

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

МАТЕРИАЛЫ

96-й Всероссийской итоговой научной конференции студентов и
молодых ученых с международным участием, посвященной 70-летию
победы в Великой отечественной войне
(20-22 мая 2015 г.)

Астрахань 2015

УДК: 61(06)

ББК: 52.5

М 34

Материалы 96-й Всероссийской итоговой научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием, посвященной 70-летию победы в Великой отечественной войне

(20-22 мая 2015 г.) Астрахань, 2015. 345с.

Главный редактор – профессор О.В. Рубальский

Редакционный совет:

Х.М. Галимзянов,	В.В. Кутуков,	Л.Г. Сентюрова,
Л.А. Бахмутова,	Б.Т. Куртусунов	А.Г. Сердюков,
В.В. Белопасов,	Б.Н. Левитан,	В.Г. Сердюков
А.А. Демидов,	Р.Д. Мустафин,	С.П. Синчихин,
П.Г. Джуваликов,	Л.И. Наумова,	Е.Н. Стрельцова,
А.А. Джумагазиев,	Д.М. Никулина,	Н.Н. Тризно,
С.В. Дианов,	А.А. Панов,	М.А. Топчиев,
Д.Ш. Дубина,	Т.Н. Панова,	Л.А. Удочкина,
А.А. Жидовинов,	И.Н. Полунин,	А.Р. Умерова,
В.А. Зурнаджянц,	О.С. Полунина,	Г.А. Харченко,
С.А. Зурнаджан,	Е.А. Попов,	Н.С. Черкасов.
Т.С. Кириллова,	Н.И. Рассказов,	
И.З. Китиашвили,	О.В. Рубальский,	
Л.А. Костина,	А.Х. Сатретдинова,	

В материалах 96-й Всероссийской итоговой научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием, посвященной 70-летию победы в Великой отечественной войне содержатся тезисы работ, выполненных студентами и молодыми учеными АГМУ на кафедрах по основным научным проблемам, разрабатываемым под руководством ведущих ученых академии.

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Астраханского государственного медицинского университета

© Астраханский государственный
медицинский университет, 2015

**СТРУКТУРНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ
НА ЭТАПАХ ОНТОГЕНЕЗА В НОРМЕ
И ПАТОЛОГИИ**

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗМЕРОВ ПОЧЕК У
ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО И
УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЙ**

Усманова Э.И. (II курс, фармацевтический факультет)
Научный руководитель – асс. И.А. Усманов
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра анатомии (зав.каф. д.м.н. Удочкина Л.А.)*

Целью настоящего исследования явилось: провести сравнительно-корреляционный анализ параметров почек у детей по данным морфологического и ультразвукового исследований.

Материалом для исследований послужили 87 препаратов почек новорожденных, детей, и подростков, полученные из судебно-медицинского бюро г. Астрахани от трупов обоего пола, погибших от травм или асфиксии, в возрасте от 3-х дней до 16 лет. В клиническую часть исследования входило определение размеров почек у детей методом ультразвукового исследования (358 детей, в возрасте от 3-х дней до 16 лет)

Установлено, что наиболее интенсивный рост почек происходит на первом году жизни. Сопоставление длины правой и левой почки выявило, что левая почка оказалась больше, чем правая. Такое соотношение подтверждается результатами анатомических и ультразвуковых исследований. Так, длина почек увеличивается на 35%, ширина и толщина - на 24%. Толщина почек на уровне верхнего, нижнего полюсов и их ворот при ультразвуковом исследовании незначительно больше, чем таковые при морфометрии трупных почек.

Таким образом, параметры почек (длина, ширина и толщина на разных ее уровнях) при ультразвуковом исследовании детей незначительно превышают таковые значения, полученные при исследовании на анатомическом материале. Эта разница может быть объяснена как общим увеличением органов, наблюдаемым у сегодняшнего поколения, так и более высокой разрешающей способностью современных аппаратов, позволяющих проводить более точные измерения.

РАЗВИТИЕ БРЫЖЕЕЧНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ЭМБРИОНАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Д.А.Абдрахманова (III курс, общая медицина)

Научный руководитель: к.м.н., стар. препод-ль Ж.Е.Комекбай

*Западно-Казахстанский государственный медицинский
университет имени Марата Оспанова*

Кафедра гистологии (зав.каф. – к.м.н., доцент

Р.Е.Егембердиева)

Актуальность: Органы иммунной системы способствует рождению здорового и жизнеспособного плода. Младенческая смертность является универсальным демографическим индикатором, отражающий социально-экономическое благополучие, состояние здоровья населения, доступ и качество медицинского обслуживания. Поэтому сохранение жизни и здоровья недоношенным детям продолжает оставаться одной из первоочередных задач пери- и неонатологии.

Цель исследования: изучить морфологическое строение брыжеечных лимфатических узлов в эмбриональном периоде развития.

Материалы и методы исследования: Материалом исследования являлись брыжеечные лимфатические узлы 28 мертворожденных плодов в перинатальном периоде развития. Лимфатические узлы фиксировали в 10 % нейтральном формалине. После гистологической проводки парафиновые срезы окрашивали гематоксилин – эозином.

Результаты исследования и их обсуждение: В сроки 23-27 недель беременности большую часть площади лимфоузла составляет корковое плато, равняясь $65,9 \pm 5,14$ % площади узла. В сроки 28-36 недель беременности наблюдалось достоверное увеличение площади капсулы и трабекулы ($4,5 \pm 0,58\%$), краевого синуса ($9,7 \pm 0,87\%$), мозговых синусов ($10,9 \pm 0,89\%$), лимфоидных узелков ($3,8 \pm 0,49\%$), паракортикальной зоны ($10,8 \pm 0,91\%$), мякотных тяжей ($11,8 \pm 1,09$ %), при достоверном уменьшении площади коркового плато ($48,5 \pm 2,73\%$). На 37-40 неделях беременности достоверно снизилась площадь коркового плато до $42,3 \pm 3,86\%$ и наблюдалось достоверное увеличение площадей лимфоидных узелков – $4,8 \pm 0,39\%$ и мякотных тяжей до $15,1 \pm 1,21\%$. В сроки 1-4 сутки жизни наблюдалось достоверное уменьшение площади коркового плато – $38,2 \pm 2,17$ % и достоверное увеличение площади мякотных тяжей – $16,8 \pm 1,18\%$. На 5-7 сутки жизни происходит дальнейшее снижение площади коркового плато до $32,5 \pm 2,16$ процентов и достоверное возрастание площадей лимфоидных узелков ($5,8 \pm 0,63\%$) и паракортикальной зоны ($14,1 \pm 1,14\%$).

Заключение: По мере увеличения возраста плодов и новорожденных происходит возрастание иммуноответственных структур сначала паракортикальной зоны, последующем лимфоидных узлов, и мягкотных тяжей, за счет уменьшения площади коркового плато.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ПРЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ОНТОГЕНЕЗА ЧЕЛОВЕКА

А.С. Яценко (I курс, педиатрического факультета)

Научный руководитель – асс. А.М.Мазлов

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии (зав. каф. – д.м.н. Л.А. Удочкина)

Изучение данной темы имеет большое значение в связи с высокой смертностью вызванной нарушением кровообращения в системе позвоночных артерий. Профилактика данных нарушений связана с особенностью морфогенеза этих артерий, так как имеются различные варианты их строения. Они закладываются в пренатальном периоде онтогенеза, в виду этого для изучения был взят именно этот период.

Цель: Изучение архитектоники и метрических данных структур позвоночных артерий на этапах пренатального онтогенеза.

Для достижения данной цели были использованы методы анатомического препарирования, изготовление серии гистологических срезов и рентгенангиографии.

В результате исследования установлено, что к 13-16 неделе внутриутробного развития стенка приобретает трехслойное строение. Толщина ее достигает $147,0 \pm 29,0$ мкм, наружный диаметр – $306,0 \pm 48,0$ мкм, внутренний – $71,0 \pm 17,0$ мкм. Внутренняя оболочка имеет хорошо выраженный эндотелий. Средняя оболочка представлена эластическими и коллагеновыми волокнами различной степени зрелости, оплетающими гладкие миоциты в 3-6 слоев с разными углами наклона - от 45° до 50° .

Далее в период от 16 до 28 недели отмечается незначительное снижение толщины стенки позвоночных артерии до $160,0 \pm 22,0$ мкм и увеличение наружного до $412,0 \pm 134$ мкм и внутреннего диаметра - до $153,0 \pm 27,0$ мкм.

В результате исследования выявлены критические периоды

изменения толщины стенки позвоночной артерии в пренатальном периоде онтогенеза.

АНАТОМИЯ СЕПТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Тулаева Е.В. (I курс, стоматологический факультет)

Научный руководитель: д.м.н. Л.А. Удочкина

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии (зав.каф. – д.м.н. Л.А. Удочкина)

Верхнечелюстная (Гайморова) пазуха – обширная полость со сложной геометрией, в которой могут располагаться костные перегородки (септы), встречающиеся по данным А.Р. Ушакова (2012) в 11,5% случаев. Наличие септ может усложнить ход операции синус-лифтинга, выполняемой при имплантации зубов, и ухудшить её результаты.

Цель работы - определить частоту встречаемости септ в верхнечелюстном синусе; определить варианты их строения и расположения.

С использованием специального программного обеспечения No-belClinician» проведено исследование конус-лучевых компьютерных томограмм верхнечелюстной пазухи 30 человек в возрасте от 60 до 20 лет.

Септы верхнечелюстной пазухи были выявлены у 20% обследуемых. Исследование показало, что положение септ может быть весьма разнообразным. 83,3% септ располагались в среднем отделе верхнечелюстного синуса и только 16,7% - в заднем отделе. В большинстве случаев (66,7%) они имели косое расположение, угол наклона при этом составлял $90-134,2^{\circ}$ (в среднем 107°). При горизонтальном положении септ (33,3% случаев) угол наклона был 90° . Среднее значение угла наклона септ составил $101,3 \pm 12,3^{\circ}$. У половины обследованных септы находились на верхней стенке верхнечелюстной пазухи, в 33,3% случаев - на дне и 17% на задней стенке синуса. Средняя длина септ составила $7,48 \pm 0,15$ мм, средняя ширина – $0,95 \pm 0,05$ мм.

Таким образом, септы верхнечелюстной пазухи выявлены нами у каждого пятого обследованного. В большинстве случаев они располагаются в среднем отделе пазухи и имели косое направление.

СТРУКТУРЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ГЕМОДИНАМИКУ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ СИСТЕМЕ

Темирбулатов И. (II курс лечебный факультет)

Куртусунов Ф.Б. (IV курс стоматологический факультет)

Научный руководитель – д.м.н. Б.Т. Куртусунов

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии (зав.каф. – д.м.н. Л.А. Удочкина)

Цель исследования - выявить анатомические особенности позвоночных артерий, способствующие обеспечению наиболее оптимальной гемодинамики в вертебробазилярной системе.

Был проведен анализ рентгенангиограмм, магнитнорезонансных спиральных компьютерных томограмм, результатов дуплексного сканирования сосудистой системы у 450 пациентов различного возраста, без выявленной патологии вертебробазилярной системы.

Во всех случаях регистрировались штопорообразные изгибы позвоночной артерии перед входом и выходом из канала позвоночной артерии. Математический и гидродинамический анализ показал, что данные изгибы играют демпфирующую и разгонную роль. Кроме того, изгиб перед входом в канал позвоночной артерии выполняет компенсирующую роль при сгибании и при повороте головы в сторону, что приводит к снижению уменьшения кровотока в вертебробазилярной системе. Наибольшие затруднения для кровотока в позвоночных артериях возникают при сочетании поворота головы с наклоном её в противоположную сторону, а так же при сочетании поворота головы в сторону сгибанием шеи. Внутри канала позвоночная артерия в 95 % случаев имеет спиралевидную форму с различным количеством витков, число которых колеблется от 5 до 9. Доказано, что штопорообразные изгибы и спиралеобразное внутриканальное строение позвоночной артерии является необходимым условием предотвращения гидродинамического удара в вертебробазилярной системе. Выявлены варианты положения позвоночной артерии при слиянии в базилярную артерию. Правая позвоночная артерия, как правило, располагается выше левой позвоночной артерии. Доказано, что при таком положении позвоночных артерий создаются условия для формирования закрученных потоков крови в базилярной артерии и её ветвях. Крайние формы строения позвоночной артерии создают предпосылки для нарушений гемодинамики в вертебробазилярной системе.

ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В СВЕТЕ АНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Куртусунов Ф.Б. (IV курс стоматологический факультет)

И.И. Мулямина (II курс, фармацевтический факультет)

Научный руководитель – д.м.н. Б.Т. Куртусунов

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии (зав.каф. – д.м.н. Л.А. Удочкина)

Целью исследования явилось изучить анатомические особенности, способствующие развитию вертебро-базиллярной недостаточности.

Использовались методы рентгенографии, компьютерной и спиральной томографии шейного отдела позвоночника. Для выявления поражения сосудистого русла использовался метод дуплексного сканирования позвоночной артерии.

В связи с анатомической особенностью расположения позвоночных артерий в отверстиях костного канала поперечных отростков верхних шейных позвонков, которые легко смещаются относительно друг друга при движениях головы и шеи, происходит внешнее давление тканей на сосуды. Кроме того, артерии тесно прилегают к телам позвонков. При этом даже в обычных физиологических условиях происходит сдавление и ограничение кровотока в одной или обеих артериях мышцами, осуществляющими движения в позвоночнике. Кроме того развитию вертебро-базиллярной недостаточности способствуют уменьшение диаметра костного канала поперечных отростков, сращение нескольких позвонков в шейном отделе, подвывих в суставе, соединяющем 1-й шейный позвонок и затылок, и т.д. В норме кровообращение в них обычно не нарушается в силу достаточных компенсаторных возможностей. Положение меняется при анатомическом сужении или атеросклеротических стенозах артерий, давлении на них спазмированными мышцами, суставными отростками при нестабильности шейного отдела позвоночника или остеофитами в областях суставов и др. В этом случае внешние факторы становятся решающими причинами недостаточности кровообращения и как следствие болезни.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА Фолликулов щитовидной железы в пожилом и старческом возрастах

А.А. Шихнебиев (III курс, факультет СПО)

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Э.А. Санджиев
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра анатомии человека (зав.каф. – д.м.н. Л.А. Удочкина)*

Цель нашей работы – изучение параметров фолликулов щитовидной железы в пожилом и старческом возрастах.

Для исследования использовалась ткань 20 щитовидных желез от людей обоего пола в возрасте от 41 до 75 лет, умерших от причин не связанных с заболеванием этого органа. Материал фиксировался в 5% растворе формалина, обезжовивался в батарее спиртов, Заключался в парафин, приготавливались срезы толщиной 3-5 мкм, которые окрашивались гематоксилин-эозином.

Морфологическое исследование включало: измерение диаметра фолликулов (большого наружного, большого внутреннего), определение высоты тиреоидного эпителия.

На основании полученных данных вычислялись: площадь сечения фолликулов, площадь коллоида, площадь фолликулярного эпителия, относительная площадь тиреоидного эпителия, коэффициент ассиметрии. Весь цифровой материал обрабатывался с использованием универсального математического пакета MathCad.

Наше исследование показало, что в пожилом возрасте фолликулы имеют округлую и овальную форму. В то время как в старческом возрасте фолликулы в основной своей массе имеют округлую форму. Подтверждением этого служит анализ величин диаметров фолликулов, который показал снижение коэффициента ассиметрии (с 1,3 до 1,1). Параметры фолликулов в пожилом возрасте: диаметр фолликула – $174,9 \pm 10,1$ мкм, площадь фолликула – $16266,78 \pm 136,3$ мкм², площадь тиреоидного эпителия – $3724 \pm 86,8$ мкм², высота эпителия – $8,1 \pm 0,7$ мкм. Параметры фолликулов в старческом возрасте: диаметр фолликула – $124,9 \pm 12,8$ мкм, площадь фолликула – $9611,99 \pm 100,2$ мкм², площадь тиреоидного эпителия – $1681,55 \pm 43,2$ мкм², высота эпителия – $6,7 \pm 0,6$ мкм.

Вместе с тем, сравнение относительных площадей тиреоидного эпителия показало, что в старческом возрасте этот параметр больше

аналогичного в пожилом возрасте на 8%.

Таким образом, проведенное исследование показало что, в старческом возрасте происходит снижение ряда морфометрических показателей. Однако относительная площадь тиреоидного эпителия имеет большее значение, что вероятно, является компенсаторным механизмом, способствующим поддержанию функции органа на оптимальном уровне.

ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ПЕЧЕНИ. ВОРОТА ПЕЧЕНИ

М.Р.Вавилова (I курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – асс. Е.Е. Росткова

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра анатомии человека (зав.каф. – д.м.н. Л.А. Удочкина)*

Традиционное, в конце каждого учебного года, наш музей пополняется новыми препаратами.

Целью нашей работы - показать наиболее труднодоступную нижнюю – висцеральную поверхность печени. Печень тесно прилежит ко многим органам брюшной полости. Так как ткань печени мягкая и упругая, окружающие анатомические структуры могут оставлять ямки на ее поверхности. На препарате мы показали три борозды: правую и левую продольные и расположенную между ними поперечную, которые образуют фигуру, напоминающую букву Н. В задней части правой продольной борозды проходит нижняя полая вена, в которую открываются печеночные вены. В передней части этой же борозды лежит желчный пузырь. Позади поперечной борозды находится хвостатая, а впереди — квадратная доли, ограниченные сагиттальными бороздами. Поперечная борозда является воротами печени. Через них входят печеночная артерия, воротная вена и нервы, а выходят желчные протоки и лимфатические сосуды. В воротах, все эти образования покрываются серозными листками. Через ворота печени проходят воротная вена, печеночная артерия, желчные протоки, лимфатические сосуды и нервы. Представленный музейный препарат имеет гипсовую основу, была использована методика слепка, далее многократно покрывался красками и лаком. Препарат сопровождается информационной табличкой.

ФИЛОГЕНЕЗ ГОРТАНИ

Гасанова Т. (I курс, педиатрический факультет)
Иванников М. (I курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – асс. Е.Е. Росткова
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра анатомии человека (зав.каф. – д.м.н. Л.А. Удочкина)

Научно-исследовательская студенческая работа была проведена на основе реферативных данных. При изучении анатомии дыхательной системы, к сожалению, мало уделялось внимание процессу звуко-и-голосообразованию. Это послужило целью нашего исследования. Будучи своеобразным музыкальным инструментом, гортань вместе с тем построена по принципу аппарата движения. Выдыхаемый через гортань воздух вызывает колебание голосовых связок, натянутых, как струны, в результате чего возникает звук. В отличие от музыкальных инструментов у гортани меняются и степень натяжения струн, величина и форма полости, в которой циркулирует воздух, что достигается сокращением мышц ротовой полости, языка, глотки и самой гортани, управляемых нервной системой. Литературный поиск позволил нам разобраться в вопросе филогенеза голосового аппарата хордовых животных.

FLUORESCCEIN BASED STAINING OF KIDNEY NEPHRON.

Linea Pashukeni Kandali Shihengo(1 curative faculty)

Research supervisor– p.h.d. Trizno M.N.

Astrakhan State Medical University

Anatomy department (head of department - Udochkina L.A.)

Aim of the study - to determine the possibility of nephron staining using fluorescein sodium

For the study we used 10 Wistar rats, males, 4-month-old, and an average weight of 200-300 g. Intravenous injection in caval vein of a 1 ml 1% solution of sodium fluorescein was performed on Pre-anesthetized animals with the exposition in 10,20,30 and 60 minutes to determine the optimum time. After that both kidney is extracted from the body with subsequent production of histological sections and microscopy.

The histological slices obtained from the first group of animals

showed clearly visible vascular wall of glomerulus, proximal tubule, but loop of Henle, and all further structures stay intact. After a 20 minute infusion of fluorescein staining was noted in glomerular capsule, proximal, and distal loop nephrons with little fluorescence activity in pyelocaliceal system of kidneys. A third group of animals after a 30 minute exposure demonstrated complete staining all renal vascular structures, structures of the nephron and renal pelvis system. After 1 hour of fluorescein circulation of all the structures of the nephron and renal pelvis system acquired bright green fluorescence, opposite to this glomerular apparatus fluorescence intensity decreased slightly, according to elimination of fluorescein from the blood circulation

The studies revealed the possibility of using of fluorescein to visualize different structures of the kidney, nephron, renal pelvis system. Different time of exposure allows to separate components of the nephron and avoid excessive fluorescence. This could be used for two or three-phase fluorescence technique.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫХ ПАРАМЕТРОВ МАЛЬФОРМАЦИИ АРНОЛЬДА-КИАРИ

А.В. Процко (V курс, лечебный факультет)

В.С. Красовский (асс. кафедры биологии)

Научный руководитель – д.м.н. доцент Б.Т. Куртусунов.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии (зав.каф. – д.м.н. профессор Л.А.Удочкина)

Мальформация Арнольда-Киари-мальформация цервикомедуллярного перехода, характеризуемая смещением миндалин мозжечка и в ряде случаев ствола и IV желудочка ниже уровня большого затылочного отверстия. В специальной литературе существуют значительные разногласия относительно классификации, этиопатогенеза и критериев диагностики.

