективности и безопасности применения препаратов Теночек и Тенорик у больных АГ I – II ст. в сочетании с ИБС.

Материалы и методы. Для изучения гипотензивной и антиангинальной эффективности данных препаратов, было комплексно обследовано 29 больных АГ 1-2 ст. в сочетании с ИБС в возрасте от 47 – 64 лет. 17 больным был назначен Теночек в дозе 1 таблетка в сутки однократно в утренние часы. 12 пациентов получали Тенорик также в дозе 1 таблетка в сутки утром. ИБС была представлена стабильной стенокардией. Не допускалось наличия у больных вторичной или злокачественной АГ, острого инфаркта миокарда давностью менее 2 мес. Больным проводили оценку частоты приступов стенокардии напряжения и маршевую пробу (тест с 6-минутной ходьбой) в начале и в конце лечения. В качестве критериев оценки гипотензивного и антиишемического эффекта использовались следующие: а) достижение целевого уровня АД (< 140/90 мм рт. ст.); б) уменьшение числа приступов стенокардии в неделю; в) увеличение толерантности к нагрузке в тесте с 6-минутной ходьбой. Переносимость оценивалась на основании жалоб больных, по регистрации побочных эффектов и отклонений в лабораторных и инструментальных исследованиях. При отсутствии побочных эффектов переносимость расценивалась как «хорошая»; при незначительно выраженных побочных явлениях, не требующих коррекции дозы и отмены препарата, как «удовлетворительная»; при побочных эффектах, требующих отмены препарата, как «неудовлетворительная».

Результаты. В результате лечения Теночеком, нормализация уровня АД (<140/90 мм рт. ст.) при ежедневном измерении имела место у 15 больных (88%). Также отмечался клинически значимый и сопоставимый антиангинальный эффект. Частота ангинозных приступов напряжения достоверно уменьшилась более чем в 3 раза; по результатам 6-минутного теста с ходьбой отмечено сопоставимое увеличение дистанции ходьбы на 7% и уменьшение потребности в нитроглицерине. У 2 пациентов (12%) – снижение АД не привело к нормализации, что потребовало назначение дополнительной гипотензивной терапии, либо удвоению дозы препарата. При назначении Тенорика, нормализация АД – имела место у 7 пациентов (58%), 5 пациентам (42%) – возникла необходимость назначения гипотензивного препарата – амлодипина в дозировке (2,5 – 5 мг в сутки). Клинически значимый и сопоставимый антиангинальный эффект наблю-

дался и в этой группе больных, но в меньшей степени выраженности. Частота приступов стенокардии достоверно уменьшилась в 2 раза; по результатам 6-минутного теста с ходьбой отмечено сопоставимое увеличение дистанции ходьбы на 6% и уменьшения потребности в нитроглицерине.

Выводы. Комбинированные препараты Теночек и Тенорик, содержащие полные терапевтические дозы амлодипина и атенолола в первом случае, и атенолола с хлорталидоном во втором - являются высокоэффективным в лечении пациентов с АГ в сочетании с ИБС. Эффективность Теночека у больных с АГ в сочетании с ИБС превосходит Тенорика по данным клинических и инструментальных исследований. По-видимому, это объясняется взаимодополняющим механизмом действия амлодипина, снижающего ОПСС и приводящему к более выраженному гипотензивному эффекту.

4. ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫХ МИКРОСОСУДОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕРИОДЕ ОБОСТРЕНИЯ

Крицкая А. Е., Лобанова Е. А., Лебедева Ю. В. – 6 к.

Научный руководитель: к.м.н. Е. С. Кравец

Актуальность исследования обусловлена не только широкой распространенностью бронхиальной астмы (БА) среди всех возрастных групп населения, но и низким уровнем контроля за течением заболевания (Н. А. Геппе 2006; Ю. С. Ландышев 2006; D. A. Groneberg, et al. 2006). Система эндобронхиальной микрогемодикуляции у больных БА имеет основополагающее значение в развитии и прогрессировании патологического процесса (Н. Kanazawa et al., 2002; R. M. Pascual et al., 2005; J. Wilson, 2006). **Целью** нашего исследования явилось изучение морфологической структуры сосудов микрогемодикуляторного русла слизистой оболочки проксимальных отделов бронхов в зависимости от тяжести течения БА. **Материалы и методы:** изучены 15 бронхобиоптатов больных с различным течением БА. зличной тяжести течения дов дисперсионного анализа Для стандартизации морфометрических измерений исследуемые группы были равнозначны по численности; таким образом, 5 бронхобиоптатов получены у больных БА легкого персистирующего течения (I группа), 5 – у пациентов со средней степенью тяжести заболевания (II группа), а также 5 – у больных тяжелой БА (III группа). Данные морфологического исследования были проанализированы с помощью световой и электронной микроскопии на базе кафедры гистологии ГОУ ВПО «Амурская ГМА Росздрава». Обработку биопсийного материала производили по методике J. J. Coalson,

V. T. Winteret et al. (1986). Полутонкие срезы, полученные на ультрамикротоме «LKB-NOWA», изучали, после окраски метиленовым синим. Микрофотографии изготовлены на микроскопе «NIKON microphot-FXA». Для выявления ультратонких срезов использовали классический метод двойного окрашивания цитратом свинца и уранилацетатом. Исследование и фотографирование ультратонких срезов проводили на электронном микроскопе JEM – 100CXII фирмы «Jeol», (Япония). Морфометрические исследования выполнены с использованием компьютеризированной измерительной программы «Морфометр» (в модификации д.м.н., профессора С. С. Целуйко и к.м.н. А. В. Прокопенко). **Результаты исследования:** у

пациентов I группы сосудистые нарушения микрогемодикуляции проявлялись начальными явлениями дистонии, главным образом, веноулярных отделов микроциркуляторного русла, в некоторых случаях отмечалась их очаговая дилатация. Сосуды характеризовались неравномерностью калибра за счет различий строения их стенок, в большинстве случаев последние были утолщены. Отмечался процесс новообразования сосудов, о чем свидетельствовало обнаружение значительного количества капилляров непосредственно под базальной мембраной. Эндотелиальные клетки набухали и выступали в просвет капилляров. У больных II группы помимо процесса новообразования сосудов и роста количества капилляров под базальной мембраной установлена явная редукция микрогемодикуляторного русла. В артериолах были отчетливо

заметны начальные явления ангиосклероза, установлено значимое сужение просвета артериолярного звена за счет гипертрофии стенок, венулы были расширены и полнокровны. Кроме того, сосудистые изменения включали выраженную дистонию сосудов посткапиллярного русла, на что указывала большая частота их извитости и неравномерности калибра. Внутрисосудистые изменения включали наличие сладж-феномена, главным образом в капиллярах и венулах. Ультраструктура эндотелиальных клеток характеризовалась мозаичностью и появлением дистрофических изменений. У больных III группы все звенья микроциркуляторного русла претерпевали грубые морфологические изменения. В подавляющем большинстве случаев имела место артериолярная дилатация, но стенки сосудов были утолщены, отечны, в них обнаруживались явления артериолита со структурными проявлениями микротромбообразования. В некоторых артериолах прогрессировали процессы склерозирования с развитием миоэластофиброза стенок сосудов. Капилляры и венулы были резко расширены, извиты, полнокровны. Отмечен выраженный застой и агрегация форменных элементов крови в просвете сосудов. Внутрисосудистые агрегаты различались по размеру и состояли из деструктивно измененных эритроцитов и тромбоцитов. Под базальной мембраной увеличивалось число кровеносных капилляров, толщина их стенок варьировала. Установлено дальнейшее прогрессирование микроваскулярной эндотелиальной дисфункции. Отмечалась деформация эндотелиоцитов и преобладание клеток с неправильными, булавовидными формами. На фоне очагового утолщения базальной мембраны капилляров наблюдалось ее истончение, а в некоторых случаях прерывистость. При морфометрическом анализе было выявлено, что общее количество микрососудов, а также абсолютное число артериол, венул и капилляров уменьшалось по мере нарастания тяжести течения БА и характеризовало процесс редукции микрососудов. Однако процент капилляров по отношению к общему количеству микрососудов, напротив, увеличивался, что указывало на формирование ангиогенеза. Кроме того, происходило достоверное повышение среднестатистических значений периметра и площади просвета всех звеньев микрогемодиализаторного русла, что подтверждало развитие вазодилатации. **Выводы:** таким образом, в слизистой оболочке дыхательных путей у больных БА в периоде обострения заболевания наблюдается значительная структурная перестройка всех звеньев микрогемодиализаторного русла с истощением компенсаторных возможностей клеток и развитием в них дистрофических процессов.

5. ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ ПРЕПАРАТОМ ЭПРЕКС

Юсупова А.В. – 6 курс

Руководитель: к.м.н., доцент Войцеховский В.В.

У многих больных гемобластозами анемия диагностируется уже на момент постановки диагноза. Частота этого осложнения значительно возрастает в процессе химиотерапии. Ранее для коррекции анемии широко использовались трансфузии эритроцитарной массы. В настоящее время, учитывая большое количество различных осложнений, показания к гемотрансфузиям ограничены. Трансфузии эритроцитсодержащих сред являются ведущим средством лечения острой анемии, сопровождающейся тяжелыми клиническими проявлениями. Но во многих ситуациях у больных гемобластозами имеет место хроническая анемия с уровнем гемоглобина 90 – 110 г/л, при которой нет показаний для проведения трансфузии эритроцитарной массы. Однако такая анемия приводит к ухудшению качества жизни, особенно у пациентов пожилого возраста, имеющих сопутствующую патологию. Кроме того, в процессе проведения химиотерапии анемический синдром прогрессирует. Поэтому, в настоящее время, для коррекции анемии и предотвращения необходимости заместительных гемотрансфузий широко используются рекомбинантные эритропоэтины.

Исследована эффективность препарата эпрекс (epoetin alfa) в лечении анемии у больных гемобластозами, находившимися на лечении в гематологическом отделении Амурской областной клинической больницы. Препарат был назначен 13 больным с множественной миеломой (ММ), из них у 4 человек имела место хроническая почечная недостаточность, 10 пациентам с В-клеточным хроническим лимфолейкозом (В-ХЛЛ), 5 больным с индолентными лим-

фомами (ИЛ), 4 больным с диагнозом миелодиспластический синдром, рефрактерная анемия (МДС РА). У всех больных хроническими лимфопролиферативными опухолями уровень гемоглобина, на момент начала лечения эпрексом, составлял 60 – 100 г/л, у 3 больных МДС РА уровень гемоглобина был ниже 60 г/л. Эпрекс назначали в начальной дозе 10000 МЕ 3 раза в неделю, подкожно. Если через 4 недели лечения повышение уровня гемоглобина составляло не менее 10 г/л, по сравнению с исходным уровнем, доза препарата оставалась прежней. Если же уровень повышения гемоглобина составлял менее 10 г/л, дозу увеличивали до 20000 МЕ 3 раза в неделю. Терапия эпрексом проводилась до достижения уровня гемоглобина более 120 г/л, в среднем 8 недель. Пациентам, получавшим эпрекс, назначались препараты железа.

У всех пациентов с ММ после 1 – 2 месяцев лечения отмечено повышение гемоглобина более 120 г/л. Прирост уровня гемоглобина, у больных ММ, был стабильным, ни в одном случае не пришлось увеличивать дозу препарата. Положительный результат достигнут у всех больных ИЛ. В группе больных В-ХЛЛ результаты оказались худшими, анемия была купирована только у 5 больных, у 5 пациентов анемический синдром сохранялся. Эпрекс оказался неэффективен у больных с диагнозом МДС РА, ни в одном случае не отмечен необходимый прирост уровня гемоглобина.

Переносимость препарата хорошая. Из побочных эффектов отмечено повышение артериального давления у 2 пациентов, имевших в анамнезе артериальную гипертензию различной этиологии. У одного больного, в процессе лечения эпрексом, была диагностирована аллергическая реакция по типу крапивницы.

На основании проведенного исследования можно сделать следующее заключение. Эпрекс является эффективным препаратом для лечения анемии у больных хроническими лимфопролиферативными заболеваниями. Наилучший эффект достигнут у пациентов с ММ и индолентными лимфомами. Только у половины больных В-ХЛЛ, после терапии эпрексом удалось купировать анемию. В данном исследовании препарат оказался неэффективным у всех больных с МДС РА. Полученные нами результаты соответствуют данным литературы о значительной эффективности рекомбинантных эритропоэтинов у больных хроническими лимфатическими опухолями и отсутствии эффекта при миелопролиферативных заболеваниях (В.В. Птушкин, 2006; А.А. Масчан, 2006, Н.В. Жуков, 2006). При применении эпекса у больных ММ и ИЛ, значительно уменьшились показания к переливанию эритроцитсодержащих сред. У большинства таких больных имеет место тяжелый или средней степени тяжести анемический синдром. Ранее для лечения анемии приходилось применять трансфузии эритроцитарной массы. Постоянные гемотрансфузии способствовали развитию сенсibilизации и реакции непереносимости эритроцитсодержащих сред. В настоящее время для лечения анемии у больных ММ и ИЛ, в случае отсутствия тяжелых клинических проявлений анемического синдрома, при любых показателях эритроцитов и гемоглобина, эпрекс является препаратом выбора. Показаниями к трансфузиям эритроцитарной массы при ММ и ИЛ, в настоящее время являются угрожающие жизни клинические состояния (анемическая кома и прекома, снижение артериального давления, обусловленное анемией, анемическая энцефалопатия и т.д.), а также ситуации, когда нет возможности выжидать 1 - 2 месяца (проведение агрессивной химиотерапии, после которой прогнозируется развитие или усиление панцитопении, необходимость проведения оперативного вмешательства и т.д.).

6. НЕФРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТА ЛИЗИНОПРИЛ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Сивякова Е.А. – V курс.

Научный руководитель: к.м.н. Е.И.Смородина

У больных с хроническим гломерулонефритом (ХГН) и хронической почечной недостаточностью (ХПН) лечение направлено на замедление темпов прогрессирования патологического процесса в почках, воздействуя на процесс развития гломерулярной гипертензии, сопро-

вождающей прогрессирующим поражением эндотелия мезангия и эпителия, что в результате приводит к развитию гломерулосклероза.

Перспективные клинические исследования (*AIPRI, REIN*) показали, что применение ингибиторов АПФ позволяет на несколько лет замедлить прогрессирование почечной патологии на додиализной стадии (независимо от ее этиологии) и затормозить развитие терминальной почечной недостаточности у больных с уже существующей ХПН, так как ведущую патогенетическую роль в формировании артериальной гипертензии у таких больных играет активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.

В соответствии с этим в настоящее время ингибиторы АПФ составляют основу нефропротективной терапии.

Цель: изучение эффективности контроля артериального давления (АД) у больных ХГН и темпы прогрессирования ХПН при использовании ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) III поколения – лизиноприла (Даприла).

Было обследовано две группы больных. Первую группу составили 26 пациентов с различными морфологическими вариантами хронического гломерулонефрита, вторую - 46 больных на ранних стадиях хронического заболевания почек непосредственно до начала лечения лизиноприлом (Даприлом), через 3 и 6 месяцев непрерывной гипотензивной терапии.

В первой группе (ХГН) 34,6% были женщины, 61,5% - мужчины. Средний возраст обследованных составил 36,7 ± 4,5 лет. Мезангиопролиферативный вариант ХГН морфологически верифицирован у 12 (46,2%) больных, мембранозный вариант – у 1 (3,9%), мембранозно-пролиферативный – у 2 (7,7%) пациентов. Смешанная форма ХГН имела место у 11 (42,3%) больных, нефротическая – у 8 (30,8%), гематурическая – у 1 (3,8%), латентное течение ХГН наблюдалось у 6 (23,1%) пациентов. АГ I степени установлена у 11 (42,3%) пациентов, АГ II степени выявлена у 10 (38,5%) больных, АГ III степени зарегистрирована у 5 (19,2%) обследованных. Гипертрофия левого желудочка выявлена у 69,2% больных. Среднее систолическое артериальное давление (САД) при поступлении составляло 172,3 ± 12,3 мм рт.ст., среднее диастолическое артериальное давление (ДАД) – 98,7 ± 7,9 мм рт.ст. После 2-х недельного курса монотерапии лизиноприлом (Даприлом) у 84,6% больных отмечалось достоверное снижение уровня САД до 128,4 ± 9,6 мм рт.ст. ($p < 0,01$) и ДАД до 84,2 ± 5,1 мм рт.ст. ($p < 0,01$), у 4 (15,4%) пациентов, имевших тяжелую степень АГ, для достижения оптимальных значений АД потребовалось использование комбинированной гипотензивной терапии. Антипротеинурическое действие лизиноприла (Даприла) выявлено в 67,4% случаев, при этом отмечалось снижение исходного уровня суточной протеинурии с 1254,5 мг/л до 784,3 мг/л ($p < 0,01$). Побочные эффекты препарата не зарегистрированы. Таким образом, использование ингибитора АПФ лизиноприла (Даприла) у больных ХГН оказывает положительный нефропротективный и гипотензивный эффект.

Во второй группе основными заболеваниями, приведшими к развитию ХПН, явились: хронический гломерулонефрит – 43,8%, диабетическая нефропатия – 19,1%, врожденные и наследственные нефропатии – 17,2%, артериальная гипертензия – 10,1%, хронические тубулоинтерстициальные нефриты – 9,8%. По результатам обследования значение среднего систолического артериального давления (САД) при поступлении составляло 184,3 ± 6,1 мм рт.ст., среднее диастолическое артериальное давление (ДАД) – 102 ± 4,8 мм рт.ст. После 3-х месячного курса терапии лизиноприлом (Даприлом) у 92,3% больных отмечалось достоверное снижение уровня САД до 134,4 ± 3,2 мм рт.ст. ($p < 0,01$) и ДАД до 89,2 ± 4,7 мм рт.ст. ($p < 0,01$). Исходный уровень креатинина сыворотки крови до начала терапии составлял 152,3 ± 2,3 мкмоль/л, клиренс креатинина – 74,3 ± 1,2 мл/мин. Начальное снижение клиренса креатинина в первые 3 месяца терапии составило 1,6 мл/мин/мес, в течение последующих 3-х месяцев темпы снижения клиренса креатинина замедлились до 0,7 мл/мин/мес и оставались стабильными до окончания исследования. При проведении многофакторного регрессионного анализа были выявлены предикторы снижения выделительной функции почек, которыми явились уровень протеинурии и диастолического давления.

Выводы: таким образом, ингибиторы АПФ 3-го поколения (Даприл) снижают си-

ственным артериальное давление, значимо уменьшают внутриклубочковую гипертензию; уменьшают выраженность протеинурии, обладают нефропротективным действием, тем самым существенно замедляют темпы прогрессирования ХПН.

7. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ АГРАНУЛОЦИТОЗА

Шавилова К.Е.

Научный руководитель - Собко А.Н.