Выделяют III степени тяжести данной патологии, но самое главное, что происходит частое сочетание с другими аномалиями.

Мальформация Арнольда-Киари часто связана с такими дефектами костной системы, как ахондроплазия, наследственная остеодистрофия Олбрайта, деформация стоп типа Фридрейха, шейные ребра, шейный гиперлордоз, плоскостопие, асимметрия лица, конвексбазия. При мальформации Арнольда-Киари отмечаются

аномалии костных структур краниовертебрального перехода: недоразвитие затылочной кости, платибазия, базилярная импрессия, частичная ассимиляция атланта с затылочной костью и его гипоплазия, патологическая сегментация зубовидного отростка, атлантоаксиальная дислокация, аномалии развития шейных позвонков вплоть до синдрома Клиппеля-Фейля.

Анализ литературы показал, что чаще всего возникновение МАК происходит вследствие внутриутробного нарушения развития или патологии родового периода (родовая травма при тяжелых родах). Данные факторы выявлены у 27 (32%) больных. Еще у 18 (21,4%) больных в анамнезе отмечены повторные ЧМТ в детском и подростковом возрасте с точкой их приложения в затылочной области.

Цель работы определение нейровизуализационных параметров МАК I у пациентов с различной комбинацией клинических проявлений.

Всем пациентам проведено МРТ исследование головного мозга с использованием стандартных режимов T1- и T2-взвешенных изображений в срединно-сагиттальной проекции. МРТ-морфометрический анализ краниальных изображений предусматривал оценку линейных показателей задней черепной ямки (ЗЧЯ), уровня эктопии миндалин мозжечка, величины ликворных пространств на уровне БЗО, платибазии (угол Велькера), девиации зуба позвонка СИ кзади.

Для статистической обработки полученных результатов использовали пакет программ MicrosoftExcel, применяли стандартное квадратичное отклонение, критерий Стьюдента.

ВЛИЯНИЕ ВНУТРЕННИХ И ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ СРЕДЫ НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА

МЕТОДИКА ПОСТИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ РЕЛАКСАЦИИ МЫШЦ

М. И. Алиева (2 курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.б.н., доцент В. Р. Горст
*Астраханский Государственный Медицинский Университет
Кафедра нормальной физиологии (Зав. – д.м.н., проф. И. Н.
Полунин)*

Уровень современной жизни характеризуется высокой степенью напряжения различных органов, систем и механизмов регуляции. Для повышения качества жизни человека и обеспечения высокого уровня работоспособности необходимо создавать условия и проводить различные мероприятия, направленные на снятие утомления в скелетных мышцах, нормализацию работы внутренних органов и приведение в соответствие механизмы нейрогуморальной регуляции.

Среди многочисленных методик по достижению релаксации организмом определенный интерес представляют методики постизометрической релаксации мышц. Это различные физические упражнения, которые выполняются при участии и под контролем инструкторов ЛФК и представлены видом мышечного сокращения, при котором не происходит изменения длины мышечного волокна. Эффект достигается за счет центральных и периферических механизмов.

Целью нашей работы было изучение вегетативных реакций организма у испытуемых до и после изометрических упражнений. В работу включались практически все мышечные группы организма. Исследование было выполнено на 20 испытуемых обоего пола. Проводили регистрацию АД, ЧСС, записывали ЭКГ.

Результаты исследования позволяют сделать заключение: постизометрическая релаксация приводит к повышению активности парасимпатической нервной системы, что свидетельствует о благоприятном влиянии упражнений на механизмы регуляции физиологических функций.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МИНУТЫ И РИТМООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА

А.И. Семенец (V курс, лечебный факультет)

Н.А. Мамедов (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель: д.б.н., доц. В.Р. Горст

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра нормальной физиологии(зав. – д.м.н.,

проф. И.Н. Полунин)

Цель исследования: определение взаимосвязи механизма формирования ритма и частоты сердечных сокращений с персональным ощущением продолжительности временных отрезков.

Исследование было выполнено на 107 студентах обоего пола в весенний период года в первой половине дня. Произвели разделение испытуемых по величине вегетативного индекса на три группы: 1. Студенты с преобладанием активности парасимпатической нервной системы (ВИ меньше -10 условных единиц; 25 человек), 2. Студенты с балансом между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы, 3. Испытуемые с преобладанием тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы. Продолжительность индивидуальной минуты в первой группе составила $64,9 \pm 4,0$ секунды, во второй группе – $65,3 \pm 0,9$, в третьей – $62,6 \pm 2,6$.

Корреляционный анализ проводили между продолжительностью индивидуальной минуты с одной стороны и основными показателями гемодинамики, вариабельностью сердечного ритма и индексами функциональной активности с другой. Нами было установлено, что достоверные корреляционные связи возникают только между продолжительностью индивидуальной минуты и показателями вариабельности сердечного ритма, особенно в группе с преобладанием активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Меньшая степень корреляции была в группе с балансом отделов вегетативной нервной системы и полностью отсутствовала в группе с преобладанием тонуса симпатического отдела.

Вывод. Продолжительность индивидуальной минуты имеет функциональные связи с пространственно-временными характеристиками ритмообразовательного процесса сердца. В условиях функционального покоя продолжительность индивидуальной

минуты проявляет наиболее сильные корреляционные связи с показателями вариабельности сердечного ритма у испытуемых с преобладанием активности парасимпатической нервной системы и выраженным преобладанием центральной вегетативной регуляции.

ДУХОВНОЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Х.А. Сулейманова (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель: д.б.н., доц. В.Р. Горст

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра нормальной физиологии

(зав.каф. – д.м.н., проф. И.Н. Полунин)

Современное общество характеризуется увеличением количества пожилых людей. В месте с этим увеличиваются количество нравственных, этических и медицинских вопросов, которые встают перед государством и отдельными людьми. Страх смерти, медленное угасание жизни, одиночество в старости, физические страдания - вот не полный перечень проблем пожилого человека. Старение — это закономерный процесс возрастных изменений в клетках, органах и системах органов, приводящий к старости. Старость — возрастной период жизни организма, наступающий за зрелостью. Одной из характерных черт стареющего организма - снижение приспособительных возможностей человека. Биологические аспекты старения организма изучает научное направление, которое получило название геронтология.

Многочисленные источники информации по геронтологии в основном посвящены решению медицинских проблем пожилых людей. В тоже время духовное здоровье в значительной степени определяет возможность человека зрелого возраста адаптироваться к своему новому состоянию.

Цель работы: определить оценку духовного и физического состояния пожилых людей в связи с процессом старения.

Для выполнения поставленной цели мы провели анкетирование у людей пожилого возраста г. Астрахань. Анкета состояла из 23 вопросов и полностью соответствовала этическим нормам.

В результате проведенного исследования нами было установлено, что с возрастом происходят изменения представлений о значимости человека для окружающих людей, происходит переоценка

собственного здоровья, а также способов сохранения активной жизненной позиции. Результаты данного исследования могут быть рекомендованы для профилактики негативных явлений, связанных с возрастными особенностями пожилых людей.

ВЛИЯНИЕ АПТАМЕРОВ НА РЕГУЛЯЦИЮ АГРЕГАТНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ

Ю.М. Чичков (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.Н. Тризно

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра патологической физиологии

(зав.каф. – д.м.н., проф. Н.Н. Тризно)

В Астраханском регионе большую долю всех поллютантов составляет сероводородсодержащий газ Газоперерабатывающего комплекса. Кровь и система гемостаза являются одними из самых чувствительных компонентов гомеостаза. Установлено, что в механизме отравления серосодержащим газом, наряду с признаками дыхательной, гемической, циркуляторной гипоксии, прослеживается формирование и тканевой гипоксии. Токсическая гипоксия смешанного типа вызывает поражение эндотелия сосудов с последующим выделением медиаторов и замедлением тока крови. Это влечет за собой тромбообразование.

Целью настоящей работы явилось изучение аптамеров и эффект от их применения с целью предупреждения тромбообразования.

Материалы и методы. Исследования были выполнены на 40 белых крысах линии Вистар (из вивария Института по изучению лепры, г. Астрахань) обоего пола, в возрасте 200-800 суток, средней массой $234,0 \pm 23,1$ г. Хроническое воздействие сероводородсодержащего газа моделировалось согласно гигиеническим нормам к требованию выполнения и воспроизведения эксперимент ингаляцией воздушной смеси с концентрацией на уровне 300 мг/м^3 по H_2S . Крысы были разделены на 3 группы – контрольную (10), подвергавшихся воздействию H_2S в течение 1 мес. (10), подвергавшихся воздействию H_2S в течение 2 мес. (20).

Система РАСК (регуляция агрегатного состояния крови) в ответ на хроническое воздействие сероводородсодержащего газа отвечает гиперкоагуляционным состоянием крови (сокращением времени

АПТВ, ТВ) и истощением антисвёртывающей системы (уменьшение антитромбинового резерва плазмы), что означает повышение склонности к тромбообразованию.

Нами изучаются новые высокоселективные молекулы ДНК и РНК, синтезированные в 1990 году в лабораториях Шостака и Голда и названные аптамерами. Преимущества аптамеров заключаются в виде лёгкой дозируемости, точном контроле со стороны показателей гемостаза, отсутствие взаимодействия с другими белками и ферментами, а следовательно исключение непредсказуемых побочных реакций.

Заключение. В эксперименте на модели гипоксии смешанного типа с целью коррекции гемостатических изменений с применением аптамеров получен эффект предупреждения тромбообразования. С учетом преимуществ аптамеров можно предположить, что дальнейшее развитие этой темы приведет к исключению развития риска тромбообразования.

ВЛИЯНИЕ СЕРОВОДОРОДГАЗОВЫХ ПОЛЛЮТАНТОВ НА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА КРЫС

А.В. Процко (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – *д.м.н., проф. Н.Н. Тризно*
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра патологической физиологии
(зав. - *д.м.н., проф. Н.Н. Тризно*)

Состояние окружающей среды влияет на все ткани и органы человека. Кровь и система гемостаза являются одними из самых чувствительных компонентов гомеостаза.

Целью настоящей работы явилось изучение реакции системы гемостаза на хроническое воздействие сероводородсодержащего газа.

Исследования были выполнены на 40 белых крысах обоего пола. Крысы были разделены на 3 группы — контрольную(10), подвергавшихся воздействию H₂S в течение 1 мес.(10), подвергавшихся воздействию H₂S в течение 2 мес.(20). Производилось определение активированного парциального тромбопластинового времени свертывания (АПТВ), антитромбинового резерва плазмы (АРП) и тромбинового времени.

Первая группа крыс, подвергавшаяся воздействию сероводорода

в течение 1-го месяца, имела незначительные изменения показателей гемостаза. Во второй группе крыс, подвергавшихся воздействию газа в течение 2-х месяцев, ввиду истощения адаптационных механизмов отмечались значительные нарушения гемостаза, выражающиеся в увеличении тромбинового времени, наряду с этим отмечено сокращение времени АПТВ и снижение содержания антитромбина в крови.

Данные полученные в результате исследования говорят об активации свертывающей системы и истощения противосвертывающей системы крови при длительном воздействии газа. Если в 1-ой группе изменения гемостаза незначительны, то крысы подвергавшиеся воздействию сероводородсодержащего газа в течение 2-х месяцев, имели более грубые нарушения гемостаза, выражающиеся в гиперкоагуляции и развитии генерализованного тромбоза.

Грант Минобразования науки ГК№16.740.11.0610 от 31 мая 2011

ИССЛЕДОВАНИЕ РИСКА НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У СТУДЕНТОВ АГМУ

3.Э. Дугужева (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель: д.б.н., доц. В.Р. Горст

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра нормальной физиологии (зав. каф. – д.м.н.,

проф. И.Н. Полунин)

Внезапная смерть, вызванная заболеваниями сердечно-сосудистой системы являются актуальной причиной современной медицины. В последнее время отмечается увеличение числа внезапной смерти, как у спортсменов, так и у нетренированных людей. Несмотря на достижения современной медицины до сих пор не удается точно прогнозировать возникновение внезапной смерти у людей.

Целью исследования было определение риска сердечной патологии у молодых людей.

Для реализации цели исследования были поставлены следующие задачи:

1) Разработать опросник для выявления причин развития острой сердечной патологии.

2) Произвести опрос среди студентов Астраханского

государственного медицинского университета.

3) Произвести анализ полученных результатов.

Нами было опрошено 80 человек (девушек – 55, юношей - 25).
Возраст испытуемых составил от 17 до 24 лет.

Были выявлены предпосылки развития патологии сердечно-сосудистой системы, которые могли бы при неблагоприятных условиях привести к серьезным осложнениям здоровья молодых людей.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЕЛОЙ КРОВИ У РАБОТНИКОВ АСТРАХАНСКОГО ГАЗОПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ЗАВОДА (АГПЗ) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАЖА

А.А. Хасиев (III курс, лечебный факультет)

Х.С. Дадаева (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.Н. Тризно

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра патологической физиологии

(зав.каф. – д.м.н., проф. Н.Н. Тризно)

В настоящее время многие территории России представляют собой зоны повышенного экологического риска, на которых вероятность возникновения экологически обусловленной патологии очень велика. В Астраханской области одним из основных источников техногенного влияния на человека является «ООО Астрахань Газпром», включающий в себя комплекс предприятий, которые производят разработку астраханского газоконденсатного месторождения и переработку добываемого газового конденсата.

Целью работы явилось изучение влияния природного газа Астраханского месторождения на показатели белой крови у работников АГПЗ, в зависимости от профессионального стажа.

Материалы исследования получены при изучении результатов профилактических осмотров 220 работников АГПЗ со стажем работы 0-12 лет за 2010-2012 год.

Методами исследования явились общеклинические и биохимические.

Результаты исследований показали, что наибольшее число отклонений от нормы регистрируются в старших возрастных группах. В возрастной группе 20-29 лет зарегистрировано минимальное

количество изменяющихся показателей и оно ограничено только изменяющимися показателями популяционного состава лейкоцитов. В возрастной группе 30-39 лет регистрируется повышение числа отклонений красной крови, а также отклонения популяционного состава лейкоцитов. В возрастной группе 40-49 лет зарегистрировано наибольшее число отклонений красной и белой крови, причем изменения популяционного состава лейкоцитов сопровождаются увеличением встречаемости повышенных значений содержания этих клеток. В возрастной группе 50-59 лет количество отклоняющихся от нормы показателей несколько снижается, однако эти отклонения также характерны для клеток красной и белой крови. Увеличение числа отклонений от пределов нормы показателей белых клеток крови начинает регистрироваться в стажевой группе 0-3 года, достигая максимума в стажевой группе 4-6 лет, затем снижается в стажевой группе 7-9 лет, а в стажевых группах 10-12 лет и более вновь наблюдается рост числа отклонений от нормы.

Таким образом, проведенные исследования показателей белой крови у рабочих АГПЗ свидетельствуют о включении адаптационных механизмов направленных на концентрацию последствий накопления в крови сульфгемоглобина и метгемоглобина. Вызывает интерес снижение общего количества лейкоцитов зависящее от стажа и возраста работающих. Причем в большей степени это выражено в молодом возрасте.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ВРЕДНОСТЕЙ И СТАЖА РАБОТЫ ПРОИЗВОДСТВА АГПЗ НА СИСТЕМУ КРАСНОЙ КРОВИ

Рахманова М. М. (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.Н. Тризно

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра патологической физиологии

(зав.каф. – д.м.н., проф. Н.Н. Тризно)

Из литературы известно, что степень увеличения степень увеличения гемоглобина и эритроцитов совпадает с увеличением воздействия на организм неблагоприятных компонентов внешней среды и их экспозиции. Это вызывает изменение среднего объема эритроцитов, он может иметь большую вариабельность. Кроме того средний объем эритроцитов возрастает по мере усиления воздействия

неблагоприятных факторов. Увеличение объема эритроцитов сопровождается увеличением среднего содержания гемоглобина, но концентрация гемоглобина в одном эритроците снижается. Содержание концентрации гемоглобина является своеобразной приспособительной реакцией в ответ на экстремальные воздействия среды. Форма эритроцита и концентрация гемоглобина в нем косвенно влияют на сродство гемоглобина к кислороду, которое возрастает с увеличением объема и толщины эритроцита. Изучение зависимости гематологических показателей от величины производственного стажа выявило, что тенденция роста содержания эритроцитов начиная со стажа 3 года нарастает по мере увеличения стажа работы. Содержание гемоглобина в крови рабочих имеет аналогичную тенденцию. То есть, регистрируется рост содержания гемоглобина по мере увеличения производственного стажа. Содержание уровня гемоглобина при стаже работы 4 года (при усилении эритроцитоза), по видимому, является временем «включения» адаптационных реакций, что подтверждается дальнейшим его ростом в остальных стажевых группах. Стимуляция регенеративной функции эритрона может быть ответом на высокую гипоксическую нагрузку или результатом повышенного распада эритроцитов, компенсирующегося повышенным кроветворением. Компенсация малокровия достигается за счет повышенной функциональной активности эритроцитов и увеличением синтеза гемоглобина с интенсивным использованием ионов железа и витаминов. Изучение среднего объема эритроцитов в крови рабочих Астраханского ГПЗ выявило гетерогенность эритроцитов по этому фактору. В зависимости от времени воздействия токсикантов увеличивается количество гетерогенных эритроцитов. Средний объем эритроцитов мало чем отличается от контрольных значений. Резкое снижение среднего объема эритроцитов у рабочих со стажем 3 года возможно является компенсаторным механизмом. Вместе с повышенным эритроцитозом и снижением уровня гемоглобина подтверждает усиление защитных и адаптационных реакций в этот период.

Коэффициент анизотропии RDW, являясь коэффициентом вариации среднего объема эритроцитов также отражает степень гетерогенности эритроцитов. Его повышение при стаже работы 3, 7 и 10 лет работы в газовой промышленности возможно является показателем смены периодов компенсаторных реакций организма.

Среднее содержание гемоглобина в одном эритроците не

отличается от контроля. Однако, при изучении этого показателя в стажевых группах имеется тенденция к его снижению при стаже работы 3 года работы в газовой промышленности. Это еще раз подтверждает наличие раздражения красного кровяного ростка в этот период и выброс в кровеносное русло большого количества «молодых» эритроцитов.

Показатель гематокрит отражает соотношение объемов кровяной плазмы и содержания эритроцитов в ней. Исследование гематокрита является основным лабораторным показателем при разграничении различных форм нарушений объема и осмотического давления в экстрацеллюлярной жидкости. Полученные данные об изменениях в эритроцитах аналогичны данным полученных исследователями в экспериментах. А также процессам адаптации присущим красной крови человека в результате воздействия других неблагоприятных факторов внешней среды (влияние холода, высокогорья и др).

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У РАБОТНИКОВ ГАЗПРОМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПРОИЗВОДСТВЕННОГО СТАЖА

Гелеханов М.В. (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.Н. Тризно

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра патологической физиологии

(зав.каф. – д.м.н., проф. Н.Н. Тризно)

Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы нами выделены такие, как гипертоническая болезнь, ИБС, атеросклероз и цереброваскулярные болезни, а также функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы в виде НЦД. Заболеваемость ГБ оказалась самой высокой среди рабочих производства №3 и ЦПС (5,1-5,5%), у рабочих других подразделений ее частота была ниже (3,6-1,2%).

Целью нашего исследования на протяжении 11-летнего периода является проспективное изучение эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний среди рабочих АГПЗ.

Проведенное исследование позволило оценить структуру сердечнососудистых заболеваний у рабочих АГПЗ. Преобладающей формой патологии являлись функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы в виде нейроциркуляторной дистонии (НЦД). Их доля

составляла почти половину от всех заболеваний органов кровообращения (47,9%). Третья часть приходилась на артериальную гипертензию (37%). ИБС составляла в структуре 12,6% случаев. Небольшим количеством случаев представлены ревматические поражения сердца в виде ревмокардиосклероза без порока сердца, пролапс митрального клапана, миокардитический кардиосклероз (2,5%).

Распространенность НЦД среди мужчин в начале исследования составляла 6,2%, среди женщин - 13% соответственно. Корреляционно-регрессионный анализ показал, что за время наблюдения уровень НЦД среди рабочих АГПЗ существенным образом не изменился и в 2001 г. у мужчин был равен 4,5%, у женщин - 4,7%.

Выделение лиц с АГ при проведении ежегодных медицинских осмотров рабочих осуществлялось в соответствии с критериями ВОЗ. Согласно полученным данным, в динамике наблюдался достоверный рост распространенности АГ среди мужчин ($B=+0,5\%$, $r=-0,8$, $p<0,05$). Если в 1991 г. уровень АГ был 3,8%, то в последующем он достиг 8,5%. У женщин уровень АГ оставался примерно одинаковым и колебался от 4,5% в 1991 г. до 2,5% в 2001 г.