Современная терапия гемобластозов позволяет добиваться длительных и стойких ремиссий у многих больных с заболеваниями системы крови. Но этот результат достигается путем интенсификации курсов полихимиотерапии, часто путем проведения миелоаблативных режимов. При использовании таких протоколов возможно развитие многих осложнений, в первую очередь миелотоксического агранулоцитоза. Агранулоцитоз (снижение количества лейкоцитов $< 1,0 \times 10^9/\text{л}$, гранулоцитов $< 0,75 \times 10^9/\text{л}$) способствует возникновению серьезных инфекционных осложнений. Особенности пневмоний развившихся на фоне агранулоцитоза является их атипичное, тяжелое и затяжное течение, часто осложняющееся сепсисом и бактериально-токсическим шоком.

Изучены истории болезни 30 пациентов с нозокомиальными пневмониями, развившимися на фоне агранулоцитоза. В эту группу включены 20 пациентов с острыми лейкозами, 6 больных с множественной миеломой и 4 с неходжкинскими лимфомами. Для всех пневмоний характерным являлось преобладание их внелегочных проявлений над легочными. В большинстве случаев пневмония начиналась с повышения температуры тела, до $38 - 40^\circ\text{C}$. У всех больных отмечалось тахипноэ: в среднем частота дыхания составляла $31,8 \pm 5,0$ в 1 минуту. В тоже время только у 10 пациентов в период агранулоцитоза удалось выслушать мелкопузырчатые хрипы в зоне поражения. В остальных случаях при аускультации легких в зоне поражения выслушивалось только ослабленное дыхание. У большинства пациентов определялось притупление легочного звука над очагом поражения. Ни у одного из этих больных, в период снижения количества лейкоцитов менее $1,0 \times 10^9/\text{л}$, при рентгенологическом исследовании не удалось выявить инфильтративных или очаговых изменений. Диагноз пневмонии первоначально был выставлен только по клиническим проявлениям. У 15 пациентов воспалительный процесс в легких дебютировал развернутой клинической картиной бактериально-токсического шока. Возбудителями пневмоний у больных гемобластомами на фоне агранулоцитоза являлись: пневмококк, кишечная и синегнойная палочки, клебсиеллы, стафилококк. У 10 пациентов выявить возбудителя не удалось. В лечении, проводившемся по всем современным рекомендациям, кроме антибиотиков широкого спектра действия, ротивовоспалительной и дезинтоксикационной терапии, использовались препараты гранулоцитарного и гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующих факторов, при необходимости антимикотические препараты и т.д. При повышении уровня лейкоцитов более $1,0 \times 10^9/\text{л}$ состояние больных улучшалось: купировалась лихорадка, становились менее выраженными симптомы интоксикации, начинала отделяться мокрота и т.д. В тоже время, в данный период, в легких начинала появляться классическая аускультативная картина пневмонии (жесткое дыхание, влажные разнокалиберные хрипы) и определялась полисегментарная инфильтрация на рентгенограммах. Данный феномен объясняется значительным снижением количества нейтрофилов в период агранулоцитоза, в результате чего в легких не формируется плотный воспалительный фокус, дающий четкую физикальную и рентгенологическую картину. При увеличении количества нейтрофилов, в легких появляются проявления воспалительной клеточной реакции, характерная аускультативная и рентгенологическая картина пневмонии. У 10 пациентов констатирован летальный исход. Для микроскопической картины пневмонии на фоне миелодепрессии оказалось характерным отсутствие проявлений воспалительной клеточной реакции в легочной ткани из-за резкого уменьшения в циркулирующей крови нейтрофильных гранулоцитов. В легких преобладает экссудация, без формирования воспалительного вала. В альвеолах выявляли содержимое серозного характера в сочетании с разрастанием колониями микробов, реже мицелия грибов.

8. РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ 5-ГО И 6-ГО КУРСОВ ПО ПРО-

ФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ И УЧАСТИЮ В СНО КАФЕДРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЗА 2007 ГОД.

Лобанова Е. – 6 к.

Научный руководитель: проф. Т.А. Савинова.

Качественные результаты образовательного процесса, позволяющие повысить адаптированность выпускников к их жизнедеятельности как субъектов новой образовательной парадигмы «образование в течение всей жизни», включают не только рациональную профессиональную ориентацию, но и привлечение студентов к научно-исследовательской работе, повышающей качество образования.

Цель работы – изучение профессиональной ориентации студентов 5-го и 6-го курсов лечебного факультета АГМА и участия в СНО кафедры госпитальной терапии. Студентам была предложена специальная анкета, включающая пять разделов: более привлекательная клиническая дисциплина, будущая специальность, наиболее интересный раздел терапии, наиболее сложный раздел терапии, важность теоретических и практических вопросов терапии. В дополнение к предыдущим исследованиям в 2005 и 2006 годах в анкету нами добавлено еще два раздела: предложения по улучшению работы и недостатки работы СНО кафедры госпитальной терапии. Нами было опрошено по 50 респондентов 5-го и 6-го курсов за 2007 год. Параллельно мы провели устный опрос 210-ти студентов 5-го курса по профессиональной ориентации.

В первом разделе анкеты «более привлекательная клиническая дисциплина» у студентов 5-го курса преобладала хирургия (40%), у студентов 6-го курса – терапия (32%). Приоритетные места среди других дисциплин занимала психиатрия (до 8%).

При анализе результатов раздела «будущая специальность» большая часть студентов 5-го курса выбрала специальность акушера-гинеколога (16%), студенты 6-го курса – терапевта (20%).

Из представленных в анкете разделов терапии наибольший интерес вызвали у респондентов 5-го курса гастроэнтерология и неврология (по 34%), а у респондентов 6-го курса – гастроэнтерология (38%).

Наиболее сложной для изучения дисциплиной терапевтического профиля была признана у студентов обоих курсов клиническая фармакология (36% и 38% соответственно).

При оценке важности теоретических и практических проблем терапии все респонденты склонились к значимости практических проблем (до 80%).

Среди предложений по улучшению работы СНО кафедры госпитальной терапии все респонденты отдали предпочтение значимости демонстрационного материала (до 56%). Из демонстрационного материала значительная часть респондентов выделили демонстрацию больных. Среди других предложений студенты указали на необходимость использования примеров из врачебной практики, современных диагностических и лечебных технологий, разбора врачебных ошибок и привлечения практикующих врачей на заседания СНО. Также высказано желание улучшить техническое обеспечение кафедры госпитальной терапии демонстрационной аппаратурой.

Недостатками работы СНО кафедры госпитальной терапии, по мнению студентов 5-го курса, является способ изложения материала, а студентов 6-го курса – неудобное время проведение заседаний СНО. При этом следует отметить, что большая часть респондентов 5-го курса (34%) и несколько меньшая часть респондентов 6-го курса (18%) не отметили недостатков в функционировании СНО кафедры госпитальной терапии.

Устный опрос 210-ти студентов 5-го курса по профессиональной ориентации выявил иную, чем письменный опрос, картину: специальность терапевта выбрали для себя 33% респондентов, хирурга- 15%, акушера-гинеколога – 14%, психиатра и офтальмолога – по 5,2%.

Таким образом, результаты проведенного анкетирования студентов 5-го и 6-го курсов и устного опроса студентов 5-го курса лечебного факультета АГМА по профессиональной ориентации за 2007 год явились основой для планирования и дальнейшего совершенствования функционирования СНО кафедры госпитальной терапии, а также показали, что принимаемые

Правительством РФ и министерством здравоохранения меры по улучшению социально-экономического статуса медицинских работников повысили престижность профессии терапевта. Развитие частной медицины стимулирует ориентацию будущих врачей на приобретение «узких» специальностей.

9. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ И БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Серикова Е.И. – 6 к.

Научный руководитель: к.м.н. Н.А. Щербань

Актуальность проблемы: В последние годы благодаря успешному развитию и совершенствованию методов диализного лечения значительно улучшился прогноз и продолжительность жизни больных хронической почечной недостаточностью (ХПН). Нарушение микроциркуляции является одним из патогенетических звеньев прогрессирования. В связи с этим **целью** нашего исследования явилось изучение особенностей микрогемодиализаторного русла бронхов у больных ХПН. **Материалы и методы:** для выявления микрогемодиализаторных нарушений в слизистой оболочке бронхиального дерева использовали метод лазерной доплеровской флоуметрии, который осуществлялся при проведении фибробронхоскопии, с помощью лазерного анализатора капиллярного кровотока ЛААК-02. Бронхофиброскопия выполнена 36 больным ХПН с использованием бронхофиброскопа фирмы «Olympus» (Япония). Функцию внешнего дыхания изучали на спироанализаторе «Fucida» (Япония) по стандартной методике, кроме того с целью мониторинга пиковой скорости выдоха в течение суток использовали портативный пикфлоуметр «Clement Clarke» (Великобритания). Результаты исследования обрабатывали с помощью компьютерной программы записи и обработки параметров микроциркуляции крови LDF версия 2.20.0. Лазерная доплеровская флоуметрия была проведена 36 больным ХПН на различных стадиях хронического заболевания почек. Средний возраст обследованных больных 43,7±3,9 лет. Заместительную почечную терапию получали 6 пациентов от 3 месяцев до пяти лет (в среднем 3,4±0,14 года). В исследование были включены 47,3% женщин и 52,7% мужчин. Спирографические показатели и газовый состав крови определялись до и после сеансов программного гемодиализа у 32 больных ХПН в возрасте от 22 до 59 лет, средний возраст 42,9±4,1. Газовый состав артериализированной капиллярной крови определяли на газоанализаторе AVL-995 (Австрия). **Результаты исследования:** При анализе доплерограмм было выявлено значительное снижение показателя микроциркуляции у больных ХПН (12,3 ПЕ) по сравнению с контрольной группой (82,3 ПЕ, $p<0,05$), что отражало существенное уменьшение микрососудистого кровотока в исследуемой зоне, и могло быть связано как со снижением перфузии ткани, так и с изменением реологических свойств крови. Установленная отрицательная корреляционная зависимость выражалась в снижении перфузионных параметров по мере увеличения длительности заболевания. Коэффициент вариации превысил нормальные значения в 3,7 раза, что отражало значительную изменчивость перфузии в микроциркуляторном русле. Проведенный вейвлет-анализ позволил выявить снижение амплитуды эндотелиальных колебаний (3,2 ПЕ) по сравнению с контрольной группой (3,9 ПЕ, $p<0,05$), что условно свидетельствовало об ухудшении NO-образующей функции эндотелия. При исследовании нейрогенного и миогенного компонентов артериолярного тонуса было выявлено значительное снижение амплитуд колебаний, преимущественно в Н-диапазоне (2,4 ПЕ по сравнению с нормой 3,2 ПЕ, $p<0,05$), что свидетельствовало о наличии спастических изменений резистивных микрососудов, а также возрастании жесткости сосудистой стенки. При анализе пассивных механизмов регуляции микрогемодиализации было выявлено снижение амплитуд колебаний как в Д- (2,4 ПЕ при норме 3,7 ПЕ, $p<0,05$), так и в С-диапазонах (1,1 ПЕ и 3,4 ПЕ, соответственно), что, по нашему мнению, связано с уменьшением емкости веноулярного звена микроциркуляторного русла за счет выраженных застойных изменений в слизистой оболочке бронхиальной стенки. У больных хронической почечной недостаточностью отмечалось снижение влияния кардиоритмов на

микрососудистый кровоток в 3 раза по сравнению с контрольной группой, что обусловлено сокращением притока и пульсового объема крови в микроциркуляторном русле. В додиализный период выявлены умеренные нарушения вентиляционной функции легких по рестриктивному типу (ЖЕЛ $71,3 \pm 2,7\%$ к должному) и более значительные по обструктивному типу (ОФВ₁ $59,1 \pm 2,7\%$, ПОС $42,4 \pm 3,7\%$, МОС₂₅ $41,1 \pm 3,1\%$, МОС₅₀ $53,9 \pm 3,6\%$ к должному). После проведения гемодиализа с устранением гипергидратации функция внешнего дыхания достоверно улучшилась, что наиболее отчетливо прослеживалось при оценке таких показателей как ЖЕЛ ($84,6 \pm 2,2\%$; $p < 0,01$), ОФВ₁ ($70,3 \pm 3,4\%$; $p < 0,05$), ПОС ($56,1 \pm 3,7\%$; $p < 0,05$), МОС₂₅ ($54,9 \pm 2,3\%$; $p < 0,05$), МОС₅₀ ($63,5 \pm 3,1\%$; $p < 0,05$). С увеличением длительности программного гемодиализа возрастали нарушения функции внешнего дыхания, что связано не только с прогрессированием уремических поражений бронхолегочной системы, но и развитием осложнений диализного лечения ($r_s = -0,94$; $p < 0,001$). При проведении больным пикфлоуметрии был выявлен достоверный прирост пиковой скорости выдоха после сеансов программного гемодиализа с $361,7 \pm 12,9$ л/мин до $410,2 \pm 12,4$ л/мин ($p < 0,01$). Анализ газового состава крови в преддиализный период выявил наличие различной степени гипоксемии, проявлявшейся снижением pO_2 до $64,2 \pm 5,0$ мм.рт.ст., $O_2\text{sat}$ до $84,5 \pm 4,5\%$. После сеанса гемодиализа установлена тенденция к восстановлению нарушенных показателей кислородного статуса, которые все же не достигали нормы. **Выводы:** Таким образом, внедрение метода лазерной доплеровской флоуметрии позволило изучить функциональное состояние микрогемодиализирующего русла у больных хронической почечной недостаточностью, определить характер перфузионных нарушений, эндотелиальной функции, что крайне необходимо для разработки методов адекватной коррекции выявленных нарушений. Прогрессирование хронической почечной недостаточности сопровождается последовательным уменьшением объемных и скоростных показателей функции внешнего дыхания. Причиной развития гипоксемии при ХПН являются вентиляционно-перфузионные нарушения, которые на начальном этапе устраняются проведением диализного лечения, что способствует улучшению вентиляционной функции легких.

10. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДАПА И АРИФОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Дубская Ю.В. – 6 к.

Научный руководитель: Сивякова О.Н

Несмотря на почти полувековую историю клинического применения и появление новых классов антигипертензивных препаратов, диуретики уверенно сохраняют лидирующие позиции и входят в 21 век как непревзойденный стандарт лечения пациентов с артериальной гипертонией (АГ). Индапамид отличается от других диуретиков тем, что оказывает минимальное влияние на содержание калия и мочевой кислоты в крови, при его назначении не нарушается чувствительность периферических тканей к действию инсулина. Препарат практически не влияет на уровни общего холестерина и триглицеридов. Кроме того, индапамид оказывает значительное натрий- и диуретическое действие при любой степени почечной недостаточности, что выгодно отличает его от других тиазидных и тиазидоподобных диуретиков. В кардиологическом отделении Амурской областной клинической больницы проведена сравнительная оценка арифона и индапа при лечении больных с АГ 1 и 2 степени в равноценных клинических группах (по числу больных, полу, возрасту, длительности течения АГ).

Перед назначением препарата учитывалось наличие показаний и противопоказаний к ним. Также учитывался возраст, пол больных, уровень, тяжесть АГ и тип гемодинамики. Всем больным была проведена проба с фуросемидом, свидетельствующая об эффективности диуретиков. Определялось плазменное содержание калия и глюкозы, липидный спектр.

Больные распределились по полу и возрасту следующим образом: женщины - 57 (средний возраст 49,2 года), мужчины - 49 (средний возраст 47,8 года). У 18 больных диагноз эссенциальной АГ был выявлен впервые (2 степень, средний риск), 88 больных страдали АГ 1 и 2 степени среднего и высокого риска в среднем в течение 17,8 лет. Всем пациентам арифон и индап назначались впервые. 15 пациентов ранее лечились гипотиазидом непостоянно. Индап и арифон назначались в дозе 2,5 мг в качестве монотерапии. Оценка

эффективности препаратов проводилась через 6 недель (после выписки из стационара препарат назначался амбулаторно).

Клинический эффект отмечен у всех пациентов на 2-5 сутки. В группе пациентов получающих арифон, систолическое артериальное давление (АД) снизилось на 27%, диастолическое - на 21% по сравнению с исходным и стабильно удерживалось в течение всего срока наблюдения.

В группе пациентов получающих индап, АД снизилось на 25,7% и 22,1% соответственно. Существенных изменений диуреза и частоты сердечных сокращений не отмечалось. Плазменные уровни глюкозы и липопротеидов не изменились в обеих группах в процессе лечения.

Побочных эффектов на препарат индап не было, у 1-го пациента, получающего арифон, возникла крапивница, что послужило причиной для отмены препарата.

19 пациентам, лечившихся арифоном в дальнейшем назначена комбинированная терапия с добавлением даприла, в группе пациентов, получавших индап, ингибиторы АПФ добавлены 15 пациентам.

При выписке всем пациентам рекомендовано продолжать лечение назначенными препаратами.

Таким образом, индап как тиазидоподобный диуретик 2-го поколения является эффективным, безопасным и доступным для пациентов антигипертензивным средством. Полученные результаты доказали его эквивалентность оригинальному препарату арифону. Данные препараты могут назначаться больным с АГ 1-2 степени в качестве монотерапии, а также в составе комбинированной терапии с ингибиторами АПФ и другими антигипертензивными препаратами.

11. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Шкабурин А.А. – 6 к.

Научный руководитель: доц. М.В. Погребная

Ревматоидный артрит (РА) – наиболее частое воспалительное иммунокомплексное заболевание суставов, нередко приводящее к инвалидизации лиц трудоспособного возраста. Прогноз заболевания во многом зависит от своевременности назначенной базисной терапии. Классические классификационные критерии РА не подходят для ранней постановки диагноза.

Целью работы явилось выявление клинико-эпидемиологических особенностей течения раннего РА (РРА) в Амурской области.

Обследован 51 больной в возрасте от 17 до 62 лет, средний возраст – 41,5 лет. 1 группа – 13 больных РА с длительностью заболевания до 1 года (РРА), 2 группа – 38 больных РА – от 1 до 23 лет, средняя продолжительность заболевания – 14,6 лет. Преобладали женщины - 39, 12 мужчин. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Диагноз «достоверного» РА ставился на основании критериев АСР, активность заболевания – согласно отечественным критериям. Определялся счет боли, число воспаленных суставов, оценка боли пациентом по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) (0-10 см), оценка общего состояния здоровья пациентом по ВАШ (0-10 см), длительность утренней скованности; СОЭ, уровень СРБ, другие показатели лабораторной активности, ревматоидного фактора (РФ) общепринятыми методами, а также рентгенологическое, ультразвуковое исследование суставов.

У 43 больных диагностировалась суставная форма РА, у 8 имелись внесуставные проявления: лихорадка, ревматоидные узелки, анемия, потеря массы тела, гипотрофия мышц и др. Клинически воспалительный процесс был выражен в период активности РА. Во 2 группе больных с длительностью заболевания больше года имела место преимущественная полиартикулярность поражения, тогда как в 1 группе – чаще олиго-, реже – моноартикулярность, хотя уже у половины больных этой группы отмечено симметричное поражение преимущественно мелких суставов кистей, стоп с последующим вовлечением новых групп. В дебюте болезни многие пациенты были серонегативны, стали серопозитивными позднее.

Лабораторные признаки воспаления (повышение СОЭ, СРБ, сиаловых кислот, фибриногена) были выражены особенно при III, II степени РА одинаково в обеих группах. Минимальная степень активности была у 8 больных, средняя – у 32, максимальная – у 11 больных.

91,8% больных были серопозитивны по РФ, титры которого были различны, в 83% - диагностически значимы. В I группе 4 больных были серопозитивны с начала заболевания, в 2 случаях – диагностически значимый титр, еще 3 – стали серопозитивны в течение первого года в нарастающих титрах, 6 – оставались серонегативными к концу I года. Отмечена связь между рентгенологическим повреждением и функциональной недостаточностью суставов.

Таким образом, выявлены особенности течения раннего РА в Амурской области. В качестве диагностического признака раннего РА, а также показателя активности болезни предлагается учитывать длительность утренней скованности более 30 минут, положительный тест «сжатия» пястно-фаланговых и плюсне-фаланговых суставов. Быстрое прогрессирование поражения суставов более вероятно при наличии высоких титров РФ, увеличении СОЭ и СРБ. Однако, поскольку эти показатели на очень ранней стадии болезни часто находятся в пределах нормы, отрицательные результаты лабораторных тестов не должны исключать диагноз РА, равно как и необходимость направления пациентов на консультацию к ревматологу.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что раннее лечение РА «базисными» препаратами улучшает прогноз, позволяет снизить выраженность клинических проявлений при раннем РА, улучшить функциональную активность, замедлить рентгенологическое прогрессирование поражения суставов, улучшить качество жизни, снизить риск ранней инвалидизации и улучшить отдаленный прогноз болезни. Необходима активная и ранняя терапия РА, особенно у пациентов, имеющих риск неблагоприятного прогноза течения заболевания.

12. ЭКОЛОГИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫЙ БРОНХИТ У РАБОТНИКОВ БУРОУГОЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА

Гладун Е.А. – 5к.

Научный руководитель: д.м.н. Савинова Т.А.

Обследовано 53 работника буроугольного производства с хроническим простым катаральным бронхитом в возрасте $53,46 \pm 0,91$ год, стажем работы $22,68 \pm 0,72$ года; профессиональный состав контингента был представлен в основном машинистами и помощниками машинистов экскаваторов (60,37 %). Обследование включало общеклинические, рентгенологические (в том числе рентгеноденситометрические) методы, фибробронхоскопию и эхокардиографию, бактериологические, иммунологические, функциональные и лабораторные методы.

Главной жалобой больных был кашель с периодическим (у 22,64 %) или постоянным (77,36 %) отделением слизистой мокроты, в единичных случаях — слизисто-гнойного характера. Одышка напряжения установлена в 79,24 %, боли в грудной клетке в 20,75 %, слабость и потливость у 7-9 лиц. Физикальное обследование выявило цианоз почти в половине случаев, коробочный оттенок перкуторного звука у двух третей пациентов сопровождался ослабленным везикулярным дыханием, сухие хрипы выслушивались у большей части обследованных, влажные хрипы выявлялись редко. В гемограмме только скорость оседания эритроцитов превышала показатели контрольной группы, но оставалась в пределах нормы. Содержание фибриногена, церулоплазмينا, сиаловой пробы и серомукоида были выше по сравнению с контрольной группой. Микробный пейзаж мокроты был представлен в 82 % ассоциацией пневмококка и нейсерий; снижение количества Т-лимфоцитов, хелперов и супрессоров, повышение синтеза В-лимфоцитов, уменьшение продукции комплемента свидетельствовали о развитии вторичного иммунодефицита. Рентгенологическая картина хронического бронхита характеризовалась усилением легочного рисунка и его деформацией, эмфиземой у большинства больных и тяжестью корней легких. Бронхоскопическое исследование показало наличие атрофии слизистой оболочки бронхов у половины больных, активность воспалительного процесса по J. Leimone составила $1,12 \pm 0,01$.

Функция внешнего дыхания была снижена до I-II степени, преобладал смешанный тип дыхательной недостаточности. Нарушения бронхиальной проходимости установлены на

уровне крупных бронхов, такой нисходящий тип нарушения бронхиального дерева отражает пылевое воздействие. Парциальное напряжение кислорода было сниженным, а углекислого газа повышенным в сравнении с контрольной группой. Гипертрофия правых отделов сердца на ЭКГ определялась в единичных случаях. Эхокардиография показала недостоверное увеличение линейного размера и толщины передней стенки правого желудочка; среднее давление и время ускорения кровотока в легочной артерии оказалось нормальным, но превышала данные контроля.

Таким образом, клинические проявления хронического бронхита у работников бурового производства отличались сравнительно скудной симптоматикой, наличием атрофии слизистой оболочки бронхов, частым присоединением эмфиземы и развитием дыхательной недостаточности по смешанному типу.

13. ЦИТОКИНОВЫЙ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ И ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ

Димова Е.- бк.

Научный руководитель: асс. Чапленко Т.Н.

Согласно современной концепции бронхиальная астма (БА) и ринит (АР) являются единым заболеванием объединенных дыхательных путей (“united airways disease”, “one airway, one diseases”, “allergic rhinobronchitis”). АР, вероятно, представляет начальную стадию этой болезни, которая может прогрессировать и приводить к развитию БА. Проведенные исследования позволяют говорить о том, что тяжесть назальных симптомов у больных БА и АР выше, чем у пациентов страдающих только АР. Кроме того, выраженность назальных симптомов прямо пропорциональна тяжести клинических проявлений БА у больных АР и БА (*Togias, 1999; Passalacqua et al, 2001*).

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей цитокинового и микробиологического пейзажа слизистой оболочки носа у больных БА в сочетании с АР и вазомоторным ринитом (ВР).

Обследовано 50 больных БА. Из-них 35 человек со смешанной, 15 человек – атопической формой заболевания (пациенты с аспириновой БА исключались из исследования). Патология верхних дыхательных путей диагностирована у 38 человек. Аллергический ринит 14 человек (1 группа), вазомоторный ринит 22 человека (2 группа), поллипозный риносинусит у 7 человек.

У 7 человек АР предшествовал БА. Средняя длительность АР до диагностики БА составила $4 \pm 2,1$ лет. У 3 человек на фоне АР присоединилась полипозная риносинусопатия (у данных пациентов исследование цитокинового и микробиологического пейзажа слизистой оболочки носа не производилось). При проведении кожного аллерготестирования у всех больных АР выявлена сенсibilизация к клещу домашней пыли, 8 человек к пыльце растений, 5 человек шерсти животных.

В назальных смывах (НС) изучалось содержание цитокинов (IL-1 β , IL-4, INF- γ , TNF- α), производился анализ риноцитогаммы, посевов со слизистой оболочки носа. Полученные результаты сравнивались с результатами, полученными при исследовании здоровых лиц (3 группа - 7 человек) и больных АР без БА (4 группа - 10 человек).

Достоверной разницы в содержании цитокинов в НС между 1 и 4 групп не отмечено. Во 2 группе в сравнении с 1 и 4 группами наблюдалось более высокое содержание IL-1 β , IL-4, с преобладанием нейтрофильного типа воспаления.

При анализе полученных результатов выявлено высокое содержание цитокинов Th2 ответа среди больных АР, достоверные разницы между содержанием цитокинов, микробиологического и клеточного состава у больных АР с БА и без БА не отмечено. При более тяжелом течении АР в 1 и 4 группах высокое содержание TNF- α , а также в посевах высевались *Staphilococcus aureus* и грибы рода *Candida* в диагностически значимом титре.

14. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕНТИЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ В

ТЕЧЕНИЕ СУТОК У БОЛЬНЫХ ДИССЕМНИРОВАННЫМ И ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Ланжук А.В.

Руководитель: асс. О.А. Каракулова

К настоящему времени накоплен достаточный материал о нарушениях функции внешнего дыхания у больных туберкулезом легких. Однако проведенные исследования основывались на однократном исследовании показателей функции внешнего дыхания в течение суток и не учитывали временную организацию функциональной активности легких. Современные знания о биологических ритмах позволяют утверждать, что наиболее полная характеристика любого физиологического процесса, в том числе и функции внешнего дыхания у больных туберкулезом легких, может быть дана лишь с учетом ее изменений на протяжении суток.

Учитывая актуальность данной темы, нами было проведено исследование циркадианных ритмов функции внешнего дыхания у 55 больных туберкулезом легких. Всех больных разделили на 2 группы: первую составили 28 больных с диссеминированным и вторую – 27 пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.

В группе больных диссеминированным туберкулезом легких регистрировалось ухудшение бронхиальной проходимости легкой и средней степени, преимущественно рестриктивного типа (78%). Наименьший показатель $ОФВ_1$ регистрировался в поздние вечерние часы, а наибольший в утренние и дневные. Околосуточные ритмы показателей $МОС_{25}$ и ПОС имели минимальное значения в 18 часов вечера, а максимальное в 12 часов дня. Циркадианные ритмы $МОС_{50}$ и ФЖЕЛ имели максимальное значение в 18 часов вечера, а минимальное в 6 часов утра. Минимальные показатели ЖЕЛ регистрировались в 6 часов утра, а максимальные в вечернее время.

Таким образом, у больных диссеминированным туберкулезом легких в течение суток наблюдается ухудшение проходимости бронхиального дерева в вечерние часы, с преимущественным изменением на уровне мелких бронхов. Амплитуда колебаний суточных ритмов вентиляционных показателей резко выражена, они как бы «раскачиваются», что свидетельствует о компенсации нарушения функции внешнего дыхания смещением акрофазы проходимости бронхов на вечернее время.

В группе больных фиброзно – кавернозным туберкулезом легких выявлено нарушение ФВД преимущественно средней и значительной степени, смешанного типа. Минимальный показатель $ОФВ_1$ и ПОС приходился с 0 до 6 часов утра, а максимальное значение регистрировалось с 12 до 18 часов вечера. Околосуточные ритмы проходимости мелких бронхов ($МОС_{25}$) имели максимальное значения параметров в ночное и утреннее время и уменьшались в вечерние часы. Циркадианные ритмы $МОС_{50}$ и ЖЕЛ имели максимальные значения в 12 часов дня, а минимальные в 0 часов ночи. Показатели ФЖЕЛ были максимальными в 12 часов дня, а минимальными в 18 часов вечера. Циркадианные ритмы $МОС_{25}$ и $МОС_{50}$ синхронно совпадали по времени с ухудшением бронхиальной проходимости в вечернее время. В группе больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких происходит закрепление патологических циркадианных ритмов вентиляционной функции легких с резким ухудшением проходимости бронхиального дерева в вечернее и ночное время.

Анализируя проходимость бронхиального дерева у больных с диссеминированным и фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, можно сделать заключение, что при заболевании изменяются не только количественные, но и качественные показатели вентиляционной функции легких.

15. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПЛЕВРИТА У ЛИЦ

ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.

Руденко Е. И. 5к

Научный руководитель: асс. О. В. Ракова

Эпидемия туберкулеза в нашей стране, развернувшаяся с начала 90-х годов XX века, коснулась всех возрастных групп населения, но в наибольшей степени поразила лиц молодого и среднего возраста. Следствием изменившейся эпидемиологической обстановки стало ослабление внимания к проблеме туберкулеза среди лиц пожилого возраста. Туберкулез у лиц пожилого возраста, так называемый «старческий туберкулез», является одной из главных проблем не только фтизиатрии, но и гериатрии.

Целью данной работы явилось изучение особенностей клиники и течения туберкулезного плеврита у лиц пожилого возраста. Эта возрастная группа актуальна в плане эпидемиологической опасности, особенно для детей. Кроме того, немаловажное значение приобретает тенденция к преждевременному старению населения Российской Федерации.

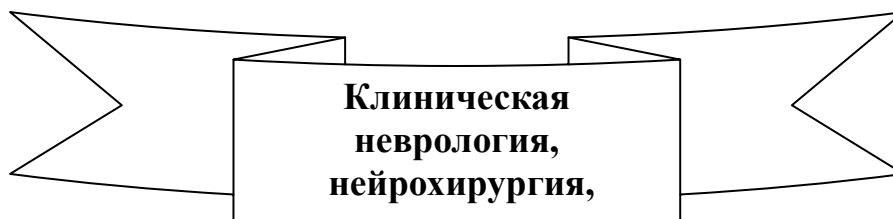
Предметом изучения явились архивные истории болезни находившихся на лечении в терапевтическом отделении № 1 и № 2 ОПТД больных с экссудативным плевритом за период 2000 – 2007г.

Выделены 2 группы больных, основная группа 20 больных ТЭП от 60 до 76 лет, и контрольная группа 20 больных от 20 до 40 лет с ТЭП.

На основании проведенного исследования сделаны выводы о стертости клинической картины туберкулезного плеврита у лиц пожилого возраста; более тяжелом течении ТЭП при слабо выраженных клинических проявлениях; о снижении кожной чувствительности к туберкулину; у пожилых в 2 раза чаще отмечается сочетание ТЭП с активными туберкулезными изменениями в легких; R-картина ТЭП наслаивалась на остаточные изменения перенесенных в прошлом неспецифических заболеваний и туберкулеза органов дыхания; при плевральной пункции у пожилых людей чаще наблюдаются серозно-гнойный характер плеврального экссудата при менее выраженном болевом синдроме; острый вариант начала ТЭП у лиц пожилого возраста встречается в 2 раза реже, чем у молодых.

Выводы:

Все вышеперечисленные факторы приводят к позднему обращению за медицинской помощью и как следствие к снижению эффективности лечения.



**Клиническая
неврология,
нейрохирургия,**

Научный руководитель: доц., к.м.н. А.И. Карнаух
Председатель: толстопятова А. – 4к.
Секретарь: Потоцкая К. – 5к.

1. ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Зубко Н.В. – 5к.

Научный руководитель: доц. Карнаух В.Н.

Рассеянный склероз (РС) – это хроническое воспалительное демиелинизирующее заболевание нервной системы с множественными очагами поражения преимущественно в ЦНС, характеризующееся началом болезни в молодом возрасте и протекающее с обострениями и ремиссиями или прогрессирующе.

Целью нашего исследования было сравнение клинической картины РС в Амурской области у пациентов заболевших в разные промежутки времени: с 1980 по 1990 гг. (1-я группа) и с 1997 по 2006 гг. (2-я группа) для выявления её динамики, если таковая имеется.

В рамках исследования было обработано и оценено 135 историй болезни пациентов с РС (66 – 1-й группы; 69 – 2-й группы).

Принимались во внимание такие параметры, как пол, возраст начала заболевания, тип течения болезни, длительность первой ремиссии (при ремитирующем типе течения), проявления заболевания в дебюте и сроки потери трудоспособности (определение I и II групп инвалидности).

В результате, дебют заболевания наблюдался чаще всего в возрасте 20 – 40 лет. Средний возраст для первой группы – 28,3 лет, для второй – 28,7 лет.

Было отмечено, что женщины болеют чаще, и доля пациенток в структуре заболевания имеет тенденцию к увеличению. Если в первой группе их доля составила 58%, то во второй уже 68%.

Соотношение случаев ремитирующего течения с первично-прогрессирующим (прогрессирующим) практически не изменилось: 4,1/1 и 4,5/1 в 1-й и 2-й группах соответственно. Также практически без изменений осталось соотношение моносимптомных дебютов с полисимптомными (1,5/1 и 1,4/1).

Отмечается значительное увеличение длительности первой ремиссии: от 1,4 года в первой до 3х лет во второй группах.

При исследовании проявлений заболевания в дебюте, отмечается тенденция к уменьшению доли двигательных нарушений (69,7% в 1-й и 58% во 2-й группах) в пользу увеличения вестибулярных и мозжечковых.

Доли чувствительных, зрительных и др. нарушений на прежнем уровне (см. таблицу).

Средний срок потери трудоспособности было целесообразно вычислять лишь в первой груп-

Нарушения	1-я группа	2-я группа
<i>Двигательные</i>	69,7%	58%
<i>Чувствительные</i>	30,3%	34,8%
<i>Зрительные</i>	19,7%	18,8%
<i>Мозжечковые</i>	10,6%	20,3%
<i>Вестибулярные</i>	4,5%	10,1%
<i>Другие</i>	3%	3%

пе, поскольку у большинства пациентов в ней на момент исследования была определена I или II группы инвалидности. Он составил 9,4 лет.

Подводя итог данного исследования, можно сделать вывод, что тенденции к снижению заболеваемости РС не отмечается; кроме того, увеличивается доля женщин в его структуре. Если судить по увеличению продолжительности первой ремиссии (более чем в 2 раза), можно говорить о некотором снижении «злокачественности» течения заболевания

Средний срок потери трудоспособности было целесообразно вычислять лишь в первой группе, поскольку у большинства пациентов в ней на момент исследования была определена I или II группы инвалидности. Он составил 9,4 лет.

Подводя итог данного исследования, можно сделать вывод, что тенденции к снижению заболеваемости РС не отмечается; кроме того, увеличивается доля женщин в его структуре. Если судить по увеличению продолжительности первой ремиссии (более чем в 2 раза), можно говорить о некотором снижении «злокачественности» течения заболевания.

2. МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ В СТРУКТУРЕ НЕЙРООНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Потоцкая К.- 5 курс.

Научный руководитель: доц. А.И. Карнаух

Диагностика и лечение метастатических опухолей головного мозга являются одной из самых сложных проблем онкологии. Химиотерапия и лучевая терапия при метастазах мало эффективны и только их хирургическое удаление позволяет улучшить качество и продолжительность жизни больных (Г. Вейс, 1997).

Цель исследования: изучить частоту метастатических опухолей в структуре нейроонкологии, источники метастазирования, наиболее частые клинические проявления поражения мозга, оценить возможности хирургического лечения при множественных и одиночных метастазах в головной мозг.

В нейрохирургической клинике Амурской областной больницы после выявления опухоли мозга с помощью КТ (или МРТ) выполнялось комплексное обследование направленное на исключение ее метастатической природы. Наиболее информативными методами позволяющими диагностировать первичную опухоль внутренних органов являлись ультразвуковое и лучевое исследования. Среди 265 нейроонкологических больных, проходивших лечение в

нейрохирургической клинике метастатические опухоли составили 8,1%. В 40% случаев на КТ обнаружен одиночный метастаз, в 60% - множественные узлы. Клиника метастазов в головной мозг оказалась первым проявлением злокачественного новообразования у 57% больных. Наиболее часто метастазирование в головной мозг наблюдалось при раке легкого (50%) и в порядке убывания: раке молочной железы, меланоме, опухолях почки или надпочечников и колоректальном раке. Большая часть пациентов при поступлении находилась в состоянии декомпенсации с выраженными очаговыми неврологическими расстройствами, а в ряде случаев с количественными нарушениями сознания. При множественных метастазах проводилось симптоматическое лечение. Полное удаление опухоли выполнено всем больным с одиночными метастазами, за исключением одного случая с поражением глубинных отделов левого полушария. Попытки хирургического лечения множественных метастазов в головной мозг у двух пациентов закончились неудачей – один из них погиб после операции, у другого в послеоперационном периоде отмечалось нарастание неврологических расстройств. При угрозе развития дислокационного синдрома в первую очередь удалялся метастаз мозга и только после компенсации состояния оперировался первичный очаг. Использование внепроекционных доступов позволило удалить опухоли даже из области прецентральной извилины доминантного полушария с последующим полным регрессом неврологических расстройств. Контрольное КТ исследование головного мозга в сроки от 6 до 12 месяцев после операции не выявило признаков рецидива опухоли.