Оценив в целом структуру, распространенность сердечно-сосудистых заболеваний среди рабочих АГПЗ и выяснив, что наиболее часто встречающейся патологией являлись функциональные сердечно-сосудистые расстройства в виде НЦД, в дальнейшем мы ставили своей задачей ответить на вопрос - принимают ли участие производственные факторы в формировании указанной патологии? Необходимость решения данного вопроса определялась тем, что работа на газоперерабатывающем заводе сопровождается воздействием на организм человека сложного комплекса профессиональных вредностей (серосодержащие газы, интенсивный производственный шум, значительная напряженность труда и т.д.). Для этого обычно используют такие методические приемы, как изучение заболеваемости в динамике, сравнение частоты заболеваний у рабочих с различным стажем и разной интенсивностью воздействия производственных факторов.

Наиболее распространенной формой патологии среди работающих оказались функциональные сердечно-сосудистые расстройства в виде НЦД. Оценка уровня функциональных сердечно-сосудистых расстройств по результатам 11-летнего наблюдения в различных профессиональных группах на АГПЗ позволила нам говорить о том, что условия производственной среды могут рассматриваться как один из факторов риска, принимающих участие в формировании указанной патологии.

ВЛИЯНИЕ ПРИРОДНОГО ГАЗА АСТРАХАНСКОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ НА КОЛЕБАНИЕ ОБЩЕГО БЕЛКА В ГЕПАТОЦИТАХ КРЫС

И.И. Темирбулатов (II курс, лечебный факультет)

М. В. Шахназарян (II курс, лечебный факультет)

Р. К. Османова (I курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – ассистент В.С. Красовский.

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра биологии (зав.каф. – д.м.н. проф. Л.Г.Сентюрова)*

Цель работы: определить влияние сероводорода на показатель общего белка в гепатоцитах лабораторных животных.

В качестве объекта исследования послужили 10 беспородных крыс, средним весом 250 грамм. Экспериментальное моделирование воздействием газа осуществлялось в дозе 25 мг/м³. Все животные подвергались воздействию газа в течение 2 часов.

Протокол эксперимента был составлен в соответствии с принципами биоэтики, правилами лабораторной практики (GLP); этическим нормам, изложенным Женевской конвенции (1971), "Международных рекомендациях по проведению медико-биологических исследований с использованием животных" (1985).

Образцы печени каждого выведенного из эксперимента лабораторного животного фиксировали в жидкости Карнуа, проводили по стандартной гистологической методике, заключали в парафин. После получения гистологических срезов проводилась их окраска. Использовались методы окраски гематоксилином Эрлиха и эозином, по Ван-Гизон и окраска прочным зеленым при pH 2,2 для выявления общего белка.

Количественное определение белка проводилось с помощью комплекса «Морфолог».

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы Microsoft Excel. Рассчитывались несколько статистически значимых величин: среднеквадратическое отклонение, средняя ошибка средней арифметической величины.

При исследовании содержания и распределения общего белка было найдено, что под влиянием серосодержащего газа происходит снижение уровня белка до 3256 ± 8 , по сравнению с интактными животными 4220 ± 10 усл. ед. Тем самым можно сделать вывод, что

сероводород оказывает угнетающее действие на синтез белка в гепатоцитах, что может отразиться на её регенеративных возможностях.

ВАРИАЦИЯ УРОВНЯ АСТЕНИИ У СТУДЕНТОВ 2 КУРСА В ПРЕД- И ПОСТЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ПЕРИОДЫ

Бугуров С.В. (VI курс, лечебный факультет)

Кукушина Ю.М. (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель: д.б.н., доцент Горст В.Р.

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра нормальной физиологии (зав. – д.м.н., проф. Полунин
И.Н.)*

Результаты медицинских исследований показывают, что до 80% студентов вузов страдают астеническим синдромом. Астенический синдром негативно влияет на самочувствие человека, снижает его самооценку, угнетает иммунные процессы, снижает работоспособность и успеваемость учащихся. Учитывая актуальность данной проблемы, мы поставили перед собой цель изучить степень распространенности астенического синдрома среди студентов Астраханского ГМУ при различных функциональных состояниях.

Нами было обследовано 50 студентов 2 курса нашего вуза перед зимней сессии и во время весеннего семестра 2014 — 2015 учебного года. Исследование проводилось с помощью шкалы астенического состояния, разработанной Л.Д. Майковой и адаптированной Т.Г. Чертовой на базе данных клинико-психологических наблюдений, а также с помощью опросника ММРІ (Миннесотский многомерный личностный перечень). Кроме того были использованы тесты: исследование объема кратковременной памяти и корректурная проба (тест бурдона) - степени концентрации и устойчивости внимания.

Результаты нашего исследования позволили сделать заключение, что степень распространенности астенического синдрома у студентов Астраханского ГМУ подвержена значительным колебания в зависимости от функционального состояния студентов, уровня эмоциональной нагрузки, характера учебного процесса.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ — НАРУШЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ

Колош Е.Г. (II курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель — асс. Лобанова М.И.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра нормальной физиологии

(Зав. - д.м.н., проф. Полунин И.Н.)

Врачи называют аллергию эпидемией 21 века. По прогнозам специалистов, к 2030 году от дыхательной, пищевой или контактной аллергии будет страдать каждый житель Земли. Аллергия как заболевание была всегда, но с середины XX века и количество аллергиков, и спектр возможных аллергенов начали стремительно нарастать. Сегодня различными формами аллергии страдают более 60% населения. При этом заболеваемость аллергией еще не достигла максимума: только за последние три десятилетия каждые десять лет заболеваемость аллергией удваивалась.

Был проведен социологический опрос в разных возрастных группах, в каждой из которых было по 70 человек. Исследование показало, что в 1 группе (от 5 до 15 лет) аллергия встречается у 87% опрошенных, а здоровых оказалось 13%, у 2 группы (от 15 до 30 лет) аллергия есть у 67%, нет у 33% и в 3 группе (от 30 до 60 лет) у 66% опрошенных есть аллергия, когда у 34% заболевание отсутствует.

Опрос показал, что существует 7 наиболее распространенных аллергических реакций: пищевая аллергия, аллергия от укусов насекомых, экзема и дерматит, хронический ринит, крапивница, астма, аллергия на косметику.

Нами выявлены наиболее популярные антигистаминные препараты: Димедрол, Диазолин, Супрастин, Тавегил, Кларитин, Фексадин, Гидрокортизоновая мазь, Гисталонг, Эриус, Цетиризин (Зодак).

Главное в лечении иммунопатологических состояний - это компенсация причин иммунных нарушений у пациента. Пока будут сохраняться системные нарушения функционирования организма, лежащие в основе всех иммунопатологий, в той или иной форме будут сохраняться и сами иммунные нарушения. И только когда будут компенсированы причины, т.е. не будет оснований для иммунных нарушений, стойко исчезнут и сами нарушения.

ФИЗИОЛОГИЯ ПОЧЕК ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Н.И.Калягин (II курс, лечебно-профилактический факультет)

Д.И.Сергеев (II курс, лечебно-профилактический факультет)

Научный руководитель – к.б.н., доцент В.А. Плотникова

Уральский государственный медицинский

университет, г. Екатеринбург

Кафедра нормальной физиологии (зав. каф. – д.м.н. Цивьян П. Б.)

Актуальность проблемы: Мочекаменная болезнь – одна из самых распространенных в урологической практике. В большинстве случаев 30%–50%. Больных, поступающих в урологическое отделение, страдают именно этим заболеванием. В числах это выглядит следующим образом: на 100 000 человек населения было зарегистрировано 535,7 случая заболевания уrolитиазом.

Цель: Выявление изменений физиологии почки при мочекаменной болезни

Материалы и методы: Метод исследования – статистическая обработка историй болезней. Нами было взято 105 пациентов с диагнозом уrolитиаз.

Результаты и обсуждение:

1) Корреляция стороны расположения камня, симптома Пастернацкого и колики. В большинстве случаев расположения камня совпадает со стороной положительного симптома Пастернацкого и колики (98,5% для правой почки; 97,7% для левой), однако наблюдается небольшое количество случаев в которых не наблюдается такого совпадения. Мы связываем это с нейропатическим видом боли.

2) Концентрация гемоглобина в эритроците. Этот параметр интересен тем, что отражает средний размер эритроцитов, и, если при мочекаменной болезни и угнетении эритропоэза наблюдается некоторое количество мегалоцитов, то с выздоровлением их количество снижается. Соответственно, концентрация гемоглобина в эритроците снижается в среднем на 5,14%

3) Удельный вес мочи. Почти у всех пациентов этот показатель достоверно увеличился (в среднем на 0,53%, что достаточно много, учитывая небольшие значения параметра). Это связано с нормализацией работы почек после лечения. Однако у пациентов перенесших оперативное вмешательство, этот показатель не

изменился.

Заключение: Мы рассмотрели наиболее показательные параметры, отражающие изменения важных физиологических параметров в организме человека. Это соответствие реального камня и его клинических проявлений, концентрация гемоглобина в крови и удельный вес мочи. Первый параметр отражает вероятность несоответствия клинических симптомов реальному положению камня, а второй и третий показывают, насколько эффективно было проведено лечение. Можно отметить, что параметры вернулись к норме, что говорит о высокой степени качества проводимого лечения.

БЕЛКИ-МАРКЕРЫ – МОЛЕКУЛЯРНАЯ ОСНОВА ПАТОЛОГИИ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ ГРУППЫ РИСКА НАРКОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ

Самсах Маруан (II курс, стоматологический факультет)

Алилуш Надия (II курс, стоматологический факультет)

Буада Мохамед (II курс, стоматологический факультет)

Научный руководитель - к.м.н., доц. М.Ю. Воронкова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра биологической химии

(зав. каф. – д.м.н., проф. Д.М. Никулина)

Формирование болезни патологической зависимости (БПЗ) в настоящее время стало эпидемией. Особенно тяжелые последствия она имеет в среде молодёжи 11-17 лет (Панченко Л.Ф.).

Цель нашей работы – выявить максимально информативные лабораторные показатели у лиц, страдающих наркозависимостью, для установления диагноза, оценки мониторинга лечения и профилактики заболевания.

В настоящее время на кафедре ведется поиск наиболее достоверных и доступных по стоимости лабораторных показателей, характеризующих изменения в организме у больных с наркозависимостями, особенно на ранних этапах (патент Воронкова М.Ю., Никулина Д.М., Иванов П.А., Кальной В.С.). Данное исследование проводится на больных с разными формами токсикозности (70 человек).

К выраженным соматическим изменениям у наркоманов относятся:

прогрессирующее истощение и дистрофический синдром, симптомы гипоксии тканей, снижение неспецифической резистентности и иммунной защиты по клеточному и гуморальному типу с развитием воспалительных процессов, диффузное токсическое поражение миокарда.

Введение в организм наркотиков приводит к изменениям неспецифических систем мозга, имеющих тесные взаимосвязи со специфическими нейросекреторными областями гипоталамуса. В норме эндогенные опиоиды находятся в состоянии обратной зависимости с гормонами. Они как бы уравнивают друг друга. Однако в организме, находящемся в состоянии наркотической интоксикации, эти нормальные взаимоотношения резко нарушены. Высокая концентрация наркотика в крови извращает гормонопродукцию, а это, в свою очередь, весьма отрицательно сказывается на процессах метаболизма на фоне разрегулирования вегетативных функций.

Возникают изменения неспецифических систем мозга, имеющих тесные взаимосвязи со специфическими нейросекреторными областями гипоталамуса. Под прямым действием тиреотропного рилизинг-фактора гипоталамуса находятся гипофизарные тиреотропный гормон (ТТГ) и пролактин (ПРЛ). В наших исследованиях величина ПРЛ - $78,88 \pm 3,1$ мМЕ/мл (в контрольной группе - $251,38 \pm 8,04$ мМЕ/мл), ТТГ - $0,57 \pm 0,02$ мМЕ/л (в контрольной группе - $3,11 \pm 0,42$ мМЕ/л).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОХИМИЧЕСКОГО ТЕСТА ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПРЕЭКЛАМПСИИ

М.А. Оденязова (III курс, медико-проф. факультет)

Научный руководитель - д.м.н. проф. А.А. Николаев

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра химии (зав.каф.-д.м.н.А.А. Николаев)

Преэклампсия занимает второе место в статистике акушерских осложнений, но диагностика и прогнозирование до настоящего времени представляют собой трудную задачу. В патогенезе преэклампсии играет роль гинекологическая и экстрагенитальная патология, но основой является токсикоз с развивающейся печёочно-почечной дисфункцией и нефропатией с клиническими проявлениями и осложнениями.

Плацентарная щелочная фосфатаза (ПЩФ) является органоспецифическим антигеном плаценты, ферментом, участвующим в указанных патологических процессах.

Цель исследования: разработка методов прогнозирования течения гестозов и преэклампсии на основе иммунохимического исследования

ПЩФ.

Нами исследована активность и концентрация трех типов щелочных фосфатаз сыворотки крови: расщепляющая п-нитрофенилфосфат, расщепляющая нафтол-фосфаты и специфическая плацентарная фосфатаза.

Мы в своей работе для неинвазивного иммунохимического исследования мочи беременных использовали метод радиальной иммунодиффузии.

В составе мочи беременных с гестозом ЩФ расщепляющая п-нитрофенилфосфат выявляется в 80,4% случаев. В составе мочи здоровых беременных ЩФ расщепляющая п-нитрофенилфосфат выявляется в 36,6% случаев.

При этом методом ИФА определяется ПЩФ в 96,6% случаев, со средней концентрацией $75,8 \pm 0,8$ нг/мл также с увеличением количества других белков. В контрольной группе у здоровых беременных ПЩФ выявляется в 6,7% случаев со средней концентрацией $5,2 \pm 0,5$ нг/мл.

Эти данные получены нами впервые. Следует отметить, что появление в моче здоровых беременных ПЩФ, в концентрациях до 20,0 нг/мл нельзя назвать протеинурией, а является проявлением преходящих сосудистых дисфункций и плацентарной недостаточности.

Таким образом, не только снижением функции плаценты, но и потерей ПЩФ с мочой можно объяснить снижение уровня сывороточной ПЩФ при гестозах.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ГИПОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ

Х-М.А. Магомедов (IV курс, лечебный факультет)

А.М. Очалаев (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Р.А. Бисалиева

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра биологической химии

(зав.каф. – д.м.н., проф. Д.М. Никулина)

Частота выявления гипоксических нарушений у плода и новорожденных достаточно широко варьирует, что обусловлено

различными диагностическими подходами и возможностями. Особо значимы эти состояния для центральной нервной системы, поскольку в условиях гипоксии нарушается морфо-функциональное состояние мозга, способствующее изменениям нервных клеток. Правильное решение этой задачи предполагает адекватную диагностику гипоксических состояний.

В кислородном снабжении тканей принимают участие такие белки-глобины, как гемоглобины разных типов, миоглобин и недавно открытый нейроглобин (T.Burmester, B. Weichetal., 2000). Одним из проявлений гипоксии является увеличение в крови больных концентрации фетального гемоглобина (HbF), а эмбриональный гемоглобин (HbE) наряду с HbF имеет высокое сродство к кислороду. Логичным видится вовлечение в процесс активации при гипоксии не только гена HbF, но и HbE (Д.М. Никулина и соавт., 2009).

Объектом исследования были 77 образцов венозной крови новорожденных с гипоксически-ишемическим и гипоксически-геморрагическим поражением ЦНС. В зависимости от степени тяжести все новорожденные с гипоксически-геморрагическим поражением ЦНС были разделены на 3 группы: внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) I степени; ВЖК II степени; ВЖК III-IV степени. Иммунохимический анализ проводили с помощью самостоятельно полученных моновалентных тест-систем на HbE и HbF. Выявление HbE осуществляли иммунодиффузией по Оухтерлони, содержание HbF определяли радиальной иммунодиффузией по Манчини.

Полученные данные свидетельствуют о двукратном повышении HbE при гипоксически-геморрагическом поражении ЦНС, причем самая высокая концентрация 15 мг/л была обнаружена при ВЖК III-IV степени. При исследовании уровня HbF в крови новорожденных детей с различными формами гипоксического поражения ЦНС выявлена наиболее высокая концентрация при гипоксически-ишемическом поражении ЦНС - $476,2 \pm 18,4$ мг/л, что в 1,47 раза превышает продукцию фетального гемоглобина при гипоксически-геморрагическом поражении.

Таким образом, результаты работы дают основание для более глубокого изучения и могут стать основой для разработки дифференциально-диагностического критерия тяжести гипоксического поражения ЦНС.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОСТАГЛАНДИНА E2В БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЯХ ПРИ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ

Адилов А.С. (заочный аспирант),
Л.С. Григорьева (магистр ГБОУ ВПО АГУ)
Научный руководитель - старший преподаватель
кафедры биохимии П.А. Иванов)
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра биологической химии
(зав. каф. – д.м.н., проф. Д.М. Никулина)

Одной из причин снижения рождаемости во многих странах и в России, в частности, является бесплодие. По данным ВОЗ (2000) во всем мире в течение своей репродуктивной жизни сталкиваются с проблемой бесплодия 8-12% семейных пар или до 10 млн. мужчин и женщин, не имеющих детей, и каждый год их число увеличивается на несколько миллионов пар. В России количество бесплодных пар составляет более 17% и во многих регионах имеет тенденцию к росту. При этом только у одного из десяти мужчин данные причины связаны с врожденными генетическими, анатомическими, эндокринологическими или иммунологическими факторами. В большинстве случаев нарушения фертильности приобретенные. В нашем вузе кафедрами урологии и биохимии было проведено комплексное изучение клинικο-диагностического значения простагландина E₂ и белков реактивности при заболеваниях предстательной железы, результаты которого изложены в монографии (Мирошников В.М., Никулина Д.М. и др., 2010).

Цель нашей работы - изучить содержания ПГЕ2 в сыворотке крови и эякуляте у больных при мужском бесплодии для определения его клинικο- диагностического значения в зависимости от патологии мужской репродуктивной системы.

Сбор биологического материала осуществляли в межрайонном центре планирования семьи и репродукции г. Хасавюрт с момента установления диагноза и после проведенной терапии. В работе использовали коммерческий набор реагентов для иммуноферментного анализа. Из 123 образцов биологического материала были отобраны 68 от больных с хроническим уретропростатитом, трихомониазом, хламидиозом, варикоцеле при нормо- и олигозооспермии, астенозооспермии.

Было установлено, что концентрация ПГЕ2в обеих биологических жидкостях имеет разной степени отклонения от значений у здоровых лиц, особенно выраженные при воспалительных процессах. При этом

концентрация ПГЕ2 в сыворотке крови, что позволяет сделать вывод о возможности использования теста на простагландин для неинвазивной диагностики заболеваний мужской половой сферы.

ОСОБЕННОСТИ МЕЖМОЛЕКУЛЯРНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ АЛЬФА2 ГЛОБУЛИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ

А.В. Гавриленко (IV курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – д.м.н., проф. Д.М. Никулина
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра биологической химии
(зав. каф. – д.м.н., проф. Д.М. Никулина)

Белки являются участниками практически всех процессов, поэтому очевиден интерес к изучению их физических взаимодействий. Нарушения белок-белковых взаимодействий может приводить к возникновению различных заболеваний, включая опухолевые, дегенеративные, аутоиммунных и другие. Отсюда большой интерес к изучению белок-белковых взаимодействий как к важному инструменту в диагностике, разработке подходов к лечению и мониторинге лечения (А.А. Терентьев и соавт., 2009; R. Milo, 2007 и др.). Белок зоны беременности (СБАГ, PZP), представитель семейства макроглобулинов, выполняет иммуносупрессивную функцию, участвует в поддержании иммуногемеостаза беременных женщин и больных воспалительными заболеваниями. При изучении СБАГ в нашей лаборатории (Д.М. Никулина) было обнаружено несоответствие хроматографического объема элюции СБАГ его молекулярной массе. Он совпадал с таковым альфа-2 макроглобулина (МГ), вдвое превышающего СБАГ по молекулярной массе.

Цель работы - изучить генетическую обусловленность межмолекулярных взаимодействий МГ и СБАГ наличием на поверхности их структур идентичных гидрофобных кластеров для обоснования предположения, что комплекс МГ и СБАГ *in vivo* является функционально важным.

С использованием различных веб-серверов и биоинформационных программ провели множественное сравнительное выравнивание аминокислотных последовательностей СБАГ 22-х организмов и установили, что некоторые из эволюционно стабильных и функционально важных гидрофобных трипептидов находятся на поверхности СБАГ и участвуют в формировании комплекса. Затем была сформирована модель комплекса двух белков на сервере HexDock и изучена его стабильность с помощью сервера PDBePISA.

Проведенное исследование позволило косвенно подтвердить функциональную важность образования белкового комплекса, объяснить несоответствие экспериментальных данных при выделении и очистке этих белков наличием взаимодействий между ними. Мы подтвердили *in silico* и визуализировали гипотезу о том, что во взаимодействии участвуют идентичные гидрофобные аминокислоты на поверхности структур MG и PZR. В настоящее время продолжено комплексное исследование межмолекулярных взаимодействий некоторых белков сыворотки крови

Работа поддержана грантом РФФИ № 14-04-01075.

ТЕСТЫ НА ФЕРРИТИН И ПЩФ КАК ИНДИКАТОРЫ СКРЫТОЙ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА

Акишкина Е.В., (IV курс, педиатрический факультет)

Шацкова Е.А. (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н. Коханов А.В.

Астраханский государственный медицинский университет,

Кафедра биологической химии

(зав. каф. – д.м.н., проф. Д.М. Никулина)

В криминалистике приходится изымать вещественные доказательства по прошествии значительного времени после совершения преступления. За это время следы биологического происхождения на вещественных доказательствах, в частности кровь и сперма уничтожаются (застирываются, замываются), или значительно разрушаются под воздействием факторов внешней среды (света,

температуры, атмосферных осадков, повышенной влажности и др.).

Цель исследования – поиск иммунохимического способа идентификации биоматериала, принадлежащего человеку, среди биоматериала различного происхождения (кровь человека и животных, высохшие остатки мяса и молочных продуктов различных животных, пятна растительных продуктов питания) на различных текстильных моделях вещественных доказательств.

Образцы биоматериала человека (кровь, плазма и сыворотка крови, слюна, сперма, секрет простаты, менструальная кровь, влагалищное отделяемое) в объеме 0,05 мл наносили на образцы бельевой ткани с различным отношением хлопчатобумажных и синтетических волокон. Кусочки белья с подсохшим биоматериалом выдерживали до исследования от недели до полугода при различных условиях хранения и дополнительного воздействия моющими средствами, экстрагировали 50 мл подходящего растворителя, диализовали и концентрировали во 100 раз. Содержание ферритина в исходном материале и экстрактах засохших, замытых или застиранных пятен определяли на биохимическом анализаторе «Microlab» с использованием стандартных наборов («Vitalab», Нидерланды), концентрацию ПЩФ (чувствительность метода 50 нг/мл) – методом встречного иммуноэлектрофореза по Kohn после окрашивания преципитатов на щелочную фосфатазу (чувствительность методов 10 и 50 нг/мл соответственно).

Содержание термостабильных белков в одном и том же образце цитратной крови, плазме и сыворотке крови достоверно между собой не отличалось и колебалось в разных образцах для ферритина в пределах от 75 до 355 нг/мл во всех образцах, а для ПЩФ от 1200 до 4200 нг/мл у мужчин и от 2600 до 5700 у женщин и, вплоть до 9600 нг/мл – в крови у беременных. В слюне, сперме и простатическом соке уровни ферритина и ПЩФ были значительно ниже, чем в крови ($17,0 \pm 6,67$ и $140,0 \pm 48,0$ нг/мл соответственно), а во влагалищной слизи и менструальной крови, наоборот – выше ($433,0 \pm 76,7$ для ферритина и 5930 ± 312 нг/мл для ПЩФ).

В высохших на бельевой ткани пятнах крови и остального исследуемого биоматериала, который не подвергался замыванию или стирке, оба термостабильных белка не денатурировали и сохраняли свои нативные свойства при экстракции вплоть до полугода. Следует отметить, что при этих условиях на хлопчато-бумажных тканях хорошо адсорбировались и сохранялись с частичной потерей своих нативных свойств многие термолабильные белки, в частности, гемоглобин и альбумин. Замывание следов крови и других выделений в холодной воде

без добавления синтетических моющих средств, приводило к полной десорбции из бельевой ткани гемоглобина, но не термостабильных белков. Оба белка выявляются иммуногистохимическими методами в высушенных пятнах на текстильных изделиях не только в крови человека, но и в другом биоматериале (сукровице, гнойном отделяемом, слюне, женском молоке, сперме).

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЕРМОСТАБИЛЬНОСТИ СЫВОРОТОЧНОГО АЛЬБУМИНА С ЕГО АДсорЦИОННОЙ СПОСОБНОСТЬЮ

Гаджиев Г.А. (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н. Коханов А.В.

Астраханский государственный медицинский университет,

Кафедра биологической химии

(зав. каф. – д.м.н., проф. Д.М. Никулина)

Интоксикационный синдром является сопутствующим при большинстве заболеваний и патологических состояний, и определение его степени имеет важное клиническое значение. Технологии разрабатываемого нами способа оценки интоксикационного синдрома основывается на его способности адсорбировать токсические вещества различной природы и на применении прогрессивных методов иммунохимического анализа, ранее для оценки степени интоксикации не применявшихся.

Цель исследования изучить в эксперименте термостабильные свойства альбумина человека во взаимосвязи со способностью этого белка сыворотки крови человека связывать низкомолекулярные вещества различного происхождения.

Выбор альбумина в качестве экспериментальной модели связан не только с его биологической ролью в организме как главного неспецифического транспортного белка сыворотки, но и с удобством его иммунохимической регистрации даже при тысячекратном снижении концентрации. Для сравнительной оценки влияния лигандов на температуру денатурации СА в качестве низкомолекулярных лигандов использовали спиртовые растворы билирубина и эстрадиола (Merck, ФРГ), водонасыщенный бутанол, растворы глицерина, сульфата аммония и хлорида натрия различной концентрации (Реахим, Россия). Кроме того, исследовали комбинацию неизвестных низкомолекулярных лигандов в составе смывов гипертоническим раствором (1M NaCl) с медицинских угольных сорбентов «СНК»,

«СКК» и «СУГС» после сеанса гемосорбции у больных с интоксикационным синдромом различной этиологии (панкреонекроз, сепсис, перитонит, ПОН, гестоз тяжелой степени, травматический токсикоз с миоглобинурией), полученными из отделения гемодиализа. Препараты СА с добавлением лигандов прогревали в стеклянных пробирках на водяной бане при следующих режимах $50^{\circ} \times 1$ час, $60^{\circ} \times 1$ час, $70^{\circ} \times 15$ мин, $80^{\circ} \times 15$ мин, $90^{\circ} \times 10$ мин или $100^{\circ} \times 10$ мин.

Установлено, что СА переносит без денатурации температуру до 70°C , сохраняется на четверть при 80°C и на 2-3% при 100°C . Высокие концентрации глицерина (20%) и солей (1М) предохраняют белок от денатурации при кипячении на 20-40%. Незначительное (до 2-3 раз) увеличение термостабильной фракции альбумина (ТСА) при 100°C наблюдается под влиянием гидрофобных лигандов (эстрадиола и билирубина).

Способность повышать ТСА выявлена также у смеси токсинов элюированных с гемосорбента «СУГС» от больного перитонитом.

Разница концентраций альбумина в параллельных образцах сыворотки необработанной (нативной) и обработанной активированным углем сыворотки значимо начинает проявляться при температурах 80°C и 100°C . Максимальные различия до 80% наблюдаются в сыворотках больных с выраженными признаками эндотоксикоза.

Термостабильность СА отражает степень нагрузки связывающих центров альбумина низкомолекулярными лигандами, то есть – количество адсорбированных на поверхности макромолекулы альбумина эндогенных и экзогенных токсинов. Иммунохимический тест на термостабильный сывороточный альбумин (ТСА) может быть использован не только для эндоэкологического мониторинга, но и для оценки многих патологических состояний, сопровождающихся симптомокомплексом интоксикации, поэтому для конструирования теста нами разработан способ выделения и очистки термостабильной фракции сывороточного альбумина человека.

ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГЕСТОЗАХ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ

Кривенцева М.Ю. (VI курс, лечебный факультет)

Пшанова М.К. (IV курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., профессор Д.М. Никулина
*Астраханский государственный медицинский университет,
кафедра биологической химии (зав. – проф. Д.М. Никулина)*

Цель исследования состояла в иммунохимическом количественном анализе трофобластического бета-глобулина (ТБГ) в моче беременных женщин с гестозами по нефропатическому типу.

В качестве исследуемого материала использовали мочу беременных женщин. Всего было исследовано 45 образцов мочи беременных женщин. Контингент обследуемых был разделен на две группы: беременные женщины с гестозами по нефропатическому типу – 36 человек и здоровые беременные женщины (группа сравнения) 39 человек.

Ранее, сотрудниками кафедры биохимии АГМА показано, что использование в качестве биоматериала мочи, для очистки ТБГ, рационально и эффективно, т.к. метод выгодно отличается простотой и неинвазивностью (Кривенцев Ю.А., Островерхова И.В. 2002). Определение ТБГ в биологических жидкостях проводили запатентованным методом иммунохимического выявления в моче беременных (Никулина Д.М. и соавт., патент № 2258221 от 10.08.2005).

В ходе работы разработан способ выделения и очистки трофобластического бета-глобулина, включающий: высаливание исходного биоматериала (сыворотки крови беременных женщин поздних сроков) сульфатом аммония 40% насыщенности, диализ в 0,005 М фосфатном буфере pH 7,4, препаративный электрофорез в агаровом геле на веронал-мединаловом буфере, pH 8,6, гель-проникающая хроматография на сефадексе G-200 в 0,15 М фосфатном буфере pH 7,4.

На основе полученных очищенных препаратов ТБГ были созданы соответствующие моновалентные антисыворотки (путем иммунизации кроликов) и смоделирована тест-система на этот белок. Тест система на ТБГ имеет следующие рабочие характеристики: максимальное разведение антигена 1:240 (сыворотки крови беременных женщин поздних сроков); оптимальное разведение

анигена 1:16; порог чувствительности 3,4 мг/л.

Проведенное количественное иммунохимическое выявление ТБГ дало следующие результаты: в моче здоровых беременных женщин средняя концентрация ТБГ составила $4,2 \pm 0,4$ мг/л. В моче беременных женщин с поздними гестозами по нефропатическому типу средняя концентрация ТБГ имела значительное достоверное отличие – $27,8 \pm 3,1$ мг/л ($t=5,9$; $P<0,01$). Полученные данные объясняются тем, что при гестозах по нефропатическому типу наблюдается выраженное поражение почечной паренхимы. Нарушается целостность эпителия мальпигиевых клубочков нефронов почек, это приводит к повышению их порозности что способствует проникновению отдельных протомеров ТБГ из плазмы крови в первичную мочу. А т.к. белки не подвержены реабсорбции в почках, следовательно, этот белок остается в конечной моче в высокой концентрации.

Предложенный иммунохимический тест на трофобластический бета-глобулин в моче апробирован в диагностической практике родильного дома №2 г. Астрахани, и зарекомендован как надежный и достоверный. Внедрение описанного способа диагностики поздних токсикозов беременности в широкую клиническую практику, бесспорно, способствует повышению диагностики соответствующей патологии.

БЕЛКИ КРОВИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КОМЫ

Огнев П.В. (VI курс, лечебный факультет),

Робин А.А. (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н. Коханов А.В.

Астраханский государственный медицинский университет.

Кафедра биологической химии

(зав. – д.м.н., проф. Д.М. Никулина)

Для своевременной оценки характера изменений в структурах головного мозга, сопровождающихся гипоксией мозга и потерей сознания, перспективно исследование в биологических жидкостях нейроспецифических белков (П.П. Кулагин, М.А. Чишиева, 1978; Е.Б. Пухов, 1995; В.В. Белопасов с соавт., 1997; В.П. Чехонин с соавт., 1999; E.G. McKeating et al., 1998), а также межорганных белков и других метаболитов, параметры которых изменяются у пациентов в коме (А.В.

Коханов, 2009, А.А. Мяснянкин, 2012).

Целью данного исследования являлся поиск биохимических маркеров, пригодных для дифференциальной диагностики мозговой комы токсического и травматического генеза.

В качестве исследуемого материала использовали сыворотки крови 65 пациентов, поступивших в нейрохирургическое отделение АМОКБ с диагнозом «Закрытая черепно-мозговая травма» (ЗЧМТ). Путем ретроспективного анализа историй болезни и сортировки пострадавших на две подгруппы, в зависимости от наличия (39 человек), или отсутствия (26 человек) алкогольной интоксикации при поступлении, проведен статистический анализ биохимических и иммунохимических показателей. Исследовались сывороточные уровни кортизола, глюкозы, ферритина (Фр), термостабильной фракции сывороточного альбумина (ТСА), активность сывороточной щелочной фосфатазы (ЩФ) и ее термостабильного изофермента (ТЩФ).

В ходе работы установлено, что при наличии у пострадавшего с ЗЧМТ алкогольной интоксикации (АИ), концентрации кортизола и глюкозы в крови ниже, чем у пострадавших без АИ (соответственно 456 ± 41 и 562 ± 75 нмоль/л кортизола и $4,4 \pm 0,57$ и $6,8 \pm 0,75$ ммоль/л глюкозы). Наоборот, уровни в крови белковых молекул ЩФ, ТСА, Фр и ПЩФ выше в крови у пострадавших на фоне сопутствующей травме АИ (соответственно $2,1 \pm 0,20$ и $1,7 \pm 0,18$ г/л ТСА, $185 \pm 29,3$ и $134 \pm 26,4$ нг/л Фр, $212 \pm 30,7$ и $170 \pm 22,4$ МЕ/л ЩФ и $2,40 \pm 0,72$ и $1,57 \pm 0,63$ мкг/л ТЩФ).

Таким образом, средние значения Фр у пострадавших с ЗЧМТ на фоне алкогольной интоксикации выше, чем значения у трезвых пострадавших равной степени тяжести повреждения. Обнаружены противоположно направленные изменения биохимических показателей у пострадавших в первые сутки после тяжелой ЗЧМТ: на фоне алкогольной интоксикации уровень глюкозы в крови достоверно ниже ($p < 0,02$), а ферритина (достоверно выше ($p < 0,05$), чем у пострадавших с равной степенью тяжести ЗЧМТ по шкале комы, но без признаков алкогольной интоксикации.

Таким образом, коэффициент ферритин/глюкоза при ЧМТ на фоне алкогольной интоксикации в 2 раза выше, чем у пострадавших с ЧМТ без признаков алкогольной интоксикации (42,0 и 19,7 соответственно). Данная зависимость может представлять интерес в плане дифференциальной диагностики токсической и травматической комы.

На основании обнаруженного нами явления снижения концентрации глюкозы в случае алкогольной интоксикации и повышения ее в случае посттравматического гиперметаболизма, а также данных о повышении уровня ферритина пропорционально степени травмы головного мозга, нами введен диагностический индекс — отношение концентраций в сыворотке Фр/Глюкоза для дифференциальной диагностики характера мозговой комы.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА И СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ФОНЕ АНЕМИИ

Сапрыкина К.А. (IV курс педиатрического факультета)

С.В. Шиннинова (заочный аспирант)

Научный руководитель — д.м.н., профессор Д.М. Никулина
Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра биологической химии

(зав. каф. — д.м.н., проф. Д.М. Никулина)

По оценкам ВОЗ в 2012 году от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) умерло 17,5 млн человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире, из них около 42% случаев смерти от ишемической болезни сердца. Часто при обследовании выявляется сочетание ССЗ с анемией, которая определяется у 25–40% больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и 10–20% пациентов с ИБС. Считается, что увеличение распространенности и тяжести анемии при ХСН вызвано сочетанием нескольких факторов: увеличением возраста пациентов, что связано с более низким значением гемоглобина, возрастающей частотой хронической болезни почек, высокой заболеваемостью сахарным диабетом (Копылов Ф.Ю., Щекочихин Д.Ю., 2014). Согласно новым сведениям, полученным Темниковой Е.С., наличие анемии при сердечно-сосудистых заболеваниях можно рассматривать как независимый предиктор риска неблагоприятных клинических исходов.

Целью нашей работы было мониторинговой определение гемоглобина (Hb), эритроцитов (Эр) и сывороточного железа (СЖ) крови у больных с инфарктом миокарда для их оценки как возможных показателей риска неблагоприятного исхода заболевания. Сбор

биологического материала осуществляли 2-3 раза в течение стационарного лечения 33 больных с соблюдением всех стандартов обследования. Исследования эритроцитов и гемоглобина проводили на гематологическом анализаторе «ADVIA 60», сывороточное железо определяли на биохимическом анализаторе «CLIMA MC 15» с использованием реактивов фирмы «ВЕКТОР БЕСТ» (Россия).

Отмечено, что в динамике у мужчин превалирует снижение Нб и СЖ до (у 50% и 44% от общего числа больных), а повышение этих показателей наблюдалось только в 11% и 27% случаев. У женщин отмечен значительный процент повышения уровня СЖ (60%) при 33% случаев снижения этого показателя. Изменение уровня гемоглобина в процессе лечения изменялось одинаково в ту и другую стороны. Полученные результаты позволяют предположить, что у женщин СЖ может быть показателем положительной динамики восстановления тканевого дыхания, а у мужчин оба показателя свидетельствуют о недостаточной эффективности (или продолжительности) лечения. Таким образом, диагностическое и прогностическое значение может иметь только индивидуальный мониторинг указанных лабораторных показателей.

ИММУНОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОСТРАВМАТИЧЕСКОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ТКАНЕЙ

Хазамов Г.Г. (II курс, лечебный факультет)

Темрезов Р.Р. (II курс, лечебный факультет)

Научные руководители – д.м.н. Коханов А.В.,
к.м.н. Мусатов О.В.

*Астраханский государственный медицинский университет,
Кафедра биологической химии (зав. – д.м.н., проф. Д.М. Никулина)
Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии
(зав. – д.м.н., проф. С.А. Зурнаджан)*

В настоящее время отмечается спрос на экспресс-методы диагностики различных физиологических состояний, в том числе на тесты для быстрого определения состояния регенераторного. В наибольшей степени им отвечают иммунохимические методы определения различных белковых маркеров с помощью иммуносенсорной технологии, иммуноферментного анализа (ИФА) и иммунохроматографического анализа (ИХА) на основе методов сухой

химии.

Цель исследования состояла в разработке иммунохимического способа прогноза темпов регенерации тканей, в первую очередь паренхиматозных органов после механической травмы.

В качестве исследуемого материала использовали кровь оперированных кроликов, в которой в динамике определяли концентрацию альфа-фетопротеина. Исследование выполнено на 13 кроликах «Шиншилла». Под наркозом проводилась лапаротомия, моделировали рвано-ушибленную рану печени и проводили ее ушивание (гепаторафию). Состояние животных сразу после операции удовлетворительное. Сроки наблюдения – 1-е, 3-и, 5-е, 7-е, 14-е, 21-е, 30-е, 60-е, 90-е, 120-е, 150-е, 180-е, 360-е сутки после операции. Определение титров АФП в крови оперированных кроликов осуществлялось методом твердофазного иммуноферментного анализа с конъюгатом антител против АФП кролика из банка иммунохимических тест-систем кафедры биохимии АГМА с пероксидазой хрена (Serva) (чувствительность метода 4 нг/мл).

Начиная с третьих суток стабильно у всех кроликов в крови в 3-4 раза повышался уровень АФП по сравнению с контрольной интактной группой ($6,1 \pm 1,82$ нг/мл, $n=21$). В этой группе после гепаторафии средние значения АФП на 3-и сутки (АФП₃) составили $35,1 \pm 4,47$ нг/мл, а на 7-е сутки (АФП₇) – $33,8 \pm 4,41$ нг/мл, коэффициент регенерации $KP = 0,97$ (разброс индивидуальных KP от 0,75 до 1,20; медиана 1,00). Ретроспективный анализ на основании инструментальных и морфологических методов исследования выявил в этой группе 7 кроликов с признаками вялой регенерации. Вычисленные в первую неделю коэффициенты регенерации KP составили у этих животных 1,20; 1,14; 1,11; 1,07 и трижды 1,00. Следовательно, при величине KP 1,0 и более условных единиц можно прогнозировать вялый характер репаративной регенерации.

Предварительные эксперименты показали, что после аутопластики раны печени серозно-мышечным лоскутом большой кривизны желудка на сосудистой ножке имел место продуктивный тип воспалительно-репаративного процесса с адекватной регенерацией и развитием нежного соединительнотканного рубца на месте раны под лоскутом в отдаленном периоде. После обычного ушивания раны печени выявлена хронизация воспалительно-репаративного процесса с выраженным разрастанием соединительной ткани на месте ее моделирования и формированием грубого фиброзного рубца.

Способ определения коэффициента регенерации КР обеспечивает повышение точности и упрощение процедуры прогнозирования характера течения репаративной регенерации после оперативного лечения механической травмы печени.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ГИПОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ

Х-М.А. Магомедов (IV курс, лечебный факультет)

А.М. Очалаев (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – доцент кафедры, к.м.н. Р.А. Бисалиева

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра биологической химии(зав. каф. – д.м.н., проф. Д.М. Никулина)

Частота выявления гипоксических нарушений у плода и новорожденных достаточно широко варьирует, что обусловлено различными диагностическими подходами и возможностями. Особо значимы эти состояния для центральной нервной системы, поскольку в условиях гипоксии нарушается морфо-функциональное состояние мозга, способствующее изменениям нервных клеток. Правильное решение этой задачи предполагает адекватную диагностику гипоксических состояний.