Таким образом, хирургическому лечению подлежат одиночные метастазы, верифицированные данными КТ или МРТ и даже при не удаленном основном очаге, когда в клинике преобладают симптомы поражения мозга, угрожающие развитию дислокационного синдрома. При множественных метастазах показано симптоматическое лечение, включая химиотерапию и лучевое лечение.

3. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Толстомятова А. – 4 курс

Научный руководитель - к.м.н., асс. В.И.Еременко

Рассеянный склероз (РС) – хроническое заболевание центральной нервной системы, начинающееся преимущественно в возрасте от 18 до 45 лет. Особенности личности, когнитивные нарушения, тревога и депрессия существенно влияют на способность больных реагировать на возникшую проблему, не позволяют адаптироваться и преодолевать неврологические нарушения, адекватно относиться к лечению. При РС психологические изменения развиваются на фоне преморбидных особенностей личности пациентов. Изменения поведения больных, развитие тревожно-депрессивного синдрома может быть проявлением острой реакции на хронические нарушения неврологических функций, симптомом очагового поражения определенных областей мозга или обострением преморбидных черт.

В некоторых исследованиях РС рассматривают как хронический эмоциональный дистресс (ХЭС), который приводит к формированию дезадаптивных форм реагирования, что проявляется затяжным характером течения болезни (Л.Г.Заславский 1999, Алексеева Т.Г.1997). Исследования показали, что у больных РС и их ближайших родственников имеется определенный тип личностных реакций, характерных для ХЭС, т.е. есть высокая конституционально обусловленная личностная тревожность, что делает их уязвимыми к стрессовым ситуациям и, в конечном итоге, при наличии клинической предрасположенности к развитию заболевания и его обострениям.

При популяционных исследованиях было обнаружено, что представленность лиц, соответствующих критериям как клинической, так и субклинической депрессии и тревоги достигает 50%; при этом субклинические формы встречаются гораздо чаще. Субдепрессию следует признать потенциально важным клиническим синдромом. Эти всё недостаточно оцениваются невропатологами при исследовании неврологического статуса и оценке эффективности лечения, когда

больше внимания уделяется нарушениям движений, чувствительности, зрения и функций тазовых органов. Несомненно, разнообразие нарушений когнитивных функций, личностных характеристик, представляют прогностическую ценность в каждом конкретном случае. Не менее важно, знание возможных подходов к коррекции этих нарушений.

Нами проведено клинико-психологическое обследование 26 больных с РС. Контрольную группу составили студенты и сотрудники АОКБ (20 человек), не имеющие неврологической и соматической патологии. Применялись методики: Крепемина (оценка психической работоспособности), Шульте и Равенна (оценка когнитивных функций, внимания, ассоциативного мышления), метод Спилберга в модификации А.Ю. Ханина (реактивная и личностная тревожность).

Полученные данные доказывают нарушение психической работоспособности, внимания, памяти у больных РС; а также преобладание среднего и высокого уровней тревоги, не зависимо является ли это преморбидным свойством личности или реакцией на заболевание - требует адекватной коррекции в процессе лечения и диспансерного наблюдения.

4. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Снегирев А.А.- 4 к.

Научный руководитель: к.м.н. Еременко В.И.

Сахарный диабет (СД) приводит к разнообразным поражениям периферической и центральной нервной системы. Поражение центральной нервной системы определяется как непосредственным воздействием гипергликемии и, еще в большей степени, гипогликемии на церебральные структуры, так и более быстро, по сравнению с людьми, не страдающими СД, развивающимися атеросклеротическими изменениями сосудов головного мозга. Поражение периферической нервной системы также обусловлено комплексом метаболических и сосудистых нарушений, причем речь идет не о поражении магистральных сосудов, а о изменениях сосудов микроциркуляторного русла, в первую очередь эндоневральных.

Самым серьезным осложнением диабетической полинейропатии (ДПН) является диабетическая стопа (ДС), клинически проявляющаяся язвами, локализующимися обычно в местах наибольшей механической нагрузки на стопу и остеоартропатией. Рассматривая основные причины возникновения ДС, на первое место следует поставить поражение соматических и вегетативных нервов, на второе - нарушение микроциркуляции и патологию нервных рецепторов и тонких нервных волокон кожи стопы и только на третье - поражение магистральных сосудов ног.

Поражение кожи стоп при СД обусловлены нарушением микроциркуляции и иннервации в основном слое кожи (дерме) и утрате потовых и сальных желез, расположенных в третьем слое кожи (гиподерме), что приводят к значительным изменениям покровного слоя кожи (эпидермиса). Эпидермис теряет свою влажность и эластичность, в результате развивается сухость кожи, гиперкератоз, появляются мозоли. Поражение эпидермиса приводит к возникновению ссадин при незначительном механическом воздействии. Нарушение кровоснабжения и иннервации основного слоя кожи приводит к его атрофии, снижению эластичности, что служит основой для развития трещин и изъязвлений. Постепенная гибель рецепторов в коже в сочетании с патологией С- и А-волокон, проводящих болевую чувствительность, является основой из-за утраты сигнальных свойств кожей и безболезненным ее повреждением в результате механических воздействий, с последующим формированием трещин и язв.

Неврологом на консультативном приеме осмотрены 46 больных сахарным диабетом, со стажем заболевания от 3 до 20 лет. Признаки диабетической полинейропатии выявлены у каждого второго пациента. У больных со стажем заболевания от 7 лет и выше признаки полинейропатии отмечены в 80% случаев. Диабетическая энцефалопатия почти постоянно сочетается с атеросклерозом и артериальной гипертензией. В случаях ожирения II – III степени в 100% случаев. Нами отмечена положительная динамика в течении диабетической полинейропатии при лечении антиоксидантами и берлитионом.

Нарушение микроциркуляции и дисфункция структур нервной системы возникает на самых ранних стадиях течения СД. Со временем происходят необратимые изменения сосудистой стенки и гибель аксонов нервной системы. В этой связи стратегия профилактики и лечения диабетических неврологических осложнений на данном этапе развития знаний о механизмах их формирования и достижений фармакологии заключается в максимально широком раннем применении препаратов, уменьшающих оксидантный стресс, улучшающих микроциркуляцию и предотвращающих гибель аксонов.

5. ЭМОЦИОНАЛЬНО ЛИЧНОСТНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ.

Кожемякин В., Русскова Ю. – бк.

Научный руководитель асс., к.м.н. В. И. Еременко.

Рассеянный склероз (РС) – одна из наиболее тяжелых форм органической патологии центральной нервной системы. Одним из наиболее инвалидирующих клинических проявлений демиелинизирующего процесса является нарушение высших корковых функций, а также изменения в психической сфере.

Нами предпринята попытка изучить структуру эмоционально-личностных и когнитивных нарушений у больных РС. В основу данного сообщения положены результаты обследования 32 больных с достоверным РС, находящихся на лечении в неврологическом отделении АОКБ в 1997 – 1999 гг. и с января 2008г.

Программа нейропсихологического исследования включала исследования кратковременной памяти по методике запоминания 10 слов А. Р. Лурия. Для исследования психической работоспособности, концентрации, устойчивости и переключаемости внимания использовалась корректурная проба (цифровой вариант). Когнитивные функции, состояние ассоциативного мышления изучено с помощью теста Равена.

Для дифференцированной оценки тревожности как состояния и как свойства личности применялась шкала тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина (1978 г.).

С целью объективизации актуального психического состояния и показателей эмоциональной сферы у больных РС применялся Минсеотский личностный опросник ММРІ, адаптированный Ф. Б. Березиным, М. П. Мирошниковым (1994г.).

В качестве контроля взято 35 здоровых испытуемых (19 женщин и 16 мужчин).

По результатам проведенных нейропсихологических исследований получены достоверные отличия в исследуемых группах. Показатели кратковременной памяти у больных РС были достоверно ниже, чем в контрольной группе, что говорит о неустойчивости внимания, истощаемости мнестических процессов. Об этом же говорят результаты корректурных проб. У больных РС объем работы был ниже, а количество допущенных ошибок выше, чем в контрольной группе ($P < 0,005$). Это, в первую очередь, указывает на нарушение подвижности психических процессов и их быстрой истощаемости. Результаты теста Равена подтвердили вывод о существенном нарушении когнитивных процессов у больных РС.

В соответствии с задачами нашего исследования был проведен сравнительный анализ реактивной и личностной тревожности. Установлено, что у больных ППРС по сравнению с больными РРРС и ВПРС, были значительно выше показатели по шкалам реактивности личностной тревожности.

Показатели тревожности у больных с дебютом РС, по сравнению с контрольной группой здоровых лиц, были значительно выше, что можно объяснить как особенностями личностного реагирования на факт возникновения РС, так и отражать преморбидные особенности личности.

Анализ личностных характеристик, полученных методом ММРІ в группе больных ППРС выявил более высокие среднегрупповые показатели по шкалам психостении, психопатии, паранояльности и аутичности. Это свидетельствует о том, что у больных ППРС более выражено напряжение психических процессов: тревожность, мнительность, агрессивность, астеничность.

По результатам исследований нами со всеми больными проводилась психокоррекционная

работа, направленная на формирование положительных установок на течение заболевания, обучение приемам адекватного эмоционального реагирования.

6. ТЕЧЕНИЕ МИАСТЕНИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ.

Карапетян А.-4к., Якимец А.- 4к.

Научный руководитель: к.м.н. Сирик Л. М.

Миастения является классическим аутоиммунным заболеванием, в основе патогенеза которого лежит явление аутоагрессии, направленной на холинорецепторы постсинаптической мембраны, пресинаптических структур, в первую очередь это относится к выявлению аутоантител, приводящих к изменению функционального состояния ионных каналов. Миастения является болезнью молодых, Начинает клинически проявляться с детского возраста и при отсутствии лечения приводит к летальному исходу (чаще, из-за асфиксии). Чаще всего заболевание начинается с опускания век (вначале у 40%, а в дальнейшем у 85% больных) и двоения в глазах к вечеру, затем присоединяется изменение голоса вечером или после длительной речевой нагрузки (бульбарные симптомы). Затем присоединяются слабость и утомляемость мышц туловища и конечностей. Болезнь может течь годами нераспознанной, но она прогрессирует, и рано или поздно дает о себе знать, но, возможно, слишком поздно, чтобы что-то против нее предпринять. Представляет интерес изучение течения миастении у пожилых людей. Из истории болезни: Больная Левченко Мария Дмитриевна 72 лет инвалид I гр. Больная неоднократно лечилась в нервных отделениях АОКБ и МКБ № 3 с диагнозом миастения. Последний раз находилась на лечении в нервном отделении с 9.01 по 8.02.2008г.9.01.2008 г. была доставлена СМП с жалобами на резкую общую слабость, слабость в руках, ногах, нарушение глотания, нарушение речи. Со слов больной диагноз миастения был выставлен в 2004 году. Точно сказать время начала заболевания больная не может, но общая слабость и слабость в ногах беспокоила уже в течение многих лет. В 2005 г. отметила затруднение при глотании, поперхивание. Из анамнеза известно, что в 1980 г. была операция мастэктомия справа по поводу рака молочной железы с последующей лучевой терапией. В 1997 г. – операция по поводу пупочной грыжи. 2000 г. – аппендэктомия, 2006 г. – холецистэктомия. С 2000 г. страдает ГБ. В 2006 г. в ноябре была проведена МРТ и выявлена тимома, метастаз в печень (рак молочной железы). В 2006 г. консилиум в составе зав. каф. нервных болезней, зав. нерв. отдел. обл. больницы обсуждался вопрос о возможности оперативного лечения (удаление тимомы), от которого было решено отказаться, учитывая возраст больной, онкоанамнез, метастазы в печень, анемию, ГБ, и предложено консервативное лечение. Впервые в нервное отделение больная поступила в 2007 году, состояние удовлетворительное, АД 160/80, птоз с двух сторон, движение глазных яблок в полном объеме, затруднение при глотании, сила в руках и ногах до 35 баллов, мышечный тонус снижен, рефлексы рук и ног снижены. Получала вит. гр. В, антихолинэстеразные препараты, ноотропы, на фоне лечения было улучшение, с палочкой ходила по палате. Выписана в удовлетворительном состоянии. Затем в 2008 г. вновь отметила ухудшение, выросла общая слабость, слабость в руках и ногах, нарушилось глотание, больная в течение нескольких дней не принимала пищу. Состояние средне тяжелое. АД 160/70, кожные покровы бледные с землистым оттенком, сухие хрипы по всем полям (диагностирована пневмония), сердечные тоны приглушены. Неврологический статус: двусторонний птоз, глотание нарушено, тонусы понижены, появилась одышка, больная переводится в РАО. К лечению добавляется преднизолон, 1000 мг. в/в, миксидол, состояние больной ухудшается, нарушается сознание, нарастает одышка. Больная переводится на ИВЛ. Больная в РАО находится 2 нед. По мере стабилизации состояния переводится в блок интенсивной терапии нервного отделения. Продолжается лечение и на 21 сутки переводится из блока интенсивной терапии в отделение. Состояние больной улучшилось, свободно глотает пищу, ходит по отделению, выросла сила в конечностях до 4 баллов, выписана домой в удовлетворительном состоянии с диагнозом: Миастения генерализованная форма, умеренно выраженный тетрапарез. Бульбарный синдром. Тяжелая степень тяжести прогрессирующее течение неполной компенсацией (на антихолинэстеразные препараты). Таким образом, течение миастении в по-

жилом возрасте тяжелое, прогрессирующее, но независимо от этого, поддается терапии. Самая главная задача - диагностика данного заболевания на ранних стадиях развития, выявление сопутствующих заболеваний и провоцирующих обострение миастении патологий.

7. ВЕГЕТАТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У СТУДЕНТОВ

Жаркая М.В. - 4 к., Чайдак О.О. – 4 к.

Научный руководитель: к.м.н., проф. Ерёменко В.И.

Проблема вегетативных нарушений остаётся одной из актуальных в связи с большой распространённостью. Они встречаются как у детей, так и у взрослых - у 25-80% населения (А.М.Вейц, 1998г.).

Вегетативная дисфункция – это клинический синдром, включающий все формы вегетативных нарушений, связанный с дисрегуляцией как надсегментарного, так и сегментарного отделов вегетативной нервной системы. В патологический процесс вовлекаются практически все органы и системы организма. На фоне полисистемных нарушений могут доминировать клинические проявления дисфункции отдельных систем.

Показатели состояния вегетативных функций получены с помощью опросника, разработанного во Всероссийском центре вегетативной патологии, включающего сведения об одиннадцати системах и функциях, с их оценкой в баллах. Применение балльной оценки состояния вегетативной нервной системы позволило условно разделить всех обследуемых (221 человек) на 4 группы: 1) практически здоровые - 83 студента (37,1%), имеющие по результатам вопросника не более 20 баллов 2) с умеренно выраженными вегетативными нарушениями – 71 студент (32,2%), имеющие от 20 до 30 баллов 3) выраженные вегетативные нарушения (от 31 до 40 баллов) обнаружены у 52 студентов (23,6%). Значительно выраженные вегетативные расстройства имели 16 человек (7,1%).

По одному признаку вегетативных нарушений имели 17,6% женщин и 13,7% мужчин. Эти студенты условно составили группу практически здоровых по данным балльных оценок. Однако, значимость каждого признака различная как в баллах, так и для каждой личности в частности.

У студентов, имеющих по одному из признаков вегетативных нарушений, наибольший удельный вес у женщин занимало покраснение лица (38,46%), тогда как у мужчин – повышенная потливость (50,0%). На втором месте по частоте у женщин ощущение сердцебиения, замирания сердца, а так же повышенная потливость (по 11,53%), у мужчин – изменение окраски лица (30,0%). Лишь в единичных случаях мужчины отметили сердцебиение, онемение и похолодание кистей и стоп. У женщин одинаково часто были нарушения функции желудочно-кишечного тракта, обмороки, нарушения сна, снижение работоспособности. У мужчин такие вегетативные нарушения не выявлены.

Таким образом, знание структуры вегетативных нарушений позволяет целенаправленно проводить профилактические и лечебные мероприятия как санаторно-гигиенического, так и оздоровительного характера.

8. ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ СТУДЕНТОВ АГМА

Лопушко И. – 4 к.

Научный руководитель асс., к.м.н. В. И. Еременко

В настоящее время сохраняется высокий уровень нервно-психических расстройств среди студентов. Это обусловлено целым рядом сложнейших социально-экономических преобразований в обществе.

Нами современными психометрическими методами обследована группа студентов 4 курса АГМА – 52 девушки и 18 юношей. Группу сравнения составили 60 девушек и 25 юношей, обучавшихся на 4 курсе 1997 г.

Интеллектуальные показатели девушек, изучение по методике Равена, колебались от 36

баллов до 52 баллов. Усредненное значение 42,4 балла. Уровни интеллекта у юношей имели еще более значительные колебания (от 32 до 51 балла). Усредненный показатель 40,9 баллов. Усредненный показатель Равена у девушек на 1,5 балла выше, чем у юношей, но разница статистически не достоверна. Проведя сравнение с результатами обследования 10^й летней давности (1997 г.) отмечается тенденция к снижению уровня когнитивных функций в студенческой популяции 2007 года.

Применив методику многостороннего исследования личности мы отметили, что только 42 % девушек не имели существенных отклонений в профиле личности. Среди юношей таковых оказалось еще меньше (33,5%). Каждый четвертый студент (как юноши, так и девушки) имел акцентуацию характера или патологический профиль личности, т.е. такие состояния личности, как ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, психостения, превышающие принятые в психологии и психиатрии величины. Характерная для данного возраста акцентуация – гипертимная обнаружена лишь в единичных случаях. Сравнение профилей личности студентов 4 курса 1997 года показывает существенное увеличение числа студентов с ипохондрией и депрессией, что несомненно отражается на качестве учебного процесса.

Анализируя результаты исследования студентов по методике 16^{тм} факторного теста Кеттелла мы отметили, что лишь каждая четвертая девушка (25,4%) имеет оптимальный уровень эмоциональной вовлеченности, что затрудняет процесс обучения, ведет к нарушению нервно-психического здоровья.

У юношей уровень эмоциональной вовлеченности у половины обследованного контингента был на оптимальном уровне. Отрадно, что у современных студентов высокий уровень способности к логическому мышлению (68% девушек и 75% юношей).

Слабым звеном в состоянии психики студентов является низкий уровень эффективности интеграции поведения, который обнаружен у каждой четвертой девушки (24,2%) и третьего юноши (33%). Вызывают тревогу низкие значения интериоризации социальной нормы как у девушек, так и у юношей в 1997 году, продолжающаяся тенденция к ее снижению у студентов 2007 года. Аналогичная тенденция наметилась и с уровнем энергетического потенциала личности студента.

Почти половина студентов 2007 года обнаружили низкий уровень удовлетворенности учебным процессом и своей ролью в нем.

Таким образом, наше исследование показало, что имеющиеся в нашем обществе социально-экономические проблемы в значительной степени отражаются на нервно-психическом здоровье студентов.

9. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРИ ГАШИШНОЙ НАРКОМАНИИ.

Жеглова М.Ю. 511 группа.

Научный руководитель: доцент. И.И.Дудин.

Изучение формирования зависимости к каннабиноидам, в том числе и абстинентного синдрома в Амурской области актуально, в связи с произрастанием на ее территории дикорастущей, маньчжурской конопли. Каннабис является самым распространенным наркотиком в мире, удельный вес по сравнению с другими ПАВ составляет 81%.

Цель исследования: выявить особенности формирования, течения и клинические формы гашишного абстинентного синдрома.

Средний возраст первого употребления гашиша по нашим данным – 14,5 лет, в связи с этим основной уровень патологии присущ подростковому возрасту.

Необходимо учесть, что существование абстинентного синдрома дискуссионный вопрос, т.к. не все авторы его признают и выделяют.

По нашим данным абстинентный синдром как основное проявление физической зависимости формируется на 2-ой стадии гашишной наркомании, в среднем через $12 \pm 0,7$ месяцев от начала систематического злоупотребления каннабисом.

Факторами влияющими на тяжесть абстинентного синдрома являются:
Социальные факторы (материальное неблагополучие, неоконченное образование или получение средних профессиональных навыков).
Семейные деформации (неправильное воспитание, дисфункциональные семьи, неполные семьи) Наследственная отягощенность (алкоголизм, расстройства личности, органические психические расстройства).
При изучении структуры абстинентного синдрома мы выделили следующие два этапа:
Дисфорический этап (длительностью 2-3 дня)
Астенодепрессивный этап (длительностью до 2-3 недель).
Тяжесть абстинентного состояния определялась по шкале «общего клинического впечатления», Александровский Ю.А. 2005 г.:
Легкая степень,
Средняя степень,
Тяжелая степень.
На второй стадии заболевания возможна комбинация гашишной наркомании с другими наркотическими веществами (алкоголь, опиаты.), при этом абстинентный синдром протекает атипично.
Таким образом, абстинентный синдром фиксируется на 2-ой стадии зависимости от каннабиноидов, протекает в два этапа и характеризуется различной степенью тяжести.

10. ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОМПЛЕКСНОМ ПРЕОДОЛЕНИИ ЗАИКАНИЯ

Кардаш С.В. - бк.
Научный руководитель: асс. Н.С. Минеева.

Заикание—нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.
По данным литературы заиканием страдают около 2% детей и до 1,5% взрослых
В последние годы наблюдается рост числа детей с заиканием. Большинство исследователей связывают нарушения голоса у детей с его перенапряжением, обусловленным несоблюдением правил охраны и гигиены детского голоса, ухудшением общего соматического состояния, повышенной невротизацией и психоэмоциональными перегрузками, изменившейся экологией.

Целью работы явилось изучение эффективности использования метода тренировки дыхательной аритмии сердца, (ДАС) с помощью технологий биологической обратной связи (БОС) для преодоления заикания.

С помощью метода ДАС-БОС пациент осваивает и закрепляет диафрагмально-релаксационный тип дыхания, что сопровождается постепенным уменьшением психологического напряжения и нормализацией частоты пульса. Одновременно, на фоне освоенного правильного дыхания, логопед осуществляет коррекционную работу, поэтому метод позволяет создать и закрепить условно-рефлекторную связь между правильным дыханием и правильной речью.

Лечение получали 55 детей с заиканием, неврозоподобного типа, тониклоническими судорогами, разных степеней тяжести, в возрасте от 4,5- до 17 лет.
Курс состоял из 40 сеансов, проводимых 5 раза в неделю, длительностью от 15 до 40 минут.
Положительный эффект лечения наблюдали у всех пациентов без исключения.

11. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ С ИГРОМАНИЕЙ.

Шабельникова О.П., Мясникова А.С.-VI курс
Научные руководители: асс. Н.С. Минеева

При исследовании посвященные патологической азартной игре, соотношение мужчин и женщин составило 10:1. Есть все основания полагать, что игроков среди женщин действительно меньше, это связано с плохой выявляемостью данного расстройства в женской части популяции. Обычно женщин, обращающихся за помощью по поводу эмоциональных

расстройств и проблем, редко расспрашивают об их привычках играть на деньги и они не получают современной, адекватной помощи. Патологические игроки-женщины, предпочитают бинго, а игроки мужчины игральные автоматы.

Нами было проведено исследование 10 человек, находившиеся на лечении по поводу патологической зависимости к игре, в Областном психиатрическом диспансере города Благовещенска. Возраст больных варьировал от 21 до 60 лет (в среднем $40 \pm 2,5$ года).

Большая часть 7 (70%) патологически азартных игроков имели среднее или специальное образование и лишь 3 (30%) имели высшее образование.

Первичным мотивом обращения к игре у 30% обследованных являлось получение удовольствия от острых ощущений («адреналина»); в 20% - получение «легких» денег (наиболее часто для лиц пенсионного возраста). На 2-3-м месте, среди мотивов обращения к игре были мечты о новой жизни («После того как я выиграю, моя жизнь изменится») в 10% случаев или заполнение свободного времени-30%; и 10%-снятие напряжения.

Большинство пациентов 7 (70%) на момент обращения за помощью отмечали своеобразную отрешенность от повседневных забот, чувственную притупленность и погруженность в мир собственных, связанных с игрой переживаний. Больные это состояние описывают как своеобразную «заколдованность», состояние гипноза, транса. Возникновение данного состояния отмечалось пациентами за 1-2 суток перед игрой, в период игры и впервые дни после игры.

В 4 (40%) случаях были выявлены суицидальные мысли. У 5 (50%) наблюдавшихся лиц имелись астенические расстройства - слабость, головокружение, приступы жара или озноба. Симптомы тревоги характеризовались пациентами как нервозность, не возможность усидеть на месте и ощущение что может случиться, что-то плохое.

По результатам настоящего исследования, у патологических игроков были выделены следующие синдромы: астено-депрессивный-3 (30%), тревожно-депрессивный- 4 (40%) случаев, синдром апатической депрессии-3 (30%).

Фобическая симптоматика была тесно связана с психотравмирующими факторами (в частности, с наличием больших долгов) и проявлялась необходимостью избегать знакомых людей, мест, иногда чувством страха на улице (также обусловленного долгами или конфликтными отношениями).

Период формирования патологической зависимости к игре не зависит от пола, и в среднем составило 2-2,5 года. Начало патологической зависимости к игре сопровождалось эмоциональным подъемом, повышением настроения, испытывали при этом чувство удовлетворенности, радости.

У большинства (80%) пациентов в период обострения патологической зависимости от игры отмечались признаки суженного сознания, характеризующиеся поглощенностью объектом (игрой), концентрацией внимания на игре с одновременной отстраненностью от окружающей действительности.

В заключении следует отметить, что нуждаются в исследовании социальные и биологические факторы риска, возникновения патологической зависимости, ее клинические проявления, а также особенности подходов к терапии в условиях российской действительности.



Научный руководитель: доц., к.м.н. О.Ю. Лакоценина
Председатель: Педик И.—бкю
Секретарь: Бардов В.—4к.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ СРОКОВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Педик И.-6 к.

Научный руководитель: доц. О.Ю. Лакоценина

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - одно из наиболее распространенных заболеваний органов дыхания, которое развивается преимущественно во второй половине жизни, чаще в возрасте 40 лет. Эпидемиологические данные свидетельствуют о большей распространенности ХОБЛ среди лиц мужского пола. Однако в тех регионах, где увеличилось количество курящих женщин, эти различия стираются. Одна из особенностей заболевания - его медленное прогрессирование. Часто ХОБЛ развивается у трудоспособных, активных лиц, приводя к временной или стойкой нетрудоспособности. Состояние трудоспособности больных ХОБЛ определяется целым комплексом медицинских и социальных критериев. К основным медицинским критериям следует относить особенности течения заболевания, в частности степень тяжести бронхиальной обструкции, частоту и длительность обострений. Из социальных критериев ведущее значение имеет оценка профессии, характера и условий производственной деятельности.

Цель: анализ длительности временной нетрудоспособности больных ХОБЛ в зависимости от степени выраженности бронхиальной обструкции в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы: исследование было проведено на основании данных, полученных при рецензии амбулаторных карт больных ХОБЛ, находящихся на лечении в поликлиниках г. Благовещенска. В исследование включено 124 пациента с ХОБЛ. Средний возраст больных составил $50,9 \pm 1,1$ лет, из них мужчин было - 81 (65,3%) пациента, женщин - 43 (34,7%) человека. Больные были разделены на 4 группы в зависимости от выраженности бронхиальной обструкции, частоты и длительности обострений заболеваний.

Результаты: в I группу были включены 35 (28,2%) больных ХОБЛ с легким течением заболевания. ОФВ1 в среднем составлял $79,3 \pm 2,2\%$ от должных величин. Во II группу включены 62 (50%) пациента со средней тяжестью ХОБЛ, ОФВ1 равнялся $69,6 \pm 1,1\%$. III группу составляли больные с тяжелым течением заболевания - 25 (20,2%), ОФВ1 - $47,7 \pm 1,3\%$. IV группу составили 2 (1,6%) больных с тяжелым течением заболевания с ОФВ1 $39,4 \pm 0,9\%$. В неблагоприятных производственных условиях инвалидами было признано 22 (17,7%) пациента. Инвалидность III группы была установлена 14 (11,3%) больным, инвалидность II группы - 8 (6,4%) пациентов. Причем, у 6 (4,8%) пациентов была определена 2-я

степень ограничения жизнедеятельности, у 2 (1,6%) человек - 3-я степень ограничения жизнедеятельности. Это больные IV и III клинических групп.

Обострения заболевания у больных I группы наблюдались 1,4 раза в год. Общая временная нетрудоспособность в этой группе составила 568 дней, случаев временной нетрудоспособности - 49, длительность 1 случая временной нетрудоспособности - 11,6 дня. Во II группе больных ХОБЛ обострения наблюдались 2,3 раза в год. Сроки общей временной нетрудоспособности составили 2446 дней, количество случаев временной нетрудоспособности -142, длительность 1 случая временной нетрудоспособности — 17,2 дня. В III группе больных обострения наблюдались 3,4 раза в год. Сроки общей временной нетрудоспособности составили 2023 дня, количество случаев временной нетрудоспособности -90, длительность 1 случая временной нетрудоспособности - 22,4 дня. У пациентов, работающих в неблагоприятных производственных условиях, длительность 1 случая временной нетрудоспособности была больше. У больных I группы этот показатель увеличился на 1,7 дня (14,6%), у больных II группы - на 2,3 дня (13,3%).

Выводы: обострения ХОБЛ во всех случаях привели к временной нетрудоспособности больных. Длительность временной нетрудоспособности зависела от выраженности бронхиальной обструкции, т.е. степени тяжести течения ХОБЛ и условий производственной деятельности.

2. БАД «АНТИСТРЕССОВЫЙ КОМПЛЕКС» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Булдакова И. – 6 к.

Научный руководитель: асс. О.М. Гончарова

Цель работы: оценка влияния БАД «Антистрессовый комплекс» (Гипер, Мистик, Пасси-лат), используемый в качестве одного из компонентов комплексной терапии, на клиническую картину, биохимические показатели больных ИБС, гипертонической болезнью.

Под наблюдением находилось 30 пациентов с ИБС, гипертонической болезнью в возрасте от 24 до 60 лет. Все больные были разделены на 2 группы по 15 человек в каждой (опытная и контрольная). В качестве базисной терапии были использованы следующие препараты: ингибиторы ангиотензинконвертирующего фермента (Энап, Капотен), антагонисты ионов кальция (Верапамил), В - адреноблокаторы (Атенолол, Соталекс), антиагрегационные средства (Предуктал, Кардикет), диуретические средства (Индапамид), содержащие калий (Аспаркам), нормализующие реологические свойства крови (Трентал) и др. Пациенты опытной группы на фоне базисной терапии получали в течение месяца БАД «Антистрессовый комплекс» по 1 кап. 2 р. в день (8 капсул в день) во время еды с пищей. В опытной группе имела тенденция к более значительному снижению как систолического, так и диастолического давления. Положительная динамика ЭКГ наблюдалась у 90,1% больных опытной группы и только у 58% контрольной. У 56%> больных опытной группы отмечался мягкий диуретический эффект. Практически у всех больных ИБС и ГБ с сопутствующей гипомоторной дискинезией толстой кишки и синдромом запоров приема БАД способствовал нормализации стула, который стал более регулярным (от 2-4 раз в неделю до 5-7 раз). В то же время, у больных контрольной группы проблема со стулом еще больше усугубилась. Анализ результатов биохимических исследований сыворотки крови показал, что включение БАД в качестве дополнения к базисной терапии способствовало статистически достоверному ($p<0.05$) снижению уровня триглицеридов, общего холестерина и общего билирубина в сыворотке крови на (15%, 12%, 10% соответственно.) Полученные данные свидетельствуют о нормализующем влиянии БАД «Антистрессовый комплекс» на показатели липидного и пигментного обмена, так как в контрольной группе пациентов достоверных изменений указанных параметров не было. В результате лечения у 41,9% больных опытной и 11,6% пациентов контрольной группы были отменены гипотензивные препараты и коронаролитики. У остальных больных ИБС и гипертонической болезнью дозы медикаментозных средств были снижены в процессе лечения в 1,5 раза, причем уменьше-

ние дозировок используемых препаратов было более выражено в опытной группе больных, принимавших БАД «Антистрессовый комплекс». В результате проводимой терапии у большинства больных исчезли слабость, повышенная утомляемость, головная боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами, ощущение перебоев в области сердца, одышка при физической нагрузке, кардиалгия, отеки ног к вечеру. Причем процент больных, у которых отмечалась положительная динамика этих показателей, в опытной группе, получавшей на фоне базисной терапии был значительно выше по сравнению с контролем. Купирование клинических симптомов констатировалось у больных, получивших базисную терапию с включением БАД «Антистрессовый комплекс», в среднем на 8 дней раньше, чем в контроле. За весь период лечения не было отмечено ни одного случая непереносимости БАД «Антистрессовый комплекс», аллергических явлений и других побочных реакций. Результаты проведенного исследования показывают, что БАД «Антистрессовый комплекс» линии «Direct Hit» компании «Vision international people group» можно рекомендовать в качестве одного из важнейших компонентов комплексной терапии больных ИБС, гипертонической болезнью. Они обладают хорошей переносимостью и оказывают положительное влияние на патогенетические механизмы возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы, снижает риск их возникновения.

3. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ СПИРИВЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Горин А.-5 к.

Научные руководители: доц. О.Ю. Лакоценина, орд. Е.С. Борзенко.

Первоочередной целью лекарственного лечения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) является влияние на уменьшение выраженности симптомов и осложнений, а также улучшение качества жизни пациентов. В такой ситуации вопросники для оценки качества жизни представляют собой важные инструменты для подбора наиболее эффективной терапии ХОБЛ (Чучалин А. Г., 2007).

Цель: оценить качество жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких на фоне применения Спиривы в амбулаторных условиях.

Материалы и методы: оценивались параметры качества жизни (КЖ) у 62 пациентов с ХОБЛ в амбулаторно-поликлинических условиях до приема Спиривы и через 12 месяцев после приема тиотропия бромидом с использованием вопросников: общего вопросника «MOS SF-36 – Краткий медицинский опросник» и специализированного вопросника «SGRQ - Респираторный опросник больницы Святого Георгия».

Результаты: при оценке параметров КЖ с использованием общего вопросника MOS SF-36 показатель шкалы «физическая активность» (PF) исходно составил $33,2 \pm 1,0$ баллов и через 12 месяцев на фоне применения тиотропия бромидом достигнул уровня $65,1 \pm 1,9$ балла при $p < 0,001$. Домен «RP» до приема Спиривы равнялся $32,7 \pm 3,1$ балла и увеличился в 1,9 раз ($63,9 \pm 2,9$ балла, $p < 0,001$). «BP» не имел статистически достоверного значения и к концу исследования составил $69,4 \pm 1,8$, $p > 0,05$ балла ($66,6 \pm 1,9$ балла исходно). Показатель КЖ «GH» показал значительную динамику - $53,7 \pm 0,8$ балла при $p < 0,001$ по сравнению с исходным ($34,2 \pm 0,8$ балла). Домен «VT» составил к началу исследования $44 \pm 0,8$ балла и достоверно увеличился в 1,3 раза ($60,4 \pm 1,8$ балла, $p < 0,001$). Параметр «SF» улучшился до статистически значимого - $75,1 \pm 2,6$ балла, $p < 0,05$ по сравнению с исходным показателем ($64,2 \pm 2,7$). Шкалы «RE» и «MH» достигли статистически значимого уровня к концу исследования на фоне применения Спиривы и составили $66,4 \pm 2,2$ балла и $59,3 \pm 1,1$ баллов соответственно, при $p < 0,001$ по сравнению с исходными значениями ($44,3 \pm 2,4$ балла и $43,29 \pm 0,9$ балла соответственно).

При анализе данных, полученных при использовании специализированного вопросника SGRQ, показатель КЖ «Symptoms» достоверно улучшился и составил к концу исследования $23,9 \pm 1,4$ балла ($p < 0,05$ по сравнению с исходным $41,5 \pm 1,6$ балла), домен «Activity» достиг достоверно значимого уровня по сравнению с исходными данными ($48,9 \pm 1,7$ баллов) и составил $23,8 \pm 1,5$

балла, при $p < 0,05$. Компоненты «Impact» и «Total» у больных ХОБЛ уменьшились на 16,5 и 19,7 баллов соответственно при лечении Спиривой.

Выводы: на фоне лечения Спиривой в течение года в амбулаторных условиях общие и специфические показатели качества жизни больных ХОБЛ значительно улучшаются, исключая «ВР» (не имел статистически достоверного значения к концу проводимого исследования).

4. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОРМОДИПИНА У БОЛЬНЫХ, РЕЗИСТЕНТНЫХ К ЛЕЧЕНИЮ ДРУГИМИ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ СРЕДСТВАМИ, В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кашенко А. - 4 к.

Научный руководитель: доц. О.Ю. Лакоценина.

Нормодипин является наиболее широко используемым представителем антагонистов кальция пролонгированного действия, оказывающим равномерный гипотензивный эффект на протяжении суток и способным предотвращать подъемы артериального давления (АД) в ранние утренние часы, когда значительно повышен риск сердечно-сосудистых катастроф и смерти. Немаловажным является удобный однократный режим дозирования препарата, хорошая переносимость и, как правило, эффективная терапия.

Цель: изучение клинической эффективности нормодипина у больных, резистентных к лечению ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), бета-адреноблокаторами, допаминотом, развитием осложнений в ходе лечения этими препаратами или наличия противопоказаний к их назначению.