В кислородном снабжении тканей принимают участие такие белки-глобины, как гемоглобины разных типов, миоглобин и недавно открытый нейроглобин (...). Одним из проявлений гипоксии является увеличение в крови больных концентрации фетального гемоглобина (HbF), а эмбриональный гемоглобин (HbE) наряду с HbF имеет высокое сродство к кислороду. Логичным видится вовлечение в процесс активации при гипоксии не только гена HbF, но и HbE (Д.М. Никулина и соавт., 2009).

Объектом исследования были 77 образцов венозной крови новорожденных с гипоксически-ишемическим и гипоксически-геморрагическим поражением ЦНС. В зависимости от степени тяжести все новорожденные с гипоксически-геморрагическим поражением ЦНС были разделены на 3 группы: внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) I степени; ВЖК II степени; ВЖК III-IV степени. Иммунохимический анализ проводили с помощью самостоятельно полученных моновалентных тест-систем на HbE и HbF. Выявление HbE осуществляли иммунодиффузией по Оухтерлони, содержание HbF определяли радиальной иммунодиффузией по Манчини.

Полученные данные свидетельствуют о двукратном повышении HbE при гипоксически-геморрагическом поражении ЦНС, причем самая высокая концентрация 15 мг/л была обнаружена при ВЖК III-IV степени.

При исследовании уровня HbF в крови новорожденных детей с различными формами гипоксического поражения ЦНС выявлена наиболее высокая концентрация при гипоксически-ишемическом поражении ЦНС - $476,2 \pm 18,4$ мг/л, что в 1,47 раза превышает продукцию фетального гемоглобина при гипоксически-геморрагическом поражении.

Таким образом, результаты работы дают основание для более глубокого изучения и могут стать основой для разработки дифференциально-диагностического критерия тяжести гипоксического поражения ЦНС.

СТЕРОИДОГЕНЕЗ САМЦОВ БЕЛЫХ КРЫС В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

В.С. Зацепин (I курс, лечебный факультет)

З.Р. Балаева (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.б.н., доц. П.В. Логинов

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра химии (зав. кафедрой – д.м.н., проф. А.А. Николаев)

Производство, передача, распределение и использование электроэнергии сопровождается воздействием на организм низкочастотных электромагнитных полей. Низкоинтенсивное электромагнитное излучение миллиметрового диапазона используется в различных сферах медицины. Однако имеется мало сведений о влиянии низкоинтенсивного электромагнитного излучения миллиметрового диапазона на репродуктивную систему млекопитающих. Целью настоящей работы стало исследование влияния микроволнового излучения миллиметрового диапазона на инкреторную функцию семенников экспериментальных животных. Самцов белых крыс массой 215-240 г подвергали воздействию микроволновым излучением с частотой 42 ГГц («Явь-1-7,1»; $\lambda = 7,1$ мм) в течение 30 дней по 30 минут ежедневно. Эксперименты на животных осуществлялись в соответствии с требованиями Женевской конвенции (1985). По окончании экспериментальных воздействий в крови измеряли уровни половых гормонов – тестостерона и лютропина методом иммуноферментного анализа. Статистическую обработку полученных данных выполняли с использованием критерия Стьюдента (t), различия считали достоверными при $p < 0,05$. В контрольной группе уровень тестостерона у животных составил величину $2,829 \pm$

0,0731 нг/мл, уровень лютеинизирующего гормона имел значение $0,425 \pm 0,0538$ мМЕ/мл. Указанные значения коррелировали между собой в соответствии с высоким коэффициентом положительной корреляции $r = +0,935$ ($P < 0,05$). Под влиянием микроволнового излучения уровень тестостерона имел тенденцию к снижению и составил величину $2,614 \pm 0,1160$ нг/мл и достоверно не отличался от контрольного значения. Уровень лютропина практически не отличался от контрольного значения, что свидетельствует об отсутствии регуляторного влияния со стороны гипоталамо-гипофизарного комплекса на инкреторную функцию гонад в условиях проводимого эксперимента. Активность фермента ГСД под влиянием микроволнового излучения достоверно не изменилась, по сравнению с контрольным показателем ($214,1 \pm 15,81$ и $236,2 \pm 29,33$ у.е. соответственно), что также подтверждает факт отсутствия видимых изменений со стороны тестостеронпродуцирующей активности семенников в условиях экспериментального воздействия. Таким образом, низкоинтенсивное электромагнитное излучение миллиметрового диапазона практически не влияет на тестостеронпродуцирующую активность семенников.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

РАЗРАБОТКА СТАТИСТИКИ РОЖДАЕМОСТИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ПО АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Сафаров Б.Ф. (I курс, лечебный факультет)

Гвазава Г.Г. (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доцент Хужахметова Л.К.

Кафедра биологии (зав. – д.м.н., профессор Сентюрова Л.Г.)

Синдром Дауна (трисомия по хромосоме 21) — одна из форм геномной патологии, при которой чаще всего кариотип представлен 47 хромосомами вместо нормальных 46, поскольку хромосомы 21-й пары, вместо нормальных двух, представлены тремя копиями. Существует ещё две формы данного синдрома: транслокация хромосомы 21 на другие хромосомы (чаще на 15, реже

на 14, ещё реже на 21, 22 и Y-хромосому) — 4 % случаев, и мозаичный вариант синдрома — 5 %.

В данных этой работы представлена статистика рожденных детей с синдромом Дауна в Астраханской области на основе данных ГБУЗ АО "Центр охраны здоровья семьи и репродукции".

Проанализировав данные, мы составили статистику рождения детей с синдромом Дауна в зависимости от возраста рожениц за последние 16 лет (1998-5 случаев; 1999-14 случаев; 2000-6 случаев; 2001-10 случаев; 2002-6 случаев; 2003-16 случаев; 2004-11 случаев; 2005-16 случаев; 2006-10 случаев; 2007-14 случаев; 2008-19 случаев; 2009-13 случаев; 2010-11 случаев; 2011-21 случай; 2012-11 случаев; 2013-11 случаев; 2014-5 случаев). Рассматривая количество детей рожденных с синдромом Дауна во временной зависимости, мы наблюдали волнообразный характер. Примечательно, что случаи полиморфизма, транслокации и мозаицизма единичны. Наблюдается рост проявления синдрома после введения в РФ материнского сертификата.

Подтверждая данные предыдущих исследований, мы установили, наиболее вероятно зачатие детей с синдромом Дауна у женщин в возрасте от 15-19 (7%) и свыше 35 лет (более 44%).

ПОЛУЧЕНИЕ НАКОПИТЕЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ АКТИНОМИЦЕТНОЙ ПОПУЛЯЦИИ *FRANKIA SPP*

Исрапилова З.Г. (V курс, фармацевтический факультет)

Научный руководитель – к.б.н., доц. Н.А. Сальникова
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра фармакогнозии, фармацевтической технологии и
биотехнологии (зав. каф. – д.м.н. М.А. Самотруева)*

Одной из характерных особенностей актиномицетов является их способность к образованию вторичных метаболитов – антибиотиков широкого спектра действия. Развитие исследований, связанных с поиском фармакологически активных веществ актиномицетного происхождения, расширяет родовой спектр выявляемых из почвы и сопредельных зон популяций, обладающих биотехнологическими потенциями. Научный интерес представляют трудно культивируемые эндосимбиотические представители полиспоровых актиномицетов.

Цель исследования – разработка технологии получения

накопительной культуры полиспоровых актиномитов рода *Frankia spp.* В задачи исследования входило: 1. Оработка технологии приготовления агаризованных и жидких питательных сред в лабораторных условиях; 2. Оработка технологии культивирования продуцента антибиотических веществ в глубинной культуре; 3. Описание характера развития продуцента – актиномицета в глубинной культуре.

В ходе исследования были рассчитаны необходимые количества компонентов для приготовления 100 мл агаризованной синтетической среды Qmod в соответствии с прописью ВКМ, № 131. Приготовление среды проводилось на водяной бане при соблюдении технических и санитарно-гигиенических норм, стерилизация – в автоклаве при 0,18 Мпа в течение 20 минут. Подробно изучена и отработана технология приготовления жидкой питательной среды для получения накопительной культуры продуцента. Актиномицеты выращивали глубинным способом в колбах объемом 500 мл на качалках, соблюдая определенные условия ведения процесса: не допускали загрязнения культуры продуцента посторонними микроорганизмами, поддерживали температурный режим 25⁰С, периодически проверяли значение рН среды (5,5–6,0) и культуральной жидкости.

Предложена технологическая схема культивирования *Frankia*:

1. Анализ качества приготовленной жидкой питательной среды (рН, сахара);
2. Посев культуры продуцента *Frankia* в качалочную колбу со средой;
3. Описание характера развития продуцента в глубинной культуре (*Frankia* определяли по сильно ветвящимся вегетативным гифам с многогнездными спорангиями округлой или неправильной формы, образующихся терминально, латерально или интеркалярно);
4. Анализ культуральной жидкости после окончания ферментации.

СУДЕБНАЯ ЭНТОМОЛОГИЯ. ПЕРСПЕКТИВЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ ГНИЛОСТНО ИЗМЕНЕННЫХ ТРУПОВ ПО СТАДИЯМ РАЗВИТИЯ НАСЕКОМЫХ-НЕКРОБИОНТОВ

А.Р. Бисемалиев (V курс, лечебный факультет)

А.О. Давыдова (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ассистент, Збруева Ю.В.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра судебной медицины

(зав каф. – д.м.н., доцент, П.Г. Джувалыков)

Актуальность. В связи с высоким ростом преступлений, связанных с сокрытием трупов, обнаружением трупов, ткани которых находятся в стадии поздних гнилостных изменений, скелетированных трупов установления давности наступления смерти становится все труднее, поэтому прибегают к методам энтомологической экспертизы. Судебная энтомология — это раздел судебной медицины, изучающий особенности развития насекомых на трупе.

Цель исследования: изучение морфологических и анатомических особенностей различных органов и тканей насекомых с учетом стадийности их сезонного развития, характера причиняемых ими повреждений и т. д.

Материалы. Практические случаи работы судебно-медицинских экспертов ГУЗ АО «БСМЭ».

Результаты. По присутствию в трупе определенной группы некробионтов процесс разложения трупа подразделяют на 5 стадий: 1 стадия – раннее микробное разложение осуществляется гнилостными бактериями, продолжается до появления яйцекладок мясных мух и появления из них личинок. 2 стадия – разложение трупа личинками мух, начинается с появления личинок мух и завершается с окончанием развития личинок, которые уничтожают основную массу мягких тканей трупа. 3 стадия – разложение трупа личинками жуков. Начинается с окукливания личинок мух и продолжается появлением на трупе личинок жуков, которые уничтожают почти все оставшиеся мягкие ткани. 4 стадия – скелетирование - процесс распада трупа на кости скелета, начинается с момента ухода личинок жуков с останков трупа и осуществляется микроорганизмами, осуществляющими распад скелета на отдельные кости. 5 стадия – минерализация, процесс

разложения трупа на отдельные химические элементы и простые химические соединения.

Выводы. Энтомологическая экспертиза позволяет установить: давность наступления смерти или времени нахождения трупа на месте его обнаружения; уточнение сезона попадания трупа на место его обнаружения; установление места первоначального нахождения трупа или места сокрытия трупа; выявление в личинках насекомых токсинов, наркотиков, явившихся причиной смерти человека (при обнаружении скелетированных трупов); определение места происхождения наркотического растительного сырья.

MICROWAVE RADIATION AND REPRODUCTIVE FUNCTION

Ya. Ishqairat (1st year student, curative faculty)

Научный руководитель – к.б.н., доц. П.В. Логинов

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра химии (зав. кафедрой – д.м.н., проф. А.А. Николаев)

Electromagnetic waves come in a very wide range of wavelengths: there are radio, microwave, infrared (heat), visible light, ultraviolet, X-ray, and gamma-ray waves. All are used in medicine in one way or another. Microwave radiation is used in certain kinds of heat treatment, where the heat is generated in the target tissue (as in a microwave oven). At the same time there is little information about the influence of microwave radiation on functional state of reproductive system.

The purpose of the paper was to study the effects of low intensity electromagnetic radiation (microwave radiation) on morphofunctional state of testes in white rats as well as some biochemical indexes of different units of reproductive system in the animals. White male rats weighing 215-240 g were subjected by microwave radiation with frequency of 42 GHz during 30 days for 30 min. daily. The level of lipoperoxidation in the tissues of testes and mediobasal hypothalamus as well as the testosterone and luteinizing hormone levels in blood plasma were determined. Morphofunctional state of epididymal spermatozoa and testicular tissue were studied. Under conditions of low intensity electromagnetic radiation, peroxide haemolysis of erythrocytes has been found to increase that testifies to oxidative stress development. The hormone levels of testosterone and lutropin have been found not to differ trustworthily from that of the control indexes. The relative weights of gonads and pituitary under experimental conditions were compared with the control

group. The intensification of free radical oxidation processes was determined in testicular tissue, which correlated with the worsening of morphofunctional state of epididymal spermatozoa. The leading disorders were broken and lost tails of spermatozoa. Under the influence of the electromagnetic radiation, the increase of the total number of Leydig's cells took place, which may be connected with the resonance effect. Therefore, low intensity electromagnetic radiation does not affect steroidogenesis considerably while it causes morphofunctional changes of spermatozoa.

ИЗМЕНЕНИЕ ОБЩЕГО БЕЛКА В ГЕПАТОЦИТАХ КРЫС ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА НИХ ПРИРОДНОГО ГАЗА АСТРАХАНСКОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ

И.И. Темирбулатов (II курс, лечебный факультет)
М. В. Шахназарян (II курс, лечебный факультет)
Р. К. Османова (I курс, педиатрический факультет)
Научные руководители – ассистент В.С. Красовский,
д.м.н. проф. Л.Г.Сентюрова.

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра биологии (зав.каф. – д.м.н. проф. Л.Г.Сентюрова)*

По данным литературы, ежегодно в воздушный бассейн г. Астрахани поступает около 230 тыс. тонн химических веществ, из которых порядка 90 % составляют выбросы от промышленных предприятий и автотранспорта.

Специфика экологического неблагополучия Астраханского региона связана с разработкой газоконденсатных месторождений. Астраханское газоконденсатное месторождение (АГКМ) представляет собой уникальное геологическое образование не только в России, но и в мире. Содержание сероводорода в пластовом газе достигает до 22-24 % и выше.

Основной путь поступления сероводорода в организм - легочный. H₂S не считают ядом с кумулятивным действием из-за его быстрого инактивирования, но во всех органах выявляются продукты метаболизма сероводорода, которые в наибольшей степени накапливаются в почках, печени, легких, сердце, мышцах.

Целью данной работы является, определить влияние сероводорода на показатель общего белка в гепатоцитах лабораторных животных.

В качестве объекта исследования послужили 10 беспородных крыс, средним весом 250 грамм. Экспериментальное моделирование воздействием газа осуществлялось в дозе 25 мг/м³. Воздействием газом все животные подвергались в течение 2 часов.

Образцы печени каждого выведенного из эксперимента лабораторного животного фиксировали в жидкости Карнуа, проводили по стандартной гистологической методике, заключали в парафин. После получения гистологических срезов проводилась их окраска. Использовались методы окраски гематоксилином Эрлиха и эозином, по Ван-Гизон и окраска прочным зеленым при pH 2,2 для выявления общего белка.

Количественное определение белка проводилось с помощью комплекса «Морфолог».

При исследовании содержания и распределения общего белка было найдено, под влиянием серосодержащего газа происходит снижение уровня белка до 3256 ± 8 , по сравнению с интактными животными 4220 ± 10 усл. ед. Тем самым можно сделать вывод, что сероводород оказывает угнетающее действие на синтез белка в гепатоцитах, что может отразиться на её регенеративных возможностях.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ I КУРСА АСТРАХАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Н. О. Нюркина (I курс, педиатрический факультет)

А. Ф. Аксянова (I курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель- ассистент Красовский В. С.

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра биологии(зав.каф. – д.м.н. проф. Л.Г. Сентюрова)*

Врачи являются важнейшим звеном в процессе контроля над потреблением табака, так как у них есть возможность проводить консультирование курящих лиц и повышать осведомленность населения о вреде курения. Однако в России сложилась парадоксальная ситуация, когда уровень курения табака среди самих врачей достигает 30%, и это является наиболее значимым препятствием в активном участии в процессе контроля над табакокурением. В тоже время большинство из них начинает систематически курить в годы учебы в медицинском вузе.

Цель работы: изучить уровень распространённости курения табака среди студентов первого курса АГМУ и сравнить актуальность проблемы курения среди студентов I курса АГМУ с ситуацией по аналогичному вопросу в АБМК и общей статистикой по Астраханской области и в России по данным ВОЗ.

Материалы и методы: анонимное анкетирование, две группы респондентов: основная (студенты АГМУ) – 130 студентов I курса различных факультетов; сравнительная (студенты АБМК)– 100 студентов I курса различных факультетов.

Результаты и их обсуждение: в ходе исследования установлено, что 75% респондентов считают курение недопустимым среди медицинского персонала. Распространенность курения составила 13%, преобладая у парней. Из этой группы все девушки и половина парней курят не более 6 месяцев. Опыт курения был у 50% студентов (у 28,5 % девушек, 67,4% парней), одной из ведущих причин которого является стресс. 60% курящих студентов безуспешно пытались отказаться от вредной привычки.

Выводы: выявлен высокий уровень популярности табакокурения, однако распространенность курения ниже средних показателей по Астраханской области на 19% и на 22% ниже средних показателей по России той же возрастной категории.

МАРКЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА

Н. О. Нюркина (I курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель- ассистент Красовский В. С.

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра биологии (зав.каф. – д.м.н. проф. Л.Г. Сентюрова)*

По данным литературы, 4-8% больных отпускаются из лечебных учреждений с недиагностированным острым инфарктом миокарда (ОИМ). Диагноз ОИМ ставится на основании 3 пунктов: 1) клиническая картина, 2) данные ЭКГ-исследования, 3) выявление гиперферментемии.

В результате дефектов возникающих в цитоплазматических мембранах миокардиоцитов, белки и ферменты, локализующиеся в цитоплазме, поступают в кровь. Скорость поступления белков в кровь и элиминации зависит в первую очередь от их размера. Так увеличение миоглобина наблюдается уже через 2-3 часа и сохраняется 2-3 суток. Наибольшая концентрация белка связывающего жирные кислоты (БСЖК) спустя 3 часа, наблюдается в 12-24 часа. Повышение уровня тропонина в крови отмечается через 4-6 часов, достигает максимума на 2-й день и нормализуется на 6-8 сутки. Для креатининкиназы увеличение характерно через 4-8 часов, достигает

максимума через 12-24 часа, нормализуется на 3 сутки. Активность ферментов может проявляться и в ответ на другие раздражители. В настоящее время используют методы быстрого определения диагностических концентраций ферментов с помощью тест-систем.

Цель: выявить уровень информированности студентов о современных методах экспресс-диагностики ОИМ, ознакомиться с основными белками-маркерами повреждения миокарда.

Было проведено социологическое исследование среди студентов I курса АГМУ на тему осведомленности относительно маркеров повреждения миокарда и современных способов экспресс-диагностики ОИМ. По результатам исследования выявлен низкий уровень информированности студентов, но высокая заинтересованность данным вопросом.

После исследования всем желающим была прочитана лекция о специфичности кардиомаркеров. Были продемонстрированы образцы тест-систем.

ПОРАЖЕНИЕ ГЛИСТНЫМИ ИНВАЗИЯМИ ЖИТЕЛЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

М.Р. Вавилова (I курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – ассистент В.С. Красовский
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра биологии (зав.каф. – д.м.н.проф. Л.Г. Сентюрова)*

На сегодня известно около 300 видов гельминтов, которые могут вызывать заболевание у человека. По данным ВОЗ, паразитарными болезнями в мире поражено более 4,5 млрд. человек, причем на долю гельминтозов приходится 99% всех паразитов. В России ежегодно регистрируется около 2 млн. больных, однако с учетом поправочных коэффициентов истинное число их может составлять не менее 22,1 млн. Не отстает от этой страшной статистики и Астраханская область, где ежегодно регистрируется более 4 тыс. больных паразитарными заболеваниями.

Совместно с управлением федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по АО, проводилось статистическое исследование заражения гельминтами жителей области. Сравнив данные предыдущих лет выяснилось, что обстановка по инвазированию отдельными видами гельминтов неблагоприятная по Астраханской области.