Материалы и методы: в исследование были включены 15 человек (11 мужчин и 4 женщины) в возрасте от 21 до 72 лет. У 12 (86%) больных имелась артериальная гипертензия (АГ) II ст. Средняя давность АГ составила 12 лет. У большинства больных имелись сопутствующие факторы риска: ожирение - 52%, отягощенная наследственность по АГ - 31%, наличие ИБС - 40%, вредные привычки (алкоголь, курение) - 10%, гиподинамия - 25%, психоэмоциональный фактор - 15%. У 3 (20%) больных имела место гемодинамическая АГ. Ранее лечились по поводу АГ 80% больных - все они длительно принимали ингибиторы АПФ в максимальных суточных дозах, с развитием резистентности к ним и появлением осложнений (сухой кашель). Нормодипин назначали в дозе 5 мг. один раз в сутки. При уровне АД выше 140/90 мм рт.ст. через одну неделю дозу нормодипина увеличивали до 10 мг. однократно в сутки. Продолжительность лечения составила 6 недель. В дни обращения к врачу у больных измерялось АД, ЧСС; оценивалась переносимость препарата, психологический настрой на лечение. На протяжении лечения пациенты вели дневник наблюдения, измеряли АД утром и вечером.

Суточное мониторирование АД проводили с использованием портативной системы АВРМ - 02 (фирма «МесШех», Венгрия) с 15-минутными интервалами в дневное и 30-минутными интервалами в ночное время. При анализе результатов мониторирования АД учитывались: средние показатели систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), ЧСС за сутки, а также отдельно в дневное и ночное время.

Результаты: гипотензивный эффект на фоне приема нормодипина в дозе 5 мг. однократно был зафиксирован уже на 1-й неделе терапии. САД снизилось со 160 до 135 мм рт.ст., ДАД с 95 до 84 мм рт.ст. Целевой уровень АД (САД < 140 мм рт.ст. и ДАД < 90 мм рт.ст.) был достигнут у 8 (53%) больных. Доза нормодипина до 10 мг. в сутки была увеличена у 7 (47%) больных. У этих к концу лечения САД снизилось до 132 мм рт.ст., ДАД - до 84 мм рт.ст. Снижение САД на фоне 6-недельной терапии нормодипином 5 - 10 мг. в сутки однократно составило 24 мм рт.ст., ДАД - 11 мм рт.ст. Целевой уровень АД < 140/90 мм рт.ст. был достигнут у 74 % больных, гипотензивный эффект нарастал постепенно.

При почасовой динамике показателей АД и ЧСС, в период с 22 ч. вечера до 9 ч. утра, по данным суточного мониторирования АД, выявлено, что на фоне утреннего приема нормодипина в суточной дозе 5 - 10 мг. наблюдалось снижение САД и ДАД в течение всего периода наблюдения, в том числе наиболее уязвимое время - ранние утренние часы (с 4 ч. до 9 ч. утра).

По результатам суточного мониторирования АД исходная ЧСС составила 66 уд. в минуту, в конце лечения 69-70 уд. в минуту. На фоне лечения отмечено улучшение клинического состояния у 13 пациентов - уменьшение головных болей, повышение работоспособности. У 3 больных с сопутствующей ИБС отмечено значительное уменьшение приступов стенокардии. В то же время на фоне снижения АД у 2 больных были зафиксированы выраженная синусовая тахикардия, отеки конечностей, головная боль, в связи с чем препарат был отменен, и больные выбыли из исследования.

Закончили исследование 13 человек: у 9 (69%) - переносимость нормодипина хорошая, у 4 (31%) - удовлетворительная. В легкой форме отмечались такие симптомы, как пастозность нижних конечностей, ощущение сердцебиения, головная боль.

Выводы: нормодипин, принимаемый в дозе 5 - 10 м.г в сутки однократно, обеспечивает хороший гипотензивный эффект с достижением целевого уровня АД (<140/90 мм рт.ст.) у 74 % больных. Антигипертензивный эффект нормодипина характеризуется равномерностью действия на протяжении суток, том числе в ранние утренние часы, что очень важно с прогностической точки зрения в плане профилактики мозговых инсультов, острых коронарных синдромов и связанных с ними повышенной смертности.

5. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕПТРАЛА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Юсина М.- 6 к.

Научный руководитель: асс. Е.В. Лобанова

В течение длительного периода времени отсутствовали достаточно эффективные методы лечения хронических вирусных гепатитов, и не было возможности предотвратить развития у значительного числа пациентов грозных исходов этого заболевания – цирроза печени. Ситуация изменилась с появлением препаратов альфа-интерферонов. Неплохие результаты интерферонотерапии хронических вирусных гепатитов сочетаются с высокой стоимостью курсового лечения и иногда сопровождаются нежелательными побочными эффектами, значительно ухудшающими качество жизни пациентов. Эти обстоятельства побуждают искать новые пути, способствующие повысить эффективность лечения вирусных гепатитов. В последнее время в этом направлении активное внимание уделяется гепатопротекторам, одним из которых является Гептрал (адemetионин). Препарат обладает детоксикационным, регенерирующим, антиоксидантным, антифиброзирующим, нейропротективным действием.

Цель: оценка клинической эффективности препарата Гептрал у больных хроническим вирусным гепатитом (ХВГ), циррозом печени (ЦП) в комплексном лечении этих больных.

Материалы и методы: под наблюдением находились 23 пациента, из них 4 женщины и 19 мужчин. Исследовались маркеры гепатитов В и С, активность трансаминаз, острофазовых реакций, белоксинтезирующая функция печени, обмен холестерина, уровень билирубина. Снижение функции печени оценивалось по протромбиновому показателю, состояние портального кровотока по наличию асцитической жидкости по результатам УЗИ внутренних органов. Результаты: Гептрал назначался интенсивным курсом в течение двух недель в дозе 400-800 мг по 5 мл внутримышечно однократно, в зависимости от активности процесса, функционального состояния печени и портального кровообращения. Поддерживающая терапия препаратом заключалась в назначении Гептрала в дозировке от 2 до 4 таблеток в сутки, в среднем 2-4 недели. Положительный эффект от лечения отмечался через 2 недели от начала лечения у всех пациентов.

Выводы: результаты исследований позволили значительно расширить представления о механизмах влияния гепатопротекторов, их положительном влиянии на цитолитический синдром, синдром холестаза. Гепатопротективное действие проявлялось в более быстром купировании диспепсических явлений, нормализации активности трансаминаз, уменьшении УЗИ- признаков повреждения печени.

6. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ХРОНИ-

ЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Кузьмина А. -5 к.

Научный руководитель: доц. О.Ю. Лакоценина, орд. И.Ю.Юрченко И.Ю.

Ведущей позицией медико-социальной экспертизы является не только определение степени утраты трудоспособности, но и определение возможности восстановления или компенсации нарушенных функций, оценка компенсаторно-адаптационных возможностей, реализация которых может способствовать функциональной, психологической, социально-средовой, профессиональной адаптации, предотвратить комплекс неполноценности, содействовать реабилитации инвалида.

Цель: проведение медико-социальной экспертной оценки больных ХОБЛ.

Материалы и методы: обследовано 122 пациента с ХОБЛ. Среди изученного контингента больных было 59,8% мужчин и 40,2% - женщин. Средний возраст больных составил $54,19 \pm 1,85$ года ($p < 0,001$). Лица зрелого, наиболее трудоспособного возраста составили группу из 87 человек (71,3%). Средняя продолжительность заболевания была $16,53 \pm 1,36$ лет.

Результаты: выявлено, что лица с продолжительностью заболевания более 20 лет составили 73,8%, менее 10 лет – 14,6%. Отмечено, что степень тяжести ХОБЛ находилась в прямой зависимости от длительности заболевания. Среди обследованных больных чаще встречались лица физического труда различной интенсивности (67,2%). Наличие неблагоприятных условий труда установлено у 34,4% больных. Основными из них были неадекватные физические нагрузки (12,6%), задымленность и запыленность рабочих помещений (11,8%), частое воздействие низких температур (27,9%). Курили 67,2% больных. В качестве основных медицинских критериев, определяющих трудоспособность больных использовался уровень тяжести бронхиальной обструкции (ОФВ1), выраженность дыхательной недостаточности и хронического легочного сердца (ХЛС). Легкая степень бронхиальной обструкции (ОФВ1 – $74,32 \pm 2,12\%$) диагностирована у 27,9% больных, среднетяжелая (ОФВ1 – $61,17 \pm 2,32\%$) – у 50,8%, тяжелая (ОФВ1 – $43,82 \pm 3,21\%$) – у 21,3%. Дыхательная недостаточность II степени наблюдалась у 51,6% больных, дыхательная недостаточность III степени – у 20,5% больных. ХЛС I ст. выявлено в 33,6% случаев, ХЛС II ст. – в 21,3%, ХЛС III ст. – в 18,8% случаев. Начальные проявления дыхательной недостаточности и легкая степень бронхиальной обструкции редко приводят к ограничениям жизнедеятельности, лишь в случаях профессиональной непригодности имеются признаки ограничения трудовой деятельности I степени. Эту группу составили 22,9% больных ХОБЛ с ДН I-II степени, работающих в неблагоприятных производственных условиях. Им была установлена инвалидность III группы.

Инвалидами II группы признано 61,5% больных ХОБЛ с признаками ХЛС II-III стадии. Ограничения жизнедеятельности в сфере способности к самообслуживанию второй степени и способности к передвижению третьей степени были выявлены у 15,7% больных. Ограничения жизнедеятельности в сфере способности к передвижению и трудовой деятельности второй степени выявлены у 45,9%. Инвалидами I группы признаны 5,7% пациентов с тяжелым течением ХОБЛ, осложненным ХЛС III ст., у которых были выявлены ограничения в сфере способности к самообслуживанию и передвижению третьей степени.

Вывод: среди инвалидов в следствие ХОБЛ преобладают мужчины (59,8%). В структуре инвалидности преобладает II группа инвалидности. У инвалидов в следствие ХОБЛ развиваются ограничения жизнедеятельности, в основном, в сфере способности к трудовой деятельности и способности к передвижению. Все инвалиды нуждаются в мероприятиях медицинской реабилитации.

7. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ У БОЛЬ-

НЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Лебедева И. – 6 к.

Научный руководитель: профессор С.Ю. Ландышев

Лечение пневмонии включает воздействие на этиологический фактор, патогенетическое и симптоматическое лечение. В большинстве случаев, назначая антибиотики, врач поликлиники не имеет информации о возбудителе. На определение этиологии пневмонии и чувствительности микрофлоры к антибиотикам требуется несколько дней. На амбулаторно-поликлиническом этапе выбор антибиотика осуществляется на основании данных эпидемиологического анамнеза и особенностей клинических проявлений пневмонии, принадлежности к нозокомиальной или внутрибольничной пневмонии, степени тяжести пневмонии и результатов микроскопии мокроты по Грамму. Выбор первого антибиотика практически осуществляется врачом первично звена здравоохранения эмпирически. Стартовая, эмпирически выбранная терапия в случае неэффективности лечения через 48-72 часа должна обязательно корректироваться на основании данных бактериологического исследования, при возможности, на основании данных посева мокроты или аспирата из дыхательных путей. В клинической практике макролиды рассматриваются наиболее приемлемой альтернативой пенициллинам, а во многих случаях являются препаратами выбора. Целью работы являлась сравнительная оценка лечения кларитромицином и традиционной антибактериальной терапии внебольничной пневмонии. С целью оценки эффективности лечения кларитромицином был проведен сравнительный анализ результатов лечения у 40 больных с внебольничной пневмонией (ВП), которые лечились амбулаторно и стационарно. Первая группа состояла из 20 человек, получавших антибактериальную терапию кларитромицином по 250 мг или 500 мг 2 раза в день. Средний курс лечения продолжался от 7 до 12 дней. Вторая группа - 20 человек получала - традиционную терапию. Антибактериальная терапия проводилась антибиотиками разных групп. Продолжительность лечения больных 2-ой группы (стационарные больные) составила от 19 до 21 дня. В обеих группах антибиотики назначались в кратчайшие сроки после установления диагноза ВП (от 1 до 3 суток). Во 2 группе чаще использовался пенициллин, преимущественно при пневмококковой инфекции. Сравнимые группы больных были репрезентативны по возрасту, половому составу, функции внешнего дыхания (ФВД), клиническим, рентгенологическим данными, характеру микрофлоры мокроты. В обеих группах в мокроте преобладала стрептококковая инфекция (*S. Pneumoniae* и *S. Pyogenes*), соответственно 51% в первой группе и 55% во второй группе. На втором месте выявлялись энтеробактерии, соответственно 28% и 22% в ассоциации с другой микрофлорой. Другие микроорганизмы определялись реже (от 5% до 13%): дрожжевые грибы, золотистый стафилококк, микопlasма, гемофильная палочка. Все больные имели симптомы интоксикации (лихорадка, потливость, тахикардия, слабость) и лабораторные признаки: лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Физикальные изменения в легких различной степени выраженности также выявлены у всех больных 1-ой и 2-ой группы. После лечения кларитромицином у больных 1 группы в мокроте высевалась микрофлора только у 4-х больных (дрожжевые грибы). У больных 2-ой группы, получавших традиционную терапию антибиотиками, высевались пневмококки у 10% больных, пиогенный стрептококк – 5%, стафилококк - у 3% больных. При применении кларитромицина побочных явлений у больных ВП не отмечено. Сроки временной нетрудоспособности в первой группе составили $11,05 \pm 1,2$ дня. Во 2 группе - $20,2 \pm 1,2$ дня, что на 9,15 дней больше, чем в первой группе. Таким образом, кларитромицин является высокоэффективным препаратом лечения ВП.

8. ПРИМЕНЕНИЕ ДОПЛЕРЭХОКАРДИОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГОЧНОЙ

ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Бардов В.-4 к.

Научный руководитель: доц. О.Ю. Лакоценина.

Легочная гипертензия у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) является фактором прогрессирования заболевания, определяющим прогноз трудоспособности и жизни пациентов.

Цель: оценка степени легочной гипертензии у больных ХОБЛ методом доплерэхокардиографии в условии первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы: обследовано 35 больных с установленным диагнозом ХОБЛ (22 мужчины, 13 женщин) в возрасте $51,3 \pm 1,1$ лет без сопутствующей патологии. Среди них 12 пациентов являлись инвалидами 3-й группы и 9 – 2-й группы. Всем больным выполнялась доплерэхокардиография на стационарной ультразвуковой сканирующей системе “Acuson” – 128 XP – 10 (Япония) с использованием секторного датчика с частотой 2,5 – 3,5 мГц. Систолическое давление в легочной артерии рассчитывали как сумму систолического транскуспидального градиента давления и давления в правом предсердии. Давление в правом предсердии рассчитывали по диаметру нижней полой вены и её реакции на вдох. В режиме цветового доплеровского картирования регистрировался поток трикуспидальной регургитации. В триплексном режиме сканирования при помощи непрерывного Доплера оценивалась скорость струи трикуспидальной регургитации. Результаты исследования статистически обрабатывались по общепринятым методикам.

Результаты: у пациентов с легким течением ХОБЛ показатели систолического давления в легочной артерии были несколько повышены и составили $30,0 \pm 0,8$ мм. рт. ст., причем у 8-ми (22,8%) – давление в легочной артерии было нормальным. У всех пациентов со среднетяжелым течением ХОБЛ выявлена умеренная легочная гипертензия ($39,0 \pm 0,6$ мм. рт. ст.). У больных с тяжелым течением заболеванием в 83,3% случаев регистрировалась значительная легочная гипертензия, её цифры достигали $52,1 \pm 0,9$ мм. рт. ст. У всех больных с крайне тяжелой ХОБЛ определялась тяжелая легочная гипертензия с высокими показателями систолического давления в легочной артерии ($58,0 \pm 0,7$ мм. рт. ст.).

Выводы: метод доплерэхокардиографии позволяет определить степень легочной гипертензии и трудовой прогноз больных ХОБЛ.

Несвоевременная постановка диагноза пневмонии влечет за собой позднее назначение антибактериальной терапии, что как правило, приводит к ее затяжному течению. Первым с больным пневмонией, в большинстве случаев, встречается участковый врач. От его знаний, умений, правильно выбранного объема диагностического обследования зависит прогноз заболевания (полное выздоровление, переход в затяжное течение, осложнения, неполное разрешение воспалительного процесса в легких). При анамнезе 387 амбулаторных карт и историй болезни больных, обратившихся к врачам 1й – муниципальной поликлиники 1й муниципальной клинической больницы г. Благовещенска было установлено, что при осмотре больных участковыми и цеховыми врачами в 1й день обращения у 125 из 387 больных (32,3%) диагноз пневмонии не был установлен, при этом ошибочно диагностированы ОРВИ, острый бронхит (ОБ), грипп, миозит и межреберная невралгия. Гипердиагностика пневмонии в 1й день обращения выявлена у 93 больных (24%), у которых в дальнейшем диагноз не подтвердился и при обследовании выставлены диагнозы: ОБ, ОРВИ, грипп, ХОБЛ и другие заболевания. Диагноз пневмония, таким образом, в 1й день обращения установлен менее чем у половины больных – у 169 человек (46,2%), что в основном обусловлено атипичностью течения и скудностью клинических симптомов. Значительное влияние на течение пневмонии оказывают сроки назначения антибиотиков, адекватный их выбор и дозы. Адекватная антибактериальная терапия в группе больных с пневмонией назначалась в среднем с 3-го дня болезни, в группе больных затяжной с пневмонией назначалась в среднем с 5,4 дня болезни. Антибиотики больных остроотекущей

пневмонией (ОП) получали в среднем 10,2 дня, а при ЗП, среднем 22,6 дня. Отсутствие или незначительный клинический эффект, динамики лабораторных и рентгенологических данных в первые 10 дней назначения антибактериальной терапии зарегистрированы у 134(67,№%) больных ЗП и у 72 (35,6%) больных ОП, что потребовало смены или дополнительного назначения антибиотиков больным ЗП в 64,3% случаев, при ОП это потребовалось у 17,8% больных. При ЗП чаще развивались осложнения от применения антибиотиков (аллергические реакции, дисбактериоз и другие), соответственно у 6% больных ЗП и у 1,9% больных ОП. Изучение факторов риска затяжного течения пневмонии показало, что ЗП чаще развивается среди мужчин зрелого и пожилого возраста. Курение, как один из важнейших факторов развития ЗП составил у больных этой группы 83,9% у больных ОП 42%. Профессиональные вредности (запыленность, загазованность) также преобладали у больных ЗП (68,3%) по сравнению с больными ОП (37,6%). ЗП чаще чем ОП развивалась на фоне гриппа и ОРВИ. 17% больных ОП и 26,6% больных ЗП злоупотребляли приемом алкоголя у каждого второго больного ЗП в анамнезе отмечались перенесенные в прошлом пневмонии. Хронические очаги инфекции верхних дыхательных путей и аллергия выявлялись с одинаковой частотой при ОП и ЗП. Таким образом, среди обследованных больных важными факторами риска, предрасполагающими к замедленному разрешению воспалительного процесса в легких являются курение, профессиональные вредности, переохлаждение, вирусные инфекции, перенесенные в прошлом пневмонии, злоупотребление алкоголем. Атипичное начало пневмонии, особенно среди лиц пожилого возраста, затрудняет своевременную диагностику пневмонии и раннее начало антибактериальной пневмонии. ЗП не является самостоятельным заболеванием, а только вариантом пневмонии. Известные трудности в диагностике возникают, если ЗП протекает на фоне ХОБ. При постановке диагноза следует исключить другие заболевания легких (туберкулез, диссеминированные заболевания легких, новообразования, врожденные аномалии). Затяжной воспалительный процесс в легких наносит ощутимый ущерб здоровью населения и государству в целом.

9. ФАКТОРЫ РИСКА ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ

Лебедева И. -6 к.

Научный руководитель: профессор С.Ю. Ландышев

Несвоевременная постановка диагноза пневмонии влечет за собой позднее назначение антибактериальной терапии, что как правило, приводит к ее затяжному течению. Первым с больным пневмонией, в большинстве случаев, встречается участковый врач. От его знаний, умений, правильно выбранного объема диагностического обследования зависит прогноз заболевания (полное выздоровление, переход в затяжное течение, осложнения, неполное разрешение воспалительного процесса в легких). При анамнезе 387 амбулаторных карт и историй болезни больных, обратившихся к врачам 1й – муниципальной поликлиники 1й муниципальной клинической больницы г. Благовещенска было установлено, что при осмотре больных участковыми и цеховыми врачами в 1й день обращения у 125 из 387 больных (32,3%) диагноз пневмонии не был установлен, при этом ошибочно диагностированы ОРВИ, острый бронхит (ОБ), грипп, миозит и межреберная невралгия. Гипердиагностика пневмонии в 1й день обращения выявлена у 93 больных (24%), у которых в дальнейшем диагноз не подтвердился и при обследовании выставлены диагнозы: ОБ, ОРВИ, грипп, ХОБЛ и другие заболевания. Диагноз пневмония, таким образом, в 1й день обращения установлен менее чем у половины больных – у 169 человек (46,2%), что в основном обусловлено атипичностью течения и скудностью клинических симптомов. Значительное влияние на течение пневмонии оказывают сроки назначения антибиотиков, адекватный их выбор и дозы. Адекватная антибактериальная терапия в группе больных с пневмонией назначалась в среднем с 3-го дня болезни, в группе больных затяжной с пневмонией назначалась в среднем с 5,4 дня болезни. Антибиотики больных остротечущей пневмонией (ОП) получали в среднем 10,2 дня, а при ЗП, среднем 22,6 дня. Отсутствие или

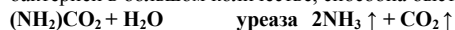
незначительный клинический эффект, динамики лабораторных и рентгенологических данных в первые 10 дней назначения антибактериальной терапии зарегистрированы у 134 (67,8%) больных ЗП и у 72 (35,6%) больных ОП, что потребовало смены или дополнительного назначения антибиотиков больным ЗП в 64,3% случаев, при ОП это потребовалось у 17,8% больных. При ЗП чаще развивались осложнения от применения антибиотиков (аллергические реакции, дисбактериоз и другие), соответственно у 6% больных ЗП и у 1,9% больных ОП. Изучение факторов риска затяжного течения пневмонии показало, что ЗП чаще развивается среди мужчин зрелого и пожилого возраста. Курение, как один из важнейших факторов развития ЗП составил у больных этой группы 83,9% у больных ОП 42%. Профессиональные вредности (запыленность, загазованность) также преобладали у больных ЗП (68,3%) по сравнению с больными ОП (37,6%). ЗП чаще чем ОП развивалась на фоне гриппа и ОРВИ. 17% больных ОП и 26,6% больных ЗП злоупотребляли приемом алкоголя у каждого второго больного ЗП в анамнезе отмечались перенесенные в прошлом пневмонии. Хронические очаги инфекции верхних дыхательных путей и аллергия выявлялись с одинаковой частотой при ОП и ЗП. Таким образом, среди обследованных больных важными факторами риска, предрасполагающими к замедленному разрешению воспалительного процесса в легких являются курение, профессиональные вредности, переохлаждение, вирусные инфекции, перенесенные в прошлом пневмонии, злоупотребление алкоголем. Атипичное начало пневмонии, особенно среди лиц пожилого возраста, затрудняет своевременную диагностику пневмонии и раннее начало антибактериальной пневмонии. ЗП не является самостоятельным заболеванием, а только вариантом пневмонии. Известные трудности в диагностике возникают, если ЗП протекает на фоне ХОБ. При постановке диагноза следует исключить другие заболевания легких (туберкулез, диссеминированные заболевания легких, новообразования, врожденные аномалии). Затяжной воспалительный процесс в легких наносит ощутимый ущерб здоровью населения и государству в целом.

10. ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИИ *HELICOLARTES PYLORI* ПО УРЕАЗНОЙ АКТИВНОСТИ БИОПТАТА (IN VITRO)

Головачев Е. – 6 к.

Научный руководитель: асс. Шпильчук Т.Н.

Инфицированность населения России бактерией *Helicobacter pylori* (Н.р.) очень велика и достигает 80% в таких крупных регионах как Сибирь, Дальний Восток, Юг России (В.Т. Ивашкин, 2002г.) Инфекция Н.р. является доказанной причиной развития таких распространенных и тяжелых заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта как хронический антральный гастрит, хронический эрозивный гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, рак желудка, мальтома желудка. Для определения тактики лечения больных с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта исключительно важное значение имеют результаты исследования наличия в слизистой оболочке желудка Н.р., которое может проводиться различными методами, отличающимися высокой чувствительностью и специфичностью, но имеющие свои показания. Биохимические методы, из которых чаще всего применяется быстрый уреазный тест, являются наиболее популярными при первичной диагностике инфекции Н.р. Цель нашей работы: диагностика инфекции Н.р. по активности биоптатов с использованием устройства ХЕЛПИЛ – тест АМА (Ассоциация медицины и аналитики) в амбулаторных условиях у больных с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки. Данное устройство предназначено для специфической быстрой диагностики хеликобактериоза при эндоскопическом обследовании. В основе ХЕЛПИЛ – теста лежит биохимический метод определения инфекции Н.р. по активности фермента уреазы. Уреаза, которая вырабатывается бактерией в большом количестве, способна быстро гидролизовать субстрат карбамида:



Аммиак, образуется при гидролизе, взаимодействует с индикаторной системой устройства ХЕЛПИЛ – теста и изменяет цвет теста с желтого на синий. Чувствительность определения не менее 0,1 Ег УА в пробе. Время анализа не более 3 минут. Время сохранения инди-

каторного эффекта – не более 10 минут. Анализируемые образцы – биоптаты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки помещались на сухую волокнистую поверхность ХЕЛПИЛ – теста после освобождения поверхности индикаторного диска от защитной полимерной пленки. Появление окрашенного пятна в течение 3-х минут свидетельствует о высокой уреазной активности Н.р.(+). Если окрашивание нет – результат отрицательной Н.р.(-). Исследование проведено у 50 больных в возрасте от 21 года до 77 лет, на базе МУЗ поликлиники №1 г. Благовещенска, из них мужчин было – 20, женщин – 30. Структура заболеваний: язвенная болезнь желудка – 8 (16%) больных, язва двенадцатиперстной кишки – 19 (38%), эрозии желудка – 10 (20%), гастродуоденит – 4 (8%), поверхностный гастрит 4 (8%), атрофический гастрит - 1 (2%), гастрит оперированного желудка – 2 (4%), полипы желудка – 2 (4%). Положительные результаты ХЕЛПИЛ – теста получены в 38 (76%) исследованиях. В 26 (68,4%) тестах изменение окраски происходило быстро, окрашенное пятно было ярче и больших размеров, что свидетельствует о высокой уреазной активности биоптатов. В 2-х случаях результат оценен как сомнительный (+ -), в 10 (20%) – отрицательный - Н.р.(-). Сомнительный результат получен при исследовании биоптатов у одного больного с язвой двенадцатиперстной кишки и одного случая хронического гастрита. Н.р.(-) выявлен у всех больных с оперированным желудком, полипами желудка, у 3-х больных с язвенной болезнью желудка и у 2-х больных хроническим гастритом. Один отрицательный результат получен у больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после проведения эрадикационной терапии (контрольное обследование).

11. ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ВЫРАЖЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ СИМПТОМАТИКИ И ПАРАМЕТРОВ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 2-Й СТАДИИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ СПИРИВЫ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Елагина Е.-6 к., Млавец Д.-6 к.

Научные руководители: асс. Т.Н. Шпильчук, орд. Е.С. Борзенко

Цель: оценка динамики выраженности респираторной симптоматики и параметров функции внешнего дыхания у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) 2-й стадии на фоне применения тиотропия бромид (Спиривы) в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 36 больных ХОБЛ 2-й стадии в возрасте от 41 до 74 лет. Средний возраст составил $59,2 \pm 1,5$ года. Средняя длительность заболевания – $16,3 \pm 2,8$ года. Индекс курения был равен $35,7 \pm 3,9$ пачки/лет. М-холинолитик длительного действия препарат Спирива (тиотропия бромид) фирмы Boehringer Ingelheim назначали в дозе 18 мкг. при однократной ингаляции в день через ХандиХалер больным ХОБЛ 2-й стадии в амбулаторных условиях. Длительность приема препарата составила 24 недели. Клиническую оценку динамики симптомов ХОБЛ проводили по системе баллов (Е.И. Шмелев, М.А. Хмелькова, 2005). Функцию внешнего дыхания (ФВД) оценивали до начала исследования, через 12 недель, через 24 недели. Измеряли следующие показатели: жизненную емкость легких (ЖЕЛ), форсированную ЖЕЛ (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за одну секунду (ОФВ1), индекс Тиффно (ИТ), пиковую объемную скорость (ПОС), максимальную объемную скорость на уровне 50% ЖЕЛ (МОС50), максимальную объемную скорость на уровне 25% ЖЕЛ (МОС25).

Результаты: до начала исследования у 6 больных одышка была выраженной, умеренно ограничивающей активность, у 30 пациентов минимальное проявление одышки, не ограничивающее активность. После 12 недель лечения 7 больных отметили исчезновение одышки, у 27 одышка была минимальной, у 2 пациентов одышка оставалась выраженной, ограничивающей активность. Через 24 недели 15 человек отметили исчезновение одышки, у 20 пациентов одышка была минимальной, у 1 человека одышка имела выраженный характер.

До начала исследования 18 больных отмечали редкие эпизоды кашля в течение дня, 15 пациентов жаловались на утренний кашель, у 3 человек кашель был почти постоянным. После 12

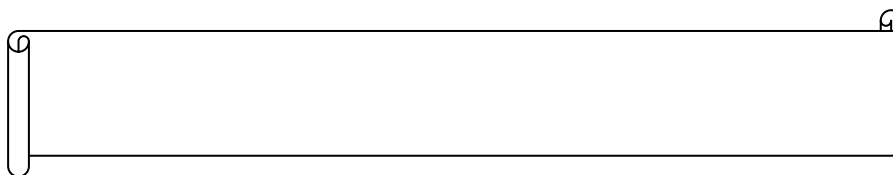
недель лечения 2 человека отметили исчезновение кашля, 23 пациента отмечали только утренний кашель, у 10 больных сохранялись эпизоды кашля в течение всего дня, 1 человек продолжал жаловаться на почти постоянный кашель. Через 24 недели лечения тиотропия бромидом 8 человек отметили исчезновения кашля, 24 больных беспокоил утренний кашель, у 2 человек сохранялись редкие эпизоды в течение дня.

До включения в исследование при аускультации у 14 пациентов выслушивались единичные постоянные хрипы, у 22 больных выслушивались единичные хрипы, исчезающие при покашливании. После 12 недель лечения у 6 человек при аускультации хрипы в легких не выслушивались, у 29 пациентов выслушивались единичные хрипы, исчезающие при покашливании, у 1 пациента при аускультации были единичные постоянные хрипы. Через 24 недели у 16 больных хрипы не выслушивались, у 20 пациентов выслушивались единичные хрипы, исчезающие при покашливании.

До начала исследования 16 пациентов жаловались на постоянное отделение скудного количества мокроты, у 2 больных отделялось умеренное количество мокроты (до 50 мл.) в течение дня, у 14 человек мокрота была скудной непостоянной, у 4 пациентов мокроты не было. После 12 недель лечения у 7 пациентов выделение мокроты прекратилось, у 21 – продолжалось выделение скудного количества мокроты непостоянно, 8 больных продолжали жаловаться на постоянное отделение скудного количества мокроты. Через 24 недели у 13 человек выделение мокроты прекратилось, у 23 отмечалось выделение скудного количества мокроты непостоянно.

При анализе выраженности клинической симптоматики в баллах у больных ХОБЛ 2-й стадии в течение 24 недель регулярного приема тиотропия бромида, прослеживалось достоверное уменьшение выраженности клинических симптомов (рис.1). Были прослежены изменения параметров ФВД в течение всего периода наблюдения. При анализе динамики ФВД отмечается статистически достоверное улучшение показателей бронхиальной проходимости (табл.1).

Выводы: регулярное лечение М-холинолитиком длительного действия тиотропия бромидом (Спиривой) у больных ХОБЛ 2-й стадии приводит к уменьшению выраженности клинических симптомов, повышению качества жизни и улучшению всех показателей бронхиальной проходимости.



ОГЛАВЛЕНИЕ

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

1. ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ – 5
2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ H_2O_2 В КВВ С ПОМОЩЬЮ БИОАНАЛИЗАТОРА С ХИМИЧЕСКИМ СЕНСОРОМ - 6
3. ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ МЕТАЛЛОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА - 7
4. АНКСИОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОДНОГО ДИГИДРОКВЕРЦЕТИНА НК-2 - 7
5. КАК ПРАВИЛЬНО ОРГАНИЗОВАТЬ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ОБЛАСТИ НУТРИЕНТОЛОГИИ (HUMAN NUTRITION) - 9
6. МОНИТОРИНГ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ВЛИЯНИЯ СОЕВОГО БЕЛКА И КАЗЕИНА НА ЛИПИДЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ЛЮДЕЙ С УМЕРЕННОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ – 9
7. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ СОЕВОГО БЕЛКА И КАЗЕИНА НА ЛИПИДЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ЛЮДЕЙ С УМЕРЕННОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ - 10
8. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ СОЕВОГО БЕЛКА И КАЗЕИНА НА ЛИПИДЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ЛЮДЕЙ С УМЕРЕННОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ - 11
9. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНО МОДИФИЦИРОВАННЫХ ЛИПИДОВ В КВВ - 12
10. АТЕРОСКЛЕРОЗ — СИНДРОМ ДЕФИЦИТА В КЛЕТКАХ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ПОЛИЕНОВЫХ ВЫСШИХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ – 12
11. АДИПОНЕКТИН И ЕГО РОЛЬ В УЧАСТИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ОРГАНИЗМА - 13
12. ВЛИЯНИЕ ТЕРМИЧЕСКИ ОБРАБОТАННОЙ СОИ НА КОГНИТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ САМЦОВ И САМОК ЛАБОРАТОРНЫХ БЕЛЫХ КРЫС, НА ФОНЕ ЭЛЕКТРОКОЖНОГО РАЗДРАЖЕНИЯ - 14
13. БИОХИМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЛИЗОФОСФОЛИПИДОВ - 15
14. ОСОБЕННОСТИ ФОСФОЛИПИДНОГО СОСТАВА ГОЛОВНОГО МОЗГА ЖИВОТНЫХ - 16
15. ПРИМЕНЕНИЕ БЛАГОРОДНЫХ МЕТАЛЛОВ В МЕДИЦИНЕ – 17
16. ХИМИЯ БИОГЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ IA и IIA ГРУПП – 17
17. ПОЛИМЕРЫ В МЕДИЦИНЕ – 18
18. ОСНОВЫ ФАРМАКОКИНЕТИКИ КАК НАУКИ –16
19. ИНФОРМАЦИОННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЭФФЕКТОВ ПЛАЦЕБО -20
20. НАНОПАТОЛОГИЯ - АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ПАТОФИЗИОЛОГИИ (НАУЧНЫЙ ОБЗОР) – 25
21. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АДАПТОГЕНОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПРИ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ НА ТЕПЛОКРОВНЫЙ ОРГАНИЗМ - 22

БИОЛОГО-МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ВАРИАНТАХ УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ТВОРЧЕСТВА

1. АКАДЕМИКУ Н.И.ВАВИЛОВУ 120 ЛЕТ – МЫСЛИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ОБРАЗЦА ТВОРЧЕСТВА В ТРАГИЧЕСКОЙ СУДЬБЕ ГРАЖДАНИНА МИРА –24

2. **БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ КОНЦЕПЦИИ ГЕРОНТОГЕНЕЗА – ВАРИАНТЫ РАЗВЕРТЫВАНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ - 25**
3. **СЕРДЦЕ В СИСТЕМЕ БИОЛОГО-МЕДИЦИНСКОГО ЗНАНИЯ – ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ АСПЕКТОВ ИЗУЧЕНИЯ - 26**
4. **ВАРИАНТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГЕНОВ В МНОГООБРАЗНОЙ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ – 28**
5. **ПАРАЗИТОЗЫ – ОБОСНОВАНИЕ «ПОПУЛЯРНОСТИ» БИОЛОГИЧЕСКИХ ОСНОВ ЗНАНИЯ – ПАРАДОКСЫ АКТУАЛЬНОСТИ В НАЧАЛЕ ХХІ ВЕКА- 29**

МОРФОЛОГИЯ

1. **ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА - 31**
2. **ТИПЫ СОМАТИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ У СТУДЕНТОВ I КУРСА АГМА – 32**
3. **ОБЪЕМНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭПИДУРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ДО 7 ЛЕТ – 32**
4. **ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ И УРОДСТВА ЧЕЛОВЕКА - 33**
5. **НОВЫЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МОРФОЛОГИИ - ПОЛИМЕРНОЕ БАЛЬЗАМИРОВАНИЕ – 34**
6. **ГИСТО-ФИЗИОЛОГИЯ ЗУБА В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ - 43**
7. **НОВАЯ ТЕОРИЯ СТАРЕНИЯ – 35**
8. **СЕКРЕЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ЧТО ЭТО ТАКОЕ И КАК ЕЮ «УПРАВЛЯТЬ»? – 36**
9. **РЕПРОДУКТИВНАЯ СИСТЕМА ЖЕНЩИНЫ. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТКИ. МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ И ЕГО ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ – 37**
10. **ДЕЙСТВИЕ ДИГИДРОКВЕРЦЕТИНА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧКИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ - 38**
11. **РЕГЕНЕРАЦИЯ НОГТЕЙ В НОРМЕ И ПОСЛЕ НАРАЩИВАНИЯ – 39**
12. **ВОСЕМЬ НЕДЕЛЬ ЖИЗНИ ЭМБРИОНА ЧЕЛОВЕКА – 40**
13. **МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКЗОКРИННОЙ ЧАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - 41**
14. **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ СТЕВЕННЫХ КЛЕТОК – 41**
15. **ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ – 42**
16. **ДЕРМАТОГЛИФИКА – 42**