В этиологической структуре паразитарной заболеваемости 87,7% составляют гельминтозы (2011-88,6%, 2012-86,9%) и 12,3% протозоозы (2011- 11,5%, 2012-13,1%). Данные цифры связаны с экономической направленностью региона (сельское хозяйство и рыболовство).

Среди гельминтов особое внимание заслуживает заболеваемость эхинококкозом. За 2011-2014 годы выявлено 51 случай эхинококкоза. Из числа заболевших 10% приходится на детей в возрасте до 17 лет.

В 2014 году отмечается повышение заболеваемости в сравнении с 2013 годом (11 случаев- 2013г; 12 случаев -2014 год).

Диагнозы «эхинококкоз» у всех больных установлен на основании данных инструментальных исследований (УЗИ, рентгенография, компьютерная томография) и серологической диагностики.

Проведенный анализ динамики заболеваемости гельминтами на территории Астраханской области позволил выявить повышение заболеваемости населения описторхозом и эхинококкозом (по официальным данным Роспотребнадзора), однако на основании экспертных оценок реальное число больных гельминтозами за этот период было гораздо выше.

Важность проблемы паразитарных заболеваний, требует серьезного квалифицированного подхода. Обследование и лечение необходимо проводить только под контролем врача-инфекциониста в учреждении здравоохранения. Важно вести более активное санитарное просвещение среди населения.

РАЗВИТИЕ ПРОВОДЯЩИХ КАРДИОМИОЦИТОВ В ПРОЦЕССЕ КАРДИОГЕНЕЗА В НОРМЕ И НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НИЗКИМИ КОНЦЕНТРАЦИЯМИ ПРИРОДНОГО ГАЗА АСТРАХАНСКОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ

Л.Н. Чекунова (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель — к.м.н., доцент Л. К. Хужахметова
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра биологии (зав.каф. – д.м.н. проф. Л.Г. Сентюрова)
Кафедра гистологии (зав.каф. – д.м.н. проф. Л.И. Наумова)

Изучение закономерностей формирования функциональных систем на разных этапах онтогенеза, особенно в современном аспекте экологических проблем представляется весьма актуальным.

В эксперименте моделировалось хроническое воздействие

природным газом Астраханского месторождения на куриные эмбрионы с 2-х по 21-е сутки развития. Гистологический анализ структур сино-атриального узла проводился на сроках с 4-х по 6-е сутки, с 7-х по 9-е сутки, с 10-х по 21-е сутки эмбрионального развития. Полученные результаты сравнивались с показателями контрольной группы эмбрионов аналогичных сроков инкубации.

На первой неделе развития сино-атриальный узел состоит из рыхло расположенных клеток — кардиобластов. Похожие по морфологии клетки, активно делятся митозом и формируют десмосомоподобные межклеточные контакты.

На второй неделе развития клеточный состав сино-атриального узла становится неоднородным. В процессе дифференцировки образуются три типа клеток: истинные, латентные и клетки Пуркине. Истинные (Р-клетки) сохраняют морфологию кардиобластов: крупное ядро, малое количество митохондрий со слабо развитыми кристами. Р-клетки занимают центральное положение и рано формируют коммуникативные межклеточные контакты. В цитоплазме переходных кардиомиоцитов (латентные) увеличивается число митохондрий и миофибрилл. Клетки Пуркине в процессе дифференцировки приобретают признаки сократительного кардиомиоцита. Формируются межклеточные контакты (нексусы), обеспечивающие межклеточное электрическое взаимодействие.

На первой неделе хронического воздействия морфогенез сино-атриального узла аналогичен динамике нормального развития. Первые негативные признаки появляются в переходных и пуркинеподобных клетках на третьей неделе эксперимента. В них увеличивается количество лизосом, происходит лизис миофибрилл, разрушение мембран митохондрий и межклеточных контактов. Р-клетки на всех сроках эксперимента демонстрируют стабильную резистентность к неблагоприятным факторам.

Таким образом, клетки сино-атриального узла, проявляют разную степень чувствительности к воздействию природным газом, что объясняется гетерогенностью их структур и особенностями энергетического обмена.

КОЛЕБАНИЕ ОБЩЕГО БЕЛКА В ГЕПАТОЦИТАХ КРЫС ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕЯ СУЛЬФАКРИЛАТА.

Л. Г.Одишелашвили (IV курс, педиатрический факультет)

В.С. Красовский (асс. кафедры биологии)

Э.Х. Исмаилов (асс. кафедры госпитальной хирургии)

Научные руководители – д.м.н. профессор Г.Д. Одишелашвили,
д.м.н. профессор Л.Г.Сентюрова.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной хирургии

(зав.каф. – д.м.н. проф. Ю.В. Кучин)

Кафедра биологии (зав.каф. – д.м.н. проф. Л.Г.Сентюрова)

Смертность от травм брюшной полости, не смотря на постоянное совершенствование медицины, продолжает находиться на высоком уровне. По некоторым данным литературы повреждение живота относятся к наиболее тяжелым травмам с летальностью от 46,3% до 60%. В мирное время на долю травм живота приходится 25% от всех травматических повреждений, 75-80,5 % травм получают мужчины трудоспособного возраста, средний возраст пострадавших составляет 35 лет.

Все оперативные вмешательства при отрывной травме печени выполняются впервые 2 часа от поступления в стационар. При закрытых повреждениях печени большую часть госпитализированных оперируют в течение 6 часов.

Послеоперационная летальность при обширных резекциях печени колеблется от 4,7 до 34%, а при правосторонних гемигепатэктомиях, может достигать до 50%.

Для обеспечения надежного гемо-желчестазии и снижения послеоперационных осложнений используют клей сульфакрилат, который наносят на связывающие концы нити при ушивании печени.

Целью работы определить влияние клея сульфакрилата на показатель общего белка в гепатоцитах лабораторных животных, после механического повреждения печени.

В качестве объекта исследования послужили 10 беспородных крыс, средним весом 200 грамм. Операция проводилась под эфирным наркозом. После травматизации органа, на рану был наложен двойной «8» - образный шов. Перед связыванием концов нити между собой, на месте проведения нити был нанесен клей сульфакрилат из расчета две капли на один квадратный миллиметр с экспозицией 30 секунд.

Качественно белок выявляли окраской срезов прочным зеленым при РН 2,2. Количественное определение белка проводилось с помощью комплекса «Морфолог».

В результате исследования установлено, что под влиянием клея сульфакрилата происходит снижение общего белка в гепатоцитах, тем самым уменьшая воспалительный эффект вызванный травматизацией органа.

ОЦЕНКА ДУХОВНОГО И ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В СВЯЗИ С ПРОЦЕССОМ СТАРЕНИЯ

Исаева З.С. (I курс, педиатрический факультет)

Х.А. Сулейманова (II курс, лечебный факультет)

Х.А. Сулейманова (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ассистент В.С. Красовский

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра биологии (зав.каф. – д.м.н. проф. Л.Г.Сентюрова)

Старость — это заключительный период жизни, который тревожил людей с давних времен. Связано это, прежде всего, с началом медленного пути угасания человеческой жизни.

Хронологическое определение границы, отделяющей старость от зрелости не всегда оправданно из-за огромных различий индивидуальных особенностей организма в появлении признаков старения. Признаки старости и зрелости выражаются в постепенном снижении функциональных возможностей человеческого организма. Кроме прогрессирующего ослабления здоровья, упадка физических сил старость характерна собственно психологическими изменениями — например, интеллектуальным и эмоциональным спадом, а так же переживаниями, связанные с оценкой и осмыслением прожитой жизни.

Старость это не крест над оставшейся жизнью, это всего лишь еще один виток. Поэтому неправомерно связывать с периодом старости лишь регрессивные явления — ее можно рассматривать и как период развития. Например, известны факты высокой творческой активности и продуктивности ученых, представителей искусства и прочих профессий не только в пожилом, но и в старческом возрасте. Прежде всего, это можно объяснить желанием людей не останавливаться на достигнутом, не опускать руки перед некоторыми трудностями старческого процесса. Головной мозг устроен так, что если его постоянно подпитывать новыми и новыми интеллектуальными задачами, не останавливать мыслительный процесс, то тогда ему не страшен патологический регресс.

Цель работы: определить оценку духовного и физического состояния пожилых людей в связи с процессом старения. Выявить уровень удовлетворенностью жизнью и критерии процессов "угасания" жизненных способностей стареющего организма.

Для выполнения поставленной цели мы провели анкетирование у людей пожилого возраста: Астрахань.

Результаты и выводы:

В результате проведенного исследования было установлено, что не все пожилые люди испытывают проблему в связи с периодом старости. Некоторые участники опроса наоборот смогли только сейчас реализовать свои идеи и осознать смысл жизни. Около 56% людей полностью удовлетворены своей физической формой.

БИОПРИНТИНГ- НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ТРАНСПЛАНТОЛОГИЮ

Д.А. Макарова (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ассистент В.С. Красовский

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра биологии (зав.каф. – д.м.н. проф. Л.Г.Сентюрова)

В современном мире множество глобальных проблем, одной из таких является проблема пересадки органов. Большинству людей, которые не сталкивались с ней лицом к лицу, не понять, каково это годами стоять в очереди на операцию по трансплантации органа, каково это жить на аппарате «искусственной почки», каково это умереть, так и не дождавшись операции, или получить осложнения в результате иммуногенетического несоответствия тканей донора и реципиента. Эти и другие вопросы отражают основные проблемы трансплантологии, с которыми на протяжении долгих лет борются светила науки и медицины.

На сегодняшний день глобальная сеть и телевизионные программы говорят о развитии нового направления медицины, который в скором времени решит многие проблемы регенеративной медицины. На свойстве регенерации в медицине основана трансплантация. Моей основной целью было выявить, каким способом в наш информационно развитый век, век инноваций и новых открытий можно решить столь сложную проблему, как с помощью 3D-принтера воссоздать точную копию органа, а также понять структуру биопринтинга и принцип работы этого интересного прибора.

Цель работы: Определить перспективность направления создания трансплантатов с помощью 3D-принтера, а так же выявить уровень просвещённости студентов I курса в знании данной тематики.

Для выполнения поставленной цели мне пришлось провести анализ бумажных, и Интернет-ресурсов, а так же провести анкетирования у студентов I курса.

Результаты и выводы:

Проанализировав найденный материал я пришла к выводу, что 3Dбиопринтинга несомненно произведёт эффект на медицину и окажет огромное влияние на её дальнейшее развитие, а стремление учёных помочь страдающим людям поможет постепенно решить проблемы регенеративной медицины и трансплантологии.

Анализ проведенного анкетирования показал, что из 60 студентов, осведомленность визулируемой тематики имеют всего лишь 5 студентов, что составляет 8,33 %. Всем студентам прошедшие анкетирование в дальнейшем были рассказано о данной методике и о смысле её применения.

РОЛЬ БЕЛКА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

Д. А. Шаповалова(I курс, лечебный факультет)

А.А. Абрамов (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н. асс. Е.М Берлякова

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра биологии (зав.каф. – д.м.н., проф. Л.Г.Сентюрова)*

Целью настоящего исследования являлось изучение полноценности питания студентов 1-го курса Астраханского ГМУ (в частности, потребления белков), по данным анкетирования. Возраст испытуемых – от 17 до 24-х лет. Всего проанализировано 136 анкет.

Актуальность исследования определяли имеющиеся научные данные о структуре потребности человека в белке. Так, известно, что потребность человека в белке складывается из двух компонентов, обусловленных эволюционно сложившейся необходимостью удовлетворения синтетических процессов незаменимыми аминокислотами на минимальном и оптимальном уровнях: 1) основного количества (так называемый надёжный уровень), ниже которого невозможны нормальные здоровье и рост; 2) дополнительного количества для обеспечения оптимальности азотистого метаболизма. Сумма этих количеств составляет величину оптимальной потребности человека в белке. Выявлено, что норма потребления белка для молодых взрослых мужчин составляет 1,0-1,5 г в день на 1 кг массы тела, что соответствует примерно 85 г белка в обычном рационе. Уровень надёжной потребности в белке является научно обоснованным и объективно определённым компонентом в составе общей

(оптимальной) величины потребности в белке. Установлено, что дополнительное количество белка в среднем составляет 50% от уровня надёжной потребности. Таким образом, оптимальная потребность человека в белке превышала надёжную в 1,5 раза и составляла ориентировочно для молодых мужчин 60 г/сутки стандартного белка, женщин – 50 г/сутки, что практически являлось средней величиной относительно рекомендованных во многих странах мира уровней оптимальной потребности в белке для данной категории населения, колеблющихся от 55 до 120 г/сутки.

СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ МЕЖДУ ПРАВШАМИ И ЛЕВШАМИ

А.С. Зязина (I курс, лечебный факультет)

Н.А. Тегешова (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ассистент В.С. Красовский

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра биологии (зав.каф. – д.м.н., проф. Л.Г.Сентюрова)

Человеческий мозг – один из самых важных и сложно устроенных элементов центральной нервной системы, контролирующей все процессы жизнедеятельности человеческого организма. Как известно человеческий мозг разделен на полушария. Правое и левое полушария мозга обеспечивают единую работу организма, однако контролируют противоположные стороны тела человека. В зависимости от того какое из полушарий у Вас наиболее развито, тем выше уровень проявлять определенные способности в данной сфере. Так левши (у которых наиболее развито правое полушарие) умеют хорошо ориентироваться на местности, у них наиболее сильно развито творческие способности. Как правило, левши — целостные натуры, открыты и непосредственны в выражении чувств. Правши нередко подчеркнуто, рациональны и рассудочны, что основывается на формально-логическом подходе. Они много и охотно пишут, легко запоминают длинные тексты.

Целью данной работы является, доказать с помощью методических исследований гипотезу о различном функционировании полушарий и восприятие мира в целом у левшей и правшей, которое поможет найти определенный подход к каждому из них и увеличит общую успеваемость и умственные способности.

В качестве методических исследований, мы использовали тесты, такие как (тест Владимира Пугача (2-х видов), тест на логическое и аналитическое мышления, тест на математическое и абстрактное

мышление, тест Люшера, тест на IQ Айзенка).

Проведя расшифровку тестов, с последующей статистической обработкой, установили, что наличие творческих способностей наиболее сильно развиты у левшей. Из 5 человек проблем с проявлением фантазии не возникли ни у кого. Но с логическими задачами они справились куда хуже, чем правши. Совершенно обратную сторону показало тестирование правшей, с логическим и математическим тестированием они справились на 100%, но творческое задание вызвало у них определенные трудности. Делая вывод из всего вышесказанного, мы пришли к заключению, что левши также как и правши видят мир под своим конкретным углом зрения, который не стоит менять с помощью переучивания ведущей руки, а напротив развивать данные способности.

КОНЦЕПЦИЯ СОВРЕМЕННОГО ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ: ИЛЬЯ ИЛЬИЧ МЕЧНИКОВ

А.М. Морshed (Икурс, ФИС «лечебное дело»)

Я.И.Ж. Ишкаират (Икурс, ФИС «лечебное дело»)

Научный руководитель – к.м.н., доц. А.Л. Ясенявская
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра биологии (зав.каф. – д.м.н., проф. Л.Г. Сентюрова)*

В результате опроса среди студентов 1 курса (English-medium) ФИС специальность «Лечебное дело», в ходе которого было установлено, что только 7% обучающихся знают выдающегося русского ученого И.И. Мечникова, 11% - слышали фамилию, но не знают кто это, и 82% - никогда не слышали. С целью ознакомления и приобщения иностранных студентов к истории медицины были рассмотрены основные аспекты биографии И.И. Мечникова и концепции современного естествознания.

Илья Ильич Мечников (1845– 1916) — русский биолог и физиолог, один из основоположников эволюционной эмбриологии, создатель сравнительной патологии воспаления и фагоцитарной теории иммунитета, лауреат Нобелевской премии в области физиологии и медицины (1908). Вклад в науку Ильи Ильича Мечникова огромен. Одна только работа «Невосприимчивость к инфекционным заболеваниям» и фагоцитарная теория, были одним из важнейших кирпичиков в новую науку – иммунологию. Мечников И.И. был не только теоретиком, но и предлагал практические советы, многие из которых подтверждаются временем.

Кроме того следует отметить, что великая заслуга Мечникова И.И. заключается в том, что он сумел свести явления невосприимчивости к

заразным болезням к общим законам биологии, распространяющимся как на высших животных и человека, так и на низших животных – простейших, состоящих из одной клетки. Закономерности невосприимчивости Мечников объяснял общими биологическими законами.

Мечников изучал проблемы старения человека. Он признавал верхним пределом жизни человека значительно больший, чем сто лет. Старость – это недуг, со старостью можно и нужно бороться. Ведя борьбу за продление жизни человека, в 1903 году Илья Ильич выпустил свое первое философское сочинение “Этюды о природе человека”.

Илья Ильич Мечников был одним из выдающихся учёных своего времени. Не удивительно, что значение его работ было признано всем учёным сообществом всего мира, и имя Мечникова вошло в историю как имя одного из основателей современной биологии и научной медицины.

СТРЕСС И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ЧЕЛОВЕКА

А.И. Заднепровский (I курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель-ассистент В.С. Красовский

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра биологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Л.Г. Сентюрова)*

Стресс - неизбежная часть нашей жизни. Лучшее, что мы можем сделать для решения этой проблемы - это попытаться избежать стрессовых ситуаций в нашей жизни и предпринять некоторые шаги для того, чтобы минимизировать влияние, которое оказывает стресс на наше здоровье. Суть проблемы состоит в том, что хронический, сильный стресс негативно влияет на наше здоровье и способствует ускорению процесса старения.

Стресс приводит в действие механизм «борьбы или бегства» — это примитивная реакция организма, которая помогала выживать нашим доисторическим предкам. Стресс приводит к множеству сложных физиологических реакций. Как только механизм «борьбы или бегства» начинает действовать, происходит выброс избыточного количества катехоламинов (адреналина и норадреналина), артериальное давление резко повышается, увеличивается уровень глюкозы в крови.

Кроме того, многократно повторяющиеся стрессы могут стимулировать производство повреждающих клетки свободных радикалов; они ослабляют иммунную систему, поднимают уровень

холестерина в крови, усиливают чувство беспокойства и усугубляют депрессию.

Целью моего исследования явилось изучение влияния стрессовых ситуаций (сдача зачета, компьютерного тестирования, коллоквиума) на состояние здоровья студентов первого курса педиатрического факультета.

Материалы и методы: Обследована группа студентов – 50 человек, из которых 18 – мужчины, 32 – женщины. Исследовались следующие параметры: частота пульса, уровень артериального давления до и после стрессовой ситуации, а также было проведено анонимное анкетирование среди обследуемых.

Результаты и их обсуждение: после воздействия стрессовой ситуации у 40 % обследуемых мужчин и у 80% женщин было выявлено повышение артериального давления, учащение пульса. По данным анкетирования более 60% женщин указали на слабость, головную боль, сильную утомляемость в течении следующей недели после воздействия стрессовой ситуации. У более чем 45% обследованных мужчин по данным анкетирования были выявлены следующие жалобы: снижение успеваемости, сильная утомляемость.

Выводы: проанализировав полученные результаты, я пришел к выводу о том, что стресс дезорганизует деятельность человека, его поведение, приводит к разнообразным психоэмоциональным нарушениям, функциональный уровень понижается, и это может способствовать дезорганизации деятельности в целом, вплоть до снижения успеваемости в учебном процессе.

ОТНОШЕНИЕ К ВАКЦИНАЦИИ ЖИТЕЛЕЙ г. АСТРАХАНИ

А.Д. Макеева(I курс, лечебный факультет)

В.И. Войнова (I курс, лечебный факультет)

Т. Ю. Семенов (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ассистент В.С. Красовский.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра биологии (зав.каф. – д.м.н., проф. Л.Г. Сентюрова)

Иммунопрофилактика внесла огромный вклад в снижение заболеваемости многих инфекционных патологий. Достаточно вспомнить ликвидацию оспы, снижение активности полиомиелита, столбняка, туберкулёзного менингита.

Несмотря на высокую роль иммунопрофилактики, все чаще стали появляться научные статьи об осложнениях возникшие после вакцинации. Некоторые считают, что это является результатом применения отечественных вакцин, кто-то ссылается на вредное воздействие импортных препаратов.

Доказано, что для развития осложнений после вакцинации главную роль играет уровень иммунной системы ребёнка. Естественно, новорожденные и дети грудного возраста являются самой уязвимой группой, так как для данного периода жизни для их организма характерно состояние транзитного иммунодефицита.

По данным литературы, несмотря на хорошую переносимость и ареактогенность вакцины БЦЖ, все же регистрируются следующие хирургические осложнения вакцинации: 1) региональные лимфадениты; 2) «холодный» абсцесс на месте вакцинации; 3) келоидный рубец на месте вакцинации; 4) остеомиелит.

В целом показатель осложнений на прививку БЦЖ колебался в пределах от 137,5 до 297,4 на 100 000 привитых.