ГУМАНИТАРНЫЕ ЗНАНИЯ И МЕДИЦИНА

1. **ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ УСЛОВИЕ ПРАВОМЕРНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА – 44**
2. **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОРГАНОГО ДОНОРСТВА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ – 45**
3. **ЛОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ КАК ОСНОВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА. – 46**
4. **МОРАЛЬНО - ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛОНИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА – 47**
5. **ФИЛОСОФИЯ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ЗНАНИЯ – 47**
6. **К ВОПРОСУ О ДЕМОГРАФИИ И ПОЛИТИКЕ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

– 48

7. ЭВТАНАЗИЯ. ВОПРОСЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ – 49
8. ЭВТАНАЗИЯ: ПРОБЛЕМА МОРАЛЬНОГО ВЫБОРА – 49

МИКРОБИОЛОГИЯ, ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ДЕРМАИО-ВЕНЕРОЛОГИЯ

1. ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ – МИФ ИЛИ СКРЫТАЯ УГРОЗА? - 52
2. ВИРУС ПРОСТОГО ГЕРПЕСА - 53
3. ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ. - 54
4. ВОЗБУДИТЕЛИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ИХ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ. – 55
5. МОНИТОРИНГ АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ БОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ – 56
6. ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГИТОВ - 57
7. ПРОГРАММА ЛИКВИДАЦИИ КОРИ К 2010 ГОДУ - 58
8. АНТИМИКРОБНЫЕ ПЕПТИДЫ – ВОЗМОЖНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА ТРАДИЦИОННЫМ АНТИБИОТИКАМ - 59
9. ЛЕПТОСПИРОЗ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ НА ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС НАВОДНЕНИЙ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ - 60
10. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ НА ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС НАВОДНЕНИЙ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ - 61
11. СТОЛБНЯК В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ – 62
12. ТУЛЯРЕМИЯ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ - 64
13. ЭХИНОКОККОЗ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ - 65
14. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2002-2007 г.г – 66

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

1. ПРЕДСОРЕВНОВАТЕЛЬНЫЙ ЭТАП В ПОДГОТОВКЕ ПАУЭРЛИФТЕРА К ОСНОВНЫМ СОРЕВНОВАНИЯМ - 68
2. СТАРТОВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ УПРАЖНЕНИЯ «СТАНОВАЯ ТЯГА» В ПАУЭРЛИФТИНГЕ – 68
3. ГИПОДИНАМИЯ И ЕЕ ПАГУБНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА - 70
4. МЫШЦЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ В УПРАЖНЕНИИ "ПРИСЕДАНИЕ СО ШТАНГОЙ НА ПЛЕЧАХ"– 70
5. НЕВРОТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У СПОРТСМЕНОВ – 71
6. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СПОРТ ЗА И ПРОТИВ – 72
7. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА – 73
8. ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В СЕМЬЕ – 74
9. ВОЗМОЖНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТЕСТА « ИСТОКИ ЗДОРОВЬЯ» В ОЦЕНКЕ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОЗДОРАВЛЯЮЩИХСЯ – 75
10. ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИКИ КЭБОТ В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНЫМ ПЕРИАРТРИТОМ - 75

11. ПОТЕНЦИАЛ АДАПТОГЕНОВ В СПОРТИВНОЙ ФАРМАКОЛОГИИ – 76
12. ЛИЧНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ И УСЛОВИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ – 77

НЕВРОЛОГИЯ

1. КОНСТРУКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В УСТРОЙСТВЕ ПРОБЛЕМНОЙ КАМЕРЫ ПРИ ВИДЕО РЕГИСТРАЦИИ ПОВЕДЕНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ. – 79
2. УЧЕНИЕ О ДОМИНАНТЕ – 79
3. ВЛИЯНИЕ МЕКСИДОЛА И ЭМОКСИПИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕВОЖНОСТИ У КРЫС, ПОДВЕРЖЕННЫХ ДЕПРИВАЦИИ СНА – 81
4. ПРОДУКТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА: ПОДСОЗНАНИЕ, СОЗНАНИЕ, СВЕРХСОЗНАНИЕ – 81
5. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗЕРКАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ МОЗГА – 82
6. ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОГО ПРЕПАРАТА С НООТРОПНОЙ АКТИВНОСТЬЮ НА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ ЯВЛЕНИЯ В КОРЕ МОЗГА КРЫС – 83
7. ВВЕДЕНСКИЙ И ЕГО УЧЕНИЕ О ПАРАБИОЗЕ И ПЕРИЭЛЕКТРОТОНЕ – 85
8. К ВОПРОСУ О МЕХАНИЗМЕ ДЕЙСТВИЯ БОТУЛОТОКСИНА – 86
9. ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КРЫС В ПРИПОДНЯТОМ КРЕСТООБРАЗНОМ ЛАБИРИНТЕ ПОСЛЕ ДЕПРИВАЦИИ ФАЗЫ БЫСТРОГО СНА – 87
10. ДИНАМИКА ЭЛЕМЕНТОВ ПОВЕДЕНИЯ КРЫС В ОТКРЫТОМ ПОЛЕ ПОСЛЕ ДЕПРИВАЦИИ ФАЗЫ БЫСТРОГО СНА – 88
11. СТРАТЕГИЯ ПОИСКА ВЫХОДА ИЗ ПРОБЛЕМНОЙ КАМЕРЫ У КРЫС ПОСЛЕ ДЕПРИВАЦИИ ФАЗЫ БЫСТРОГО СНА – 89
12. НЕКОТОРЫЕ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОДНЫХ РАСТВОРОВ, ОЗВУЧЕННЫХ И НЕОЗВУЧЕННЫХ МЫСЛЬЮ ЧЕЛОВЕКА – 90
13. ФИЗВОКАЛИЗ КАК МОДЕЛЬ МЫСЛЕННОГО И ЗВУКОВОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЧЕЛОВЕКА И ВОДЫ – 91
14. ПОНЯТИЕ АНТЕНН И ГРАММАТИЧЕСКИХ СИМВОЛОВ, УСИЛИВАЮЩИХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕЖДУ БИООБЪЕКТАМИ И ВОДОЙ – 91
15. МЫШЕЧНАЯ НАГРУЗКА КАК СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БИОРЕЗОНАНСНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БИООБЪЕКТОВ И ВОДЫ – 92
16. К МЕТОДИКЕ РЕГИСТРАЦИИ ФОРМ ПАМЯТИ ПРИ ИНФОРМАЦИОННОМ ОБМЕНЕ МЕЖДУ ЧЕЛОВЕКОМ И ВОДНЫМИ РАСТВОРАМИ – 92
17. ИСКУССТВЕННЫЕ НЕЙРОННЫЕ СЕТИ – 93
18. ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ – 93

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ – 95
2. ЗАНЯТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ПОРЯДОК ДОПУСКА К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ – 96
3. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ – 97
4. МОЛОДАЯ СЕМЬЯ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ – 98
5. ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В РОССИИ – 98
6. ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К ЗДОРОВЬЮ И ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ – 99
7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА

- ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ПРЕСТУПЛЕНИЕ, ПРАВОНАРУШЕНИЕ И ПРИЧИНЕНИЕ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ГРАЖДАН РФ – 100**
8. **ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ – 101**
 9. **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА – 1102**
 10. **СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ДВИЖЕНИЯ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ – 103**
 11. **ВИДНЫЙ ВОЕННЫЙ ИММУНОЛОГ (Г.К. ГАПОЧКО) – 104**
 12. **ВИДНЫЙ ОРГАНИЗАТОР ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ (З.П. СОЛОВЬЕВ) – 105**
 - 13.

ПАТАНАТОМИЯ И СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

1. **РАК ШЕЙКИ МАТКИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ – 106**
2. **ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ ПО ДАННЫМ ОБЛАСТНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА – 106**
3. **ТКАНЕВЫЕ БАЗОФИЛЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ МАСТОПАТИИ – 106**
4. **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА – 107**
5. **ПАТОМОРФОЛОГИЯ ГЕМОМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ – 108**
6. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – 109**
7. **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА ЖЕЛУДКА – 110**
8. **ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ПНЕВМОНИЙ – 110**
9. **РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – 110**
10. **ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ – 111**
11. **МОРФОЛОГИЯ ОРГАНОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН, УМЕРШИХ ОТ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С УЧЕТОМ ЛЕКАРСТВЕННОЙ – 112**
12. **СМЕРТНОСТЬ БОЛЬНЫХ ОТ РАКА ЛЁГКОГО ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ АОКБ – 112**
13. **КЛИНИКО-ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ – 113**
14. **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА – 114**
15. **ПОКАЗАТЕЛИ ЗАВЕРШЁННЫХ СУИЦИДОВ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ – 114**
16. **РОЛЬ АЛКОГОЛЯ В ДИНАМИКЕ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ – 115**

ТЕРАПИЯ – 1

1. **ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОБУЧАВШИХСЯ В ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ – 116**
2. **КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ГИДРОКСИЗИНОМ – 117**
3. **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА – 118**

4. ПРИМЕНЕНИЕ ЭПРЕКСА ПРИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ – 119
5. СОСТОЯНИЕ КЛЕТЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОВОДИМОГО ЛЕЧЕНИЯ – 119
6. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ И ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ – 120
7. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИКРОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА – 121
8. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА – 122
9. ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ – 123
10. ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА – 124
11. ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ – 125
12. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ – 126
13. АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С РЕДКИМ СМЕРТЕЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ – 127
14. ЗНАЧЕНИЕ «МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА КИШЕЧНИКА ДЛЯ ОРГАНИЗМА» - 29
15. ЛЕЧЕНИЕ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА – 129
16. АУРИКУЛОДИАГНОСТИКА И ЕЕ ДОСТОВЕРНОСТЬ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ – 130
17. РОЛЬ ОПРОСА БОЛЬНОГО В ТРАДИЦИОННОЙ ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЕ – 131
18. СЛУЧАЙ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА, ОСЛОЖНЕННОГО СЕПСИСОМ – 133
19. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПУЛЬС - ТЕРАПИИ ПРИ АУТОИММУННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ – 1344

ПЕДИАТРИЯ

1. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ ПО СИСТЕМЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО КОМПЛЕКСА ДИСПАНСЕРНОГО ОСМОТРА (АКДО) – 136
2. РОЛЬ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ АРТРИТОВ У ДЕТЕЙ – 137
3. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ НА ФОНЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ – 137
4. ВРОЖДЕННАЯ АНОМАЛИЯ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ – 138
5. СЛУЧАЙ МЕГАЛОБЛАСТНОЙ АНЕМИИ – 139
6. СЛУЧАЙ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ – 139
7. РЕАКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ 6-7 ЛЕТ – 140

8. ИНТЕРЕСНЫЙ СЛУЧАЙ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕВОЧКИ 2 ЛЕТ – 141
9. ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ОЦЕНКЕ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ ЛЕТ ЖИЗНИ С ПНЕВМОНИЕЙ ИЗ СОЦИОПАТИЧЕСКИХ СЕМЕЙ – 142
10. СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ – 143
11. АНАЛИЗ АНКЕТИРОВАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ ПО ПРОГРАММЕ «ЯРМАРКА ЗДОРОВЬЯ» - 144
12. РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ – 145
13. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ Г. БЛАГОВЕЩЕНСКА В 2007 Г – 145
14. ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ – 146

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

1. АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО СРЕДСТВА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ - 148
2. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК ПРИ СОЧЕТАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ С ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ ПО ДАННЫМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ АОКБ – 149
3. АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ГЕСТОЗА И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ – 150
4. ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ – 151
5. ИНТЕРЕСНЫЙ СЛУЧАЙ HELLP-СИНДРОМА У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ – 152
6. ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ – 153
7. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИФЕПРИСТОНА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ И ИНДУКЦИИ РОДОВ – 154
8. СИНДРОМ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) – 155

ХИРУРГИЯ

1. *МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГИГАНТСКИХ И ПЕНЕТРИРУЮЩИХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА – 156*
2. ПРОТЯЖЕННАЯ ПОЛУЗАКРЫТАЯ ЭНДАРТЕРЭКТОМИЯ ПО VOLLMAR-РАЗУМНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА ШУНТИРУЮЩИМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ПРОТЯЖЕННОМ И МНОГОЭТАЖНОМ ПОРАЖЕНИИ СОСУДИСТОГО РУСЛА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ – 157
3. ЭКЗОГЕННЫЙ СУРФАКТАНТ, КАК КОМПОНЕНТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС СИНДРОМА ВЗРОСЛЫХ – 158
4. ВЫБОР ТАКТИКИ ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ТОЛСТОЙ КИШКИ – 159
5. ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ – 159
6. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ (ДБТК) ПО ДАННЫМ АМУРСКОГО ЦЕНТРА КОЛОПРОКТОЛОГИИ – 160

7. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМ ЛЕРИША – 161
8. КОМБИНИРОВАННОЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ТОРАКАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ – 162
9. МАНЁВР РЕКУТИРОВАНИЯ АЛЬВЕОЛ ПРИ ОСТРОМ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ: ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ – 163
10. МЕСТО УЗ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ – 164
11. АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОВИДЕО-ХИРУРГИЧЕСКОЙ АППЕНДЕКТОМИИ ПО ДАННЫМ АМУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ – 165
12. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НИЗКОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ КОЛОСТОМИИ – 166
13. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ – 166
14. СИНДРОМ «ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА», ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ – 167
15. НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕРМОЛИПЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТКИ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ – 168
16. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО БИЛИАРНОГО СЕПСИСА – 169
17. ОЗОНОТЕРАПИЯ ПРИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ – 169
18. ПРОФИЛАКТИКА СПАЙКООБРАЗОВАНИЯ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ – 170
19. СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПУТЕМ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЙ – 172
20. КОМПРЕССИОННАЯ СКЛЕРОТЕРАПИЯ. НАШ ОПЫТ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН – 173
21. СПОСОБ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ НЕФРОПЕКСИИ СПРАВА – 174
22. К ВОПРОСУ О ПРОЧНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ УЗЛОВ, ПРИМЕНЯЮЩИХСЯ В ЭНДОХИРУРГИИ – 175
23. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ СИНУИТОВ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ – 176
24. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ – 177
25. МЕТОД ВИДЕО-КОМПЬЮТЕРНОГО АУТОТРЕНИНГА В СОЧЕТАНИИ С ДЭНАС-ТЕРАПИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СПАЗМА АККОМОДАЦИИ – 178
26. ОСОБЕННОСТИ БЛОКАДЫ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА С УЧЕТОМ ЕГО ТОПОГРАФИИ – 179
27. ХИРУРГИЧЕСКАЯ И ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ЧЕЛОВЕКА – 180

ОНКОЛОГИЯ

1. МЕЛКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ЛЕГКОГО – 181
2. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕНТГЕНОРАДИОЛОГИИ – 182
3. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ ПОРТ-СИСТЕМ ВЕНОЗНОГО ДОСТУПА В ОНКОЛОГИИ – 183
4. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – 236
5. МИЕЛОМНАЯ БОЛЕЗНЬ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА – 184

6. ВЛИЯНИЕ ПОЛА ПЕРВОГО РЕБЕНКА НА ЧАСТОТУ И ТЕМПЫ РАЗВИТИЯ РМЖ – 185
7. ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ РАННИХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРАКТИКЕ МАММОЛОГА – 186
8. КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ – 187
9. РОЛЬ ДУКТОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – 188
10. К ВОПРОСУ РАКА ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ – 189
11. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН В АМУРСКОМ РЕГИОНЕ – 190
12. ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ – 191

ТЕРАПИЯ – 2

1. ВЛИЯНИЕ СОЦИОЭКОНОМИЧЕСКИХ, ЭКОЛОГИЧЕСКИХ И КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ АЛЛЕРГОПАТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ – 193
2. ЦИРКАДИАНЫЕ РИТМЫ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ – 193
3. КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА – 195
4. ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫХ МИКРОСОСУДОВ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ПЕРИОДЕ ОБОСТРЕНИЯ – 196
5. ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ ПРЕПАРАТОМ ЭПРЕКС – 197
6. НЕФРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТА ЛИЗИНОПРИЛ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ – 198
7. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ АГРАНУЛОЦИТОЗА – 200
8. РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ
9. 5-ГО И 6-ГО КУРСОВ ПО ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ И УЧАСТИЮ В СНО КАФЕДРЫ ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЗА 2007 ГОД – 201
10. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ И БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ – 202
11. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДАПА И АРИФОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ – 203
12. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ – 204
13. ЭКОЛОГИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫЙ БРОНХИТ У РАБОТНИКОВ БУРУГОЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА – 205
14. ЦИТОКИНОВЫЙ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ И ВАЗОМОТОРНЫМ РИНИТОМ – 206
15. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕНТИЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК У БОЛЬНЫХ ДИССЕМНИРОВАННЫМ И ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ – 207
16. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПЛЕВРИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА – 208

КЛИНИЧЕСКАЯ НЕВРОЛОГИЯ, НЕЙРОХИРУРГИЯ, ПСИХИАТРИЯ

1. ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ – 209
2. МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ В СТРУКТУРЕ НЕЙРООНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ – 210
3. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ – 211
4. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА – 212
5. ЭМОЦИОНАЛЬНО ЛИЧНОСТНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ – 213
6. ТЕЧЕНИЕ МИАСТЕНИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ – 214
7. ВЕГЕТАТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У СТУДЕНТОВ - 215
8. ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ СТУДЕНТОВ АГМА – 215
9. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМ ПРИ ГАШИШНОЙ НАРКОМАНИИ – 216
10. ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В КОМПЛЕКСНОМ ПРЕОДОЛЕНИИ ЗАИКАНИЯ – 217
11. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ С ИГРОМАНИЕЙ – 218

ОБЩАЯ ВРВЧЕБНАЯ ПРАКТИКА И СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ СРОКОВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ – 219
2. БАД «АНТИСТРЕССОВЫЙ КОМПЛЕКС» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ – 220
3. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ СПИРИВЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ – 221
4. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОРМОДИПИНА У БОЛЬНЫХ, РЕЗИСТЕНТНЫХ К ЛЕЧЕНИЮ ДРУГИМИ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ СРЕДСТВАМИ, В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ – 222
5. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕПТРАЛА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ – 223
6. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ – 224
7. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ – 225
8. ПРИМЕНЕНИЕ ДОПЛЕРЭХОКАРДИОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ – 226
9. ФАКТОРЫ РИСКА ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ – 227
10. ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИИ *HELICOLARTES PYLORI* ПО УРЕАЗНОЙ АКТИВНОСТИ БИОПТАТА (IN VITRO) – 228
11. ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ВЫРАЖЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ СИМПТОМАТИКИ И ПАРАМЕТРОВ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 2-й СТАДИИ НА

**НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ СПИРИВЫ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ
УСЛОВИЯХ – 229**