Так же, некоторым исследователям, удалось установить, прямо пропорциональную зависимость между числом жизнеспособных клеток в прививочной дозе и количеством поствакцинальных осложнений. Чем больше этих клеток, тем выше уровень осложнений.

В связи с этими данными нами было решено провести исследование по выявлению отношения населения г. Астрахань к проблеме вакцинации, о их информированности о имеющихся случаях осложнений.

Для выполнения поставленной цели мы провели анкетирование в городской поликлинике №3 г. Астрахань. Всего в исследование было задействовано 150 человек.

Результаты и выводы:

В ходе работы было установлено, что 39 человек не делали своему ребёнку ни одной прививки, кроме БЦЖ и полиомиелита, что составляет 26% от общей группы. Дальнейшие данные исследования анализируются.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ЗОНЕ ВЛИЯНИЯ КРУПНОГО ТЕПЛОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА

А.А. Рогачёва (I курс, лечебный факультет)

Т.В. Чивиргина (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель - ассистент В.С. Красовский

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра биологии (зав.каф. – д.м.н. проф. Л.Г. Сентюрова)

До 24% всех болезней в мире связано с пагубным воздействием окружающей среды. В связи с этим проблема загрязнения окружающей среды стоит очень остро. Не секрет, что отрасль теплоэнергетики оказывает значительное влияние на окружающую среду, т.к. на территории городов основными источниками загрязнения являются предприятия топливно-энергетического комплекса, выброс которых в 2014 году составил 72,5% от общего количества. Не избежала этой участи и Астрахань. Основными источниками загрязнения в Астрахани являются следующие предприятия: ТЭЦ-2, Астраханская ГРЭС, компрессорные станции.

Целью работы: определить уровень загрязнения почвы и на основании этих данных выявить наиболее приоритетное и безопасное для окружающей среды топливо.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Выявить приоритетные химические загрязнители в зоне влияния выбросов Астраханской ГРЭС и ТЭЦ-2.

2. Дать оценку химического состава (по наличию сульфат и нитрат ионов) проб земли в районе расположения АГРЭС и ТЭЦ-2.

3. Сравнить данные, полученные в ходе исследования и дать оценку экологически безопасному топливу.

Объектом исследования выбран поверхностный слой земли, т.к. земельный покров обладает рядом свойств, делающих его удобным индикатором загрязнения не только самих атмосферных осадков, но и атмосферного воздуха. Отбор проб земли проводился в начале апреля 2015 г, пробы земли брались в стеклянные банки на расстоянии 500 метров от основного теплоэнергетического комплекса.

Для определения pH среды использовали индикаторную бумагу. Сульфат-ионы определяли 25%-ым раствором соляной кислоты (для перевода утлекислых и фосфорнокислых солей в хлористые) и 5%-ым раствором BaCl_2 . Нитрат-ионы определяли с помощью раствора NaCl и 0,017 % раствора дифениламина в серной кислоте.

В качестве сравнения мы взяли результаты исследования проб земли вокруг

территории Астраханской ГРЭС и ТЭЦ-2 и сравнили полученные результаты с установленными значениями ПДК.

В результате исследования выяснилось, что в зоне влияния Астраханской ТЭЦ-2 концентрация сульфат- и нитрат-ионов, а также водородный показатель превышает уровень ПДК. В зоне влияния Астраханской ГРЭС показатели в норме.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИНДУКТОРА АПОПТОЗА- КАСПАЗЫ 9 В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ

В.И.Закляков (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н. асс. Е.М Берлякова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра биологии (зав.каф. – д.м.н., проф. Л.Г.Сентюрова)

Актуальность: доказано, что развитие хронического миелолейкоза (ХМЛ) связано с генетической поломкой с образованием Филадельфийской хромосомы, патологический продукт которой – белок Р210 тормозит самоликвидацию злокачественных лейкозных клеток. Эффективность терапии до развития полных цитогенетических и даже полных молекулярных ремиссий связана с медикаментозной блокадой этого белка и усилением апоптоза лейкозных клеток. Изучение индуктора апоптоза - каспазы 9 у больных ХМЛ, получающих Гливек, актуально в теоретическом и практическом аспектах.

Цель: определить клинико-диагностическое и прогностическое значение индуктора апоптоза - каспазы 9 в лечении больных ХМЛ.

Материалы и методы: 54 больных ХМЛ, контроль - 30 здоровых доноров. Маркер индукции апоптоза – каспазу 9 в сыворотке крови определяли методом твердофазного анализа (иммуноферментный анализ - ИФА).

Результаты и их обсуждение: концентрация каспазы 9 в крови в группе контроля составила $2,03 \pm 0,68$ нг/мл. У больных ХМЛ на терапии гливексом без достижения полного цитогенетического (ПЦО) и полного молекулярных ответов (ПМО) концентрация каспазы 9 составила $2,02 \pm 0,02$ нг/мл и $2,09 \pm 0,04$ нг/мл соответственно, что сопоставимо с контрольной группой ($p > 0,05$). Концентрация каспазы 9 у больных, достигших ПЦО и ПМО составила $4,04 \pm 0,1$ нг/мл, что достоверно выше контроля ($p < 0,001$). Прогрессирующее увеличение концентрации каспазы 9 у больных ХМЛ в динамике, которые достигли ПЦО и ПМО, указывает на выраженность гибели Ph^+ клеток и говорит об эффективности

апоптогенного эффекта, вызванного препаратом Гливек в отношении опухолевой массы.

Выводы: повышение концентрации индуктора апоптоза - каспазы 9, индуцированное лечением Гливексом, отражает активацию гибели лейкозных клеток и служит благоприятным клинико-лабораторным критерием по достижению ПЦО и ПМО.

МАЛЯРИЯ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Д.С. Адамова (I курс, лечебный факультет)

А.Ю. Коровушкин (I курс, лечебный факультет),

Б.Ю. Кузьмичев (V курс, лечебный факультет)

Научные руководители – к.м.н., доцент Р.С. Аракельян
ст. преподаватель В.А. Шаталин

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра биологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Л.Г. Сентюрова)*

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)*

Малярия является характерным заболеванием для местности с теплым климатом. К их числу относится и Астраханская область, имеющая оптимальные условия для передачи малярии при ее завозе. Географическое положение Астраханской области характеризуется высокоразвитой гидрографической сетью, в т.ч. заболоченных районов местности, а природно-климатические условия способствуют развитию возбудителей малярии: число дней с температурой выше 15°C достигает 150, а сезон возможной передачи 90 – 120 дней.

Первые данные о маляриогенной ситуации в Астраханской области относят к 1894 г., когда в Астраханской губернии было зарегистрировано 54952 случая малярии.

В Астраханской области за период с 2000 по 2014 гг. зарегистрировано 90 случаев малярии человека, в том числе завозных случаев из стран СНГ – 70 (78%), вторичных от завозных – 11 (12%) и рецидивов – 9 (10%).

В 2000 г. было отмечено 20 случаев заболевания малярией. Показатель заболеваемости составил 2,1; в 2001 г. зарегистрировано 35 случаев (показатель заболеваемости 3,06). В последующие годы прослеживалось снижение заболеваемости: 2002 г. – 11, 2003 г. – 8 случаев, 2004 г. – 7 случаев, 2005 г. – 6 случаев, в 2006 – 2007 гг. малярия в Астрахани не регистрировалась, а в 2008 г. снова после

двухлетнего перерыва зарегистрирован 1 случай. В 2009 – 2013 гг. случаи заболевания малярии не регистрировались, а в 2014 г. вновь были зарегистрированы 2 завозных случая малярии.

Таким образом, максимальное число зарегистрированных случаев завозной малярии было отмечено в 2001 г. – 35 сл.

ЭХИНОКОККОЗ ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.В. Чуманова (I курс, лечебный факультет),

О.В. Мартынова (IV курс, лечебный факультет)

Научные руководители – к.м.н., доцент Р.С. Аракельян

ст. преподаватель В.А. Шаталин

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра биологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Л.Г. Сентюрова)

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

Цистный эхинококкоз – биогельминтоз, вызываемый паразитированием в тканях и органах человека личиночной стадии цестоды *Echinococcus granulosus*, характеризующийся хроническим течением, образованием кист и деструктивным поражением печени, легких и других органов.

Возбудителем эхинококкоза человека является личинка или финна эхинококкового цепня - *Echinococcus granulosus*. Половозрелые особи этого цепня паразитируют в кишечнике собак и диких представителей семейства псовых.

Первые симптомы цистного эхинококкоза человека обычно носят неспецифический характер. Преобладают общеклинические и аллергические реакции: слабость, недомогание, снижение работоспособности, временами головная боль. Иногда возникают диспепсические явления; возможны повышение температуры и появление зудящих уртикарных высыпаний. В острой фазе цистного эхинококкоза, независимо от окончательной локализации паразита, у больных всегда отмечается увеличение печени.

На территории Астраханской области с 2008 по 2014 гг. зарегистрировано 54 случая эхинококка у человека.

В половом соотношении среди больных преимущественно были поражены мужчины – 70,4%, женщины – 29,6%. Типичный эхинококкоз (печень, легкое, печень+легкое) отмечался в 87%.

Атипичное течение – в 13%. В большинстве случаев – 72,2% больные предъявляли жалобы на боль в предполагаемом месте локализации паразита. Эхинококкоз встречался у лиц в возрасте от 5 до 83 лет. Так, на долю детей до 17 лет приходилось 16,7%, на долю взрослых – 83,3%. При расспросе было выявлено, что 61,1% имели постоянный контакт с домашними или бродячими собаками, которые не были дегельминтизированы. Большинству пациентов – 79,6% диагноз «эхинококкоз» был подтвержден результатами серологического исследования методом ИФА.

Выводы: В последние годы число случаев заражения человека эхинококком продолжает увеличиваться. Паразит локализуется не только в печени, но и других внутренних органах. В диагностике эхинококкоза главную роль играют комплексные методы ИФА, КТ и УЗИ.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ИНФОРМАТИКА, ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И КУЛЬТУРОЛОГИЯ

«ЦЕНТРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»

Семёнова М.Д.(V курс лечебный факультет)

Кошманова Н.М.(V курс лечебный факультет)

Научный руководитель – ассистент Нимгирова А.С.

Астраханский государственный медицинский университет

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом
последипломного образования (зав. каф.- д.м.н., проф. Сердюков А.Г.)*

Одной из важнейших задач профилактической службы Астраханской области в последние годы является ориентация людей на формирование здорового образа жизни и объединение всех составных элементов медицинской профилактики в единый комплекс оздоровительных мер.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Центр медицинской профилактики» является специализированным учреждением здравоохранения особого типа. Приоритетными направлениями деятельности данного учреждения является разработка и реализация стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни среди населения Астраханской области, методическое обеспечение и координация деятельности медицинских организаций. Центром ведется активная работа по совершенствованию укрепления здоровья населения

методами и средствами гигиенического обучения и воспитания, уделяется внимание разработке и тиражированию наглядных пособий, методических материалов, социальной рекламе по профилактике неинфекционных заболеваний формированию здорового образа жизни, внедряются инновационные методы и формы профилактической работы, в частности, реализация информационно – образовательного проекта профилактики наркозависимости «СТАЛКЕР» среди школьников.

На сегодняшний день в Астраханской области функционируют 5 Центров здоровья: 2 Центра здоровья для детского населения и 3- для взрослого. Ежегодно в них проходит обучение в школах здоровья более 15000 человек, из них детей – более 7000.

Центр медицинской профилактики – структура, которая имеет большой потенциал для профилактики неинфекционных заболеваний на популяционном уровне, более того, именно он может быть координационным ядром программ профилактики неинфекционных заболеваний в регионах.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ РЕШЕНИИ МАТЕМАТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ МЕДИЦИНСКОГО СОДЕРЖАНИЯ В СПЕЦДИСЦИПЛИНАХ

А.Д. Макеева (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.п.н., старший препод. Л.В. Ланина
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра физики, математики и медицинской информатики
(зав.каф. – д.п.н. О.В. Мирзабекова)*

Современная медицинская наука характеризуется высоким уровнем математизации всех её направлений, начиная с обработки данных наблюдений и экспериментов и заканчивая построением математических моделей различных состояний человеческого организма.

Как показывает практика, в медицинские вузы в основном поступают студенты с гуманитарной направленностью мышления, незаинтересованные в качественном изучении основных разделов высшей математики. Хотя, в спецдисциплинах, изучаемых на старших курсах, в большей части учебного материала используются математические методы и модели изучаемых медико-биологических процессов, с которыми они познакомились на первом курсе. Однако многие студенты, в том числе и хорошо успевающие, затрудняются при решении этих задач, так как в сюжете задачи медико-биологического содержания они не видят знакомую им математическую задачу. Поэтому необходимо актуализировать знания

таким образом, чтобы знания по математике и спецдисциплине были увязаны, т. е. при решении задач по спецдисциплине целесообразно предлагать их математические аналоги. Приведем пример *взаимосвязи* между дисциплиной «Организация здравоохранения» и разделом математики «Теория вероятностей».

Студентам-медикам предлагается рассчитать интенсивные, экстенсивные показатели по следующим данным: численность города Н – 157 000 человек. В 2007 году зарегистрировано 490 случаев инфекционных заболеваний, в том числе воздушно-капельных инфекций – 230, острых кишечных инфекций – 210, прочих – 50. Всего в городе 30 инфекционных коек и 3 врача-инфекциониста. Заболеваемость за предыдущие 3 года была следующей: 2004 г. – 392,5 на 100 тыс. населения, 2005 г. – 361,9 на 100 000 населения, 2006 г. – 340,5 на 100 000 населения. Рассчитать интенсивные, экстенсивные показатели. По полученным данным сделать соответствующие выводы.

Два понятия: интенсивный и экстенсивный показатели встречаются на первых занятиях организации здравоохранения и для расчета данных показателей необходимо вспомнить формулу вычисления относительной частоты, которая служит основой для расчета данных показателей, в чем и проявляется связь медицинского раздела с математикой.

ПРОБЛЕМЫ РЕКЛАМЫ НА РЫНКЕ ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Волкова А.И. (I курс, лечебный факультет)

Нугманова А.И. (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс. Макарова О.Ю.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра экономики и управления здравоохранения с курсом

последипломного образования (зав. каф. – д.м.н. Шаповалова М. А.)

В рыночных условиях эффективное функционирование организации напрямую зависит от успешности продвижения производимого ею продукта, в том числе и на рынке медицинских услуг. Однако, медицинская реклама сегодня – один из наименее развитых сегментов российского рекламного поля. Потенциальные потребители услуг, выражают недовольство качеством рекламы медицинских услуг.

Несмотря на постоянное пополнение рынка частной медицины за счет новых участников - открывающихся медицинских центров, большинство компаний, занимающихся медицинским бизнесом,

направили свои усилия на работу с физическими лицами – частными пациентами, не направляя при этом усилий на качественное и грамотное стратегическое информирование потребителей о предоставляемых услугах.

Как показал анализ рекламной активности, а также опрос сотрудников рекламных компаний, 90% клиник выстраивают рекламные стратегии самостоятельно, опираясь на личный опыт, представления, предпочтения руководителя. Но интуитивный подход зачастую приводит к распространенным ошибкам: недооценке значения рекламы для развития бизнеса, неправильному определению целевой аудитории и расплывчатой формулировке адресованного ей послания. Не желая тратить достаточные средства на разработку рекламного продукта, руководство частных клиник вынуждает поставщиков рекламы производить некачественный, слабый продукт, который в свою очередь отталкивает потенциальных потребителей.

В целом причина сдержанного отношения медицинского рынка к рекламе кроется в неготовности его участников поставить знак равенства между медициной и бизнесом. Большинство медиков сомневаются в этичности рекламы своих услуг. Кроме того, для завоевания рынка производители медицинских услуг часто реализуют услуги по «ценам внедрения и проникновения на рынок», когда в целях привлечения пациентов учреждение устанавливает заниженную цену. Поэтому прибыль на этом этапе зачастую незначительна. Возможно более грамотная работа в продвижении своих услуг посредством технологий маркетинга и рекламы, могли бы в долгосрочной перспективе решить эту проблему за счет увеличения числа постоянных клиентов, создания позитивного имиджа, что позволит наращивая долю на рынке –увеличить прибыль.

ПРИМЕНЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА В МЕДИЦИНЕ

Абрамов А.А. (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ассистент Макарова О.Ю.

Астраханский государственный медицинский университет

*Кафедра экономики и управления здравоохранения с курсом
последипломного образования(зав. каф. – д.м.н. Шаповалова М. А.)*

Бережливое производство (lean production, lean manufacturing) – «лин») – концепция менеджмента, созданная на Toyota и основанная на неуклонном стремлении к устранению всех видов потерь. Бережливое производство предполагает вовлечение в процесс оптимизации бизнеса

каждого сотрудника и максимальную ориентацию на потребителя.

Бережливое производство – это интерпретация идей производственной системы Toyota американскими учеными. В теоретическом плане бережливое производство является одной из форм усиления интеллекта организации. Ключевой задачей настоящего исследования был анализ возможностей внедрения принципов бережливого производства в медицинской организации.

Анализ теоретико-методологической базы показал, что сердцем бережливого производства является процесс устранения потерь. В соответствии с концепцией бережливого производства всю деятельность организации можно классифицировать так: операции и процессы, добавляющие ценность для потребителя, и операции и процессы, не добавляющие ценности для потребителя. Следовательно, всё, что не добавляет ценности для потребителя, с точки зрения бережливого производства, классифицируется как потери, и должно быть устранено.

Концепция бережливого производства может быть применена и в медицине. Ликвидацию потерь и достижение успеха медицинской организации излагают следующие принципы бережливого производства: создать больше продуктов или услуг свободных от дефектов, снизить или устранить потери и увеличить эффективность, повысить удовлетворенность обслуживанием у пациентов и работников, снизить затраты, повысить безопасность пациентов.

Использование принципов бережливого производства может дать значительные эффекты. Инструменты и методы бережливого производства позволяют добиться значительного повышения эффективности деятельности медицинской организации, производительности труда, а также улучшения качества медицинской услуги в целом.

БЕСПЛАТНЫЕ И ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ: БОГАТСТВО ВЫБОРА ИЛИ ВЫНУЖДЕННАЯ МЕРА

А.В. Процко (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – *д.м.н. Шаповалова М. А.*

Астраханский государственный медицинский университет

*Кафедра экономики и управления здравоохранения с курсом
последипломного образования (зав. каф. – д.м.н. Шаповалова М. А.)*

Оказание платных услуг в здравоохранении на сегодняшний день является одной из самых обсуждаемых тем, порождающей многочисленные точки зрения и дискуссии.

Проблему, входящую в рамки ранее обозначенной тематики и отражающей особенности оказания медицинских услуг, мы выделили следующую - подмена медицинских услуг, оказываемых лечебно-профилактическими учреждениями бесплатно (по программе ОМС) медицинскими услугами на платной основе.

В настоящей работе нами была поставлена задача проанализировать существующее положение дел в данной сфере здравоохранения г. Астрахани и разобраться в тонкостях и причинах возникновения несоответствий в соотношениях платных и бесплатных медицинских услуг.

ОСОБЕННОСТИ НОРМИРОВАНИЯ ТРУДА СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Шаповалова Д.А. (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ассистент Макарова О.Ю.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра экономики и управления здравоохранения с курсом

последипломного образования(зав.каф. – д.м.н. Шаповалова М. А.)

В настоящее время структура реально выполняемых средним медицинским персоналом функций включает: уход за пациентом, оказание диагностических услуг, выполнение лечебных мероприятий, осуществление неотложной медицинской помощи, оказание профилактических и реабилитационных услуг, осуществление работ по инфекционной безопасности, подготовка рабочего места, делопроизводство, профессиональные взаимоотношения. Качество выполняемых функций непосредственно сказывается на эффективности медицинской помощи и является актуальным объектом изучения. Для правильной оценки качества медицинской помощи необходимы критерии и стандарты, отвечающие потребностям сегодняшнего дня.

Задачами исследования являлись выделение основных видов деятельности медицинских сестёр, проведение анализа затрат рабочего времени медицинских сестер по основным и вспомогательным видам работ методом хронометража, в ходе которого изучены затраты рабочего времени медицинских сестер, проведены хронометражные наблюдения и разработана хронокарта затрат времени медицинской сестры. На основе должностных инструкций палатных медицинских сестер и рекомендаций по нормированию труда Национального НИИ общественного здоровья в РАМН разработан перечень видов деятельности и трудовых операций, выполняемых медицинскими сестрами. Все виды деятельности были

распределены по четырем группам: основная деятельность; вспомогательная деятельность; работа с документацией; служебные разговоры.

К сожалению, в нормативных документах отсутствуют сведения о стандартном распределении рабочего времени, необходимого палатной медицинской сестре для выполнения того или иного вида деятельности, поэтому за норму были взяты экспертные данные, приведенные в журнале «Главная медицинская сестра»: основная деятельность – 50% рабочего времени, вспомогательная – 10%, работа с документами – 30%, служебные разговоры – 10% времени.

Результаты настоящего исследования свидетельствуют о необходимости оптимизации затрат времени медицинской сестры путем делегирования вспомогательных и хозяйственных видов деятельности младшему медицинскому персоналу

РОЛЬ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ В РЕАЛИЗАЦИИ КЛАСТЕРНЫХ ИНИЦИАТИВ

Халилова А.Т. (I курс, лечебный факультет)

Чивиргина Т.В. (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ассистент О.Ю. Макарова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра экономики и управления здравоохранения с курсом

последипломного образования(зав. каф. – д.м.н. Шаповалова М. А.)

В настоящее время в мире в качестве ключевого инструмента повышения конкурентоспособности отраслей и регионов, развития инновационного потенциала и экономики страны в среднесрочной и долгосрочной перспективе рассматривается кластерная политика. Но как показал анализ примеров внедрения данного направления на территории Российской Федерации, тормозится из-за отсутствия знаний и неумения применять мировые наработки в местных условиях. К решению этого вопроса не готовы ни власть, ни бизнес. Кроме того, этот процесс тормозится из-за недостатка лидеров-фасилитаторов, готовых не только генерировать саму идею создания кластера, но и осуществить ее на практике.

Между тем, как показывает мировой опыт, многие проекты мирового уровня реализовывались благодаря фасилитаторам. Возможно, на данном этапе вузы и различные исследовательские центры могли бы стать носителями идеи кластерного развития и на старте перенять инициативу у власти, при этом активно привлекая

ее и максимальное количество представителей бизнеса. Данная идея и послужила основой настоящего исследования.

Как показал анализ мирового и российского опыта, а также теоретико-методологической базы, ядром кластера может стать государственный медицинский университет. Он формирует идеологию деятельности, оказывает партнерам организационную и методологическую поддержку. И сам прежде всего максимально нацелен на подготовку врачей нового поколения, которые должны иметь высокую мобильность, быстро осваивать новый материал, генерировать идеи и создавать свои разработки.

Университет может оказывать влияние на развитие кластера во многих направлениях. Безусловно, традиционная роль состоит в выпуске в выпуск высококвалифицированных кадров, в том числе необходимых, для успешного развития кластера. Как было отмечено ранее, развитие кластера позволяет увеличивать производительность труда посредством инноваций и развития новых технологий. Безусловно, университеты, обладая достаточной базой НИОКР могут стать фасилитаторами инновационного развития в регионе. На их базе, при поддержке государства и бизнеса, могут создаваться технопарки, исследовательские лаборатории, фонды поддержки студентов, обладающих различными идеями.

Таким образом, университеты могут повышать инновационный потенциал региона, увеличивать занятость населения и производительность труда, а, следовательно, усиливать конкурентные преимущества региона.

ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ О ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Э.Н.Сурхаева (ординатор 2 года обучения)

Научный руководитель – к.м.н. И.Б.Набережная

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

с курсом последипломного образования

(зав. каф. - д.м.н., проф. А.Г. Сердюков)

Важным фактором в развитии высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) является осведомленность населения по вопросам касающимся ВМП и убежденность в эффективности данных методов лечения.

Цель. Изучить информированность пациентов по вопросам ВМП.

Задачи Провести анкетирование пациентов по вопросам предоставления ВМП, произвести статистическую обработку собранного материала и проанализировать полученные данные.

Материалы и методы. Исследование проводилось с помощью социологического метода, путем анкетирования пациентов, получающих ВМП, по специально разработанной анкете, которая состояла из 30 вопросов, позволяющих изучить уровень информированности пациентов о ВМП и сложности в ее получении.

Полученные результаты. В ходе анализа установлено, что большинство пациентов, участвовавших в социологическом опросе не знакомы с понятием ВМП (около 75%) и ранее не сталкивались с ним. Большинство респондентов впервые узнали о ВМП от лечащего врача (65%). Превалирующее большинство респондентов сталкивались с проблемами на пути получения ВМП: 32% опрошенных более месяца ожидали направление на него, около 55% - более двух недель потратили на сбор всех требуемых документов и 31% респондентов более полгода ждали оказания ВМП. При анкетировании был поставлен вопрос о положительных и отрицательных моментах ВМП. Около 60% респондентов считают ВМП единственной возможностью для тяжелобольных. Из отрицательных моментов 30% опрошенных отметили длительный сбор документов, 22% - длительное ожидание ответа, 11% - не информированность врачей, и 37% - прочие моменты. При рассмотрении вопроса о результатах лечения, 75% опрошенных пациентов довольны полученным результатом.

Вывод. Проанализировав полученные данные, мы можем сделать вывод о том, что остается довольно низким уровень информированности пациентов о ВМП, а также существует ряд сложностей в ее получении.

КЛАСТЕР МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ, КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ТЕРРИТОРИЙ

Рогачёва А.А. (I курс, лечебный факультет)

Малкина К.О. (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс. О.Ю. Макарова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра экономики и управления здравоохранения с курсом

последипломного образования (зав. каф. – д.м.н. Шаповалова М. А.)

Актуальность данной работы связана, прежде всего, с тем, что

конкурентоспособность страны в целом и ее отдельных регионов находится на достаточно низком уровне. В связи с этим, с точки зрения управления развитием регионов необходим другой, качественно новый подход. Новой технологией управления территориями является кластерная политика. Взяв за основу труды М.Портера, кластер можно определить как группу географически локализованных взаимосвязанных компаний, предприятий-поставщиков оборудования, комплектующих, специализированных услуг, инфраструктуры, научно-исследовательских институтов, вузов и других организаций, усиливающих конкурентные преимущества отдельных компаний, так и кластера в целом. В этой связи ключевой целью исследования явился анализ возможных направлений развития кластера медицинских фармацевтических технологий на территории Астраханского региона. Базу исследования составили существующие стратегии социально-экономического развития на основе кластерного подхода, инновационные стратегии развития регионов (в том числе Астраханской области). Тем более, что во многих регионах есть предпосылки для повышения эффективности функционирования уже существующих кластеров. Кластер медицинских и фармацевтических технологий развивается как инфраструктура, состоящая из большого количества элементов. Проведенный анализ позволил выявить причины эффективного влияния наличия кластеров на уровень социально-экономического развития регионов, а именно развитие кластеров способствует: повышению производительности, входящих в них фирм и отраслей; повышению способности к инновациям; стимулированию создания и развития новых бизнесов, поддерживающих инновации и расширяющих границы кластера, а в случае с кластером медицинских и фармацевтических услуг – к повышению качества оказываемых медицинских услуг и повышению уровня жизни в целом. Принимая во внимание вышесказанное, а также, учитывая результаты последних международных исследований, свидетельствующих о создании конкурентоспособных образовательных услуг в рамках образовательных кластеров, представляется целесообразным усиление взаимодействия власти, бизнеса и учебных заведений с целью повышения уровня благосостояния российской экономики.

ФАЛЬСИФИКАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ КАК УГРОЗА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ СТРАНЫ

Азатханян С. Г. (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.э.н., асс. Ю.А. Зурнаджянц

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра экономики и управления здравоохранения с курсом

последипломного образования (зав. каф. – д.м.н. Шаповалова М. А.)

В последнее время в СМИ всё чаще говорят о несоответствии товаров нормам качества. И такая категория товаров, как лекарства - не исключение.

Цель исследования: изучить влияние фальсификации лекарственных средств (ЛС) на экономику здравоохранения. Для достижения поставленной цели необходимо: изучить сведения о количестве изъятых из обращения фальсифицированных лекарственных средств за 2013 год; выявить причину изъятия лекарственных средств; провести анализ качества лекарственных средств за 2013 год;

В рамках государственного контроля качества лекарственных средств в 2013 году выявлено 118 серий недоброкачественных лекарственных средств отечественного производства (75%) и 40 серий недоброкачественных лекарственных средств зарубежного производства (25%).

За 2013 год производителями лекарственных средств приняты решения об отзыве из обращения 116 торговых наименований 585 серий лекарственных средств. Доля недоброкачественных лекарственных средств, выявленных в рамках государственного контроля качества лекарственных средств в 2013 г., составила 1,2% от объема серий лекарственных средств, проверенных на соответствие обязательным установленным требованиям к их качеству.

Ущерб фармацевтических компаний от наплыва подделок превышает 250 млн. долларов в год, включая недополученную прибыль, расходы на борьбу с нелегальной продукцией и защиту прав в области интеллектуальной собственности. При общем годовом объеме мирового фармацевтического рынка в \$200-300 млрд. на долю фальсифицированных медикаментов приходится \$14-21 млрд.

Фальсификация лекарственных средств является проблемой мирового масштаба и для того, чтобы одержать победу в борьбе с ней, помимо правовых средств необходимо совершенствование технологий производства и реализации лекарств, развитие отечественной фарминдустрии и системы профессионального контроля. Тем не менее,

решение этих задач потребует огромного количества средств и не один год работы, а лекарства необходимы людям сейчас.... Ведь порой своевременного применения качественного лекарственного препарата бывает достаточно, чтобы вернуть человека к полноценной жизни

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СИСТЕМ ОПЛАТЫ ТРУДА В РАЗНЫХ СТРАНАХ

Алехина Н.А. (III курс, лечебный факультет)

Исмаилова З.М. (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.э.н., асс. Ю.А. Зурнаджянц

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра экономики и управления здравоохранения с курсом

последипломного образования (зав. каф. – д.м.н. Шаповалова М. А.)

Зарботная плата представляет собой один из основных факторов социально-экономической жизни каждой страны. От ее успешного решения во многом зависят как повышение эффективности производства, так и рост благосостояния людей, благоприятный социально-психологический климат в обществе. Зарубежная практика организации заработной платы работников насчитывает большое количество разнообразных систем оплаты труда. И, несмотря на то, что регулирование и организация оплаты труда в различных странах отличаются своей спецификой, наблюдается всеобщая направленность систем заработной платы на повышение эффективности производства.

В связи с этим, целью работы является изучение особенностей организации системы и форм оплаты труда в зарубежных странах и их возможное применение в российской практике.

В ходе исследования мы отметили три основные модели оплаты труда – американскую, японскую и западноевропейскую. При этом основными формами регулирования зарплаты за рубежом являются: государственное регулирование (установление минимальной зарплаты, предельных размеров ее роста в период инфляции, налоговая политика); договорное регулирование на общенациональном и отраслевом уровне; – фирменные коллективные договоры (размеры тарифных ставок и окладов, доплат и надбавок, утверждают систему участия в прибылях и т. д.); рынок рабочей силы (определяет среднюю заработную плату и др.). Важно отметить, что многие формы оплаты труда они не замещают традиционные системы, а дополняют их. Так, нетрадиционные методы на 73% зарубежных компаний используют систему должностных окладов для определения базовой заработной платы; причем эти методы охватывают не

всех работников, а только отдельные их категории или подразделения (гибкие льготы распространяются в среднем на 50% работников, участие в прибылях – на 21-40%, системы платы за знания – на 1-20%).

В результате исследования мы выделили следующие тенденции в системе оплаты труда в развитых странах: возрастание масштабов систем переменной заработной платы; возрастание доли групповых форм заработной платы; широкое распространение систем платы за знания и компетенцию; развитие гибких систем льгот работникам предприятий.

АНАЛИЗ ВОЗДЕЙСТВИЯ МИРОВОГО КРИЗИСА НА ЭКОНОМИКУ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Бородкова А.А. (I курс, лечебный факультет)

Узбякова Р.Р. (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.э.н., асс. Ю.А. Зурнаджянц

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра экономики и управления здравоохранения с курсом

последипломного образования (зав. каф. – д.м.н. Шаповалова М. А.)

Мировая экономика на протяжении всей её истории подвергалась различным кризисам. Эти кризисы носят циклический характер. Начало кризиса проявляется в снижении объёмов производства, а после его окончания наблюдается резкий рост основных экономических показателей. Изучение экономических кризисов помогает выявлять их причину и разрабатывать комплекс экстренных мер, направленных на их преодоление.

Цель исследования – раскрыть влияние кризиса на экономику РФ. Для этого необходимо: раскрыть причины экономического кризиса в России; выявить влияние и последствия кризиса на развитие производства; выявить недостатки и достоинства эмбарго; раскрыть влияние кризиса на социальную жизнь населения и меры, применяемые меры по антикризисной политике.

Существенным фактором, поддерживающим экономику страны, останется энергозависимость европейцев от России. Кризис в России закончится тогда, когда все санкции в отношении РФ будут сняты в 2015 году, но быстрого восстановления экономики не произойдет, и Россия войдет в режим стагнации. Согласно прогнозу, валовой внутренний продукт в течение 2015 года останется на уровне 0,3%, однако к концу 2016-го выйдет на уровень 1,2%. Ежегодные расходы бюджета планируется снижать как минимум на 5% в реальном выражении в течение трех лет, без учета запланированного 10-процентного снижения в 2015

году. За счет ежегодного снижения расходов как минимум на 5% в реальном выражении в течение трех лет, к 2017 году возможно достичь сбалансированности бюджетной системы.

В результате нашего исследования мы выделили недостатки и достоинства экономического эмбарго. К недостаткам можно отнести: повышение цен на продовольственные товары; повышение цен на импортные товары; дефицит товаров некоторого вида. Положительным эффектом от продовольственного эмбарго для отечественных производителей стала открывающаяся возможность увеличить присутствие на рынке за счет расширяющихся каналов сбыта собственной агропродовольственной продукции, а также продовольственное эмбарго может положительно сказаться на агропромышленном комплексе России благодаря вытеснению зарубежных конкурентов и расширению рынка сбыта.

ВЛИЯНИЕ ЧАСТНОЙ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА СОЦИАЛЬНУЮ ЗАЩИТУ НАСЕЛЕНИЯ СТРАНЫ

Зиявдинова М.С (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.э.н., асс. Ю.А. Зурнаджянц

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра экономики и управления здравоохранения с курсом

последипломного образования (зав. каф. – д.м.н. Шаповалова М. А.)

Частное страхование - это разновидность оказания платной медицинской помощи. Зависимость объема медицинской помощи от размера взноса, т.е. от платежеспособности человека отличает частное страхование от социального. Цель нашей работы – определить роль частной системы медицинского страхования, выявить основные достоинства и недостатки на примере системы медицинского страхования Соединенных штатов Америки (США).

В 2010 г. Всемирная организация здравоохранения, проанализировав системы здравоохранения 191 страны мира, отдала США первое место в рейтинге наиболее стабильных систем, способных к быстрому реагированию при изменяющихся условиях. При этом США заняли 1-е место среди самых затратных систем здравоохранения и лишь 37-е место по уровню оказания медицинской помощи и 72-е по общему уровню здоровья. Согласно CIA World Factbook, по уровню детской смертности США находится на 41-м месте в

мире, по продолжительности жизни – на 45-м, а по данным Организации объединенных наций за 2005-2013 годы среди 200 стран мира стоит на 94 месте. Недавние исследования показали, что в период 1997-2013 гг. снижение уровня смертности, которая могла бы быть предупреждена, в США происходило значительно медленнее, чем в других 18 индустриальных странах. Более того, как показало исследование в развивающихся странах, при неуправляемом нарастании платности медицинской помощи нагрузка на государственный бюджет возрастает. Это связано с тем, что фактор платежеспособности все больше определяет решение граждан по поводу первичного обращения к врачу.

В результате нашего исследования мы выделили существенные недостатки частной системы медицинского страхования, к которым относятся: постоянный рост цен на медицинские услуги из-за стремления врачей и лечебно-профилактических учреждений к монополии; недостаток денег у пациента на сложные виды лечения; недоступность для широких масс населения многих видов медицинских услуг. Наше исследование показало, что частное медицинское страхование несовершенно, требует доработок как на законодательном, так и на исполнительном уровнях.

EMERGING MODEL FOR IMPROVEMENT LOW-COST PRIVATE HEALTH INSURANCE PROGRAM IN NAMIBIA

Kapingana Lena Rudelgrazec Mbundu (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.э.н., асс. Ю.А. Зурнаджянц

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра экономики и управления здравоохранения с курсом

последипломного образования (зав. каф. – д.м.н. Шаповалова М. А.)

Africa today is bearing an extraordinarily large health burden as the epidemics of HIV/AIDS, tuberculosis, malaria and the opportunistic infections associated with some of these diseases put increasing demands on the healthcare sector. Health risk is one of the severest risks confronting poor households. Apart from the personal suffering it brings, illness can cripple a poor household's income earning capacity. Sick On top of that, households must allocate resources to provide care within the family and cover the expenses of treatment. More than 150 million people globally suffer financial catastrophe every year due to out-of-pocket health expenditures.

In this article, we initiate a policy discussion around the potential

role of private insurance to buffer health shocks.

Namibia is a lower-middle income country with a GNP per capita of US\$6,960 (the African average is US\$2,074). However, this number conceals the enormous differences in wealth within the population. In fact, Namibia has one of the highest levels of inequality in the world. The richest 10 percent of the population receive 65 percent of the country's total income, while approximately 35 percent of the population lives below the poverty line of US\$ 1 a day. As health is one of the government's priorities, Namibia is now among the top tier of African countries with respect to health expenditures. Over the period 1993 to 2010, 11 percent of government spending was earmarked for health. The country has one of the highest total expenditures on health as percentage of GDP - 6.8 percent - nearly 70 percent of which are government expenditures. Not only is government health spending high in relative terms, but out-of-pocket expenditures as a proportion of private health expenditures are 18 percent; the second lowest among African countries, surpassed only by South Africa. In addition, there are large discrepancies in coverage across socio-economic categories. Only five percent of individuals in the poorest consumption quintile are enrolled in medical aid schemes, while 70 percent of individuals in the richest quintile have medical aid benefits.

Inference: based on a dataset we estimate the mitigating effects of private health insurance on the relationship between health shocks and economic outcomes. Overall, we find no evidence that health shocks have severe economic consequences for households that are enrolled in a medical aid fund. In contrast, households without health insurance suffer from large medical expenditures after the death, hospitalization or problematic weight loss of an adult household member, despite the free access to public care.

L'ECONOMIE TUNISIENNE, MIRACLE OU MIRAGE?

Кешида Наримане (Икурс, факультет иностранных студентов)

Научный руководитель - старший преподаватель Кашкарова И.А.

Астраханский государственный медицинский университет

*Кафедра экономики и управления здравоохранения с курсом
последипломного образования (зав. каф. – д.м.н. Шаповалова М. А.)*

La Tunisie a bonne réputation dans le domaine économique. L'économie de la Tunisie est inscrite dans un processus de réformes économiques et de libéralisation depuis 1986 après trois décennies de

dirigisme et de participations de l'État à l'économie. L'économie de la Tunisie est historiquement liée à l'agriculture 11,5% du PIB (blé, olives, dattes, agrumes et produits de la mer), aux mines et à l'énergie (grand producteur de phosphates), au tourisme et aux industries manufacturières 19,2% du PIB (textiles, agroalimentaire et électro-mécaniques) dans une perspective extravertie (grand nombre d'entreprises industrielles totalement ou partiellement exportatrices). Ainsi, son économie diversifiée la distingue de celle de la plupart des États des régions africaine, nord-africaine et moyen-orientale. Par rapport aux autres pays du Maghreb, elle se hisse à la deuxième place pour le revenu par habitant et deuxième pour le niveau de développement derrière la Libye. De plus, la Tunisie est, au même titre que le Maroc, l'un des seuls pays de la région à être entré dans la catégorie des «pays à revenus moyens».

L'économie tunisienne est distinguée au Forum économique mondial sur l'Afrique, comme la 1^{re} économie la plus compétitive d'Afrique, devançant l'Afrique du Sud, et la 29^e sur 128 au niveau mondial.

Le déficit de la balance commerciale a baissé pendant le premier trimestre 2015 de 25,4%, soit l'équivalent de 836,1 millions de dinars (MD, selon les dernières statistiques du ministère du Commerce.

Le taux d'inflation en 2014 était de 6,1%, ce qui est un très bon résultat pour l'économie du pays. Taux de croissance du PIB 2,7%. Dépenses de santé 6,2% du PIB.

Le taux de chômage a atteint 15% durant le dernier trimestre 2014 contre 15,1 au cours du troisième trimestre, 14,8% au deuxième trimestre et 15,2% au premier trimestre de la même année. Selon les derniers chiffres du recensement rendus publics, aujourd'hui, par l'Institut national de la statistique, le taux de chômage s'élève à 32,1% chez les diplômés. C'est la question des «diplômés chômeurs» de la Tunisie. S'ils sont dépourvus de relations, ces jeunes sortis de l'Université tunisienne se voient offrir, dans le meilleur des cas, un emploi dans les hôtels à touristes ou de standardiste dans les centres d'appels. A cela s'ajoute la médiocre qualité de l'enseignement dispensé dans le secondaire et le supérieur.

En conclusion, le vrai problème en Tunisie n'est pas tant la création de richesse que la bonne répartition de cette richesse. Enfin, le gouvernement doit résoudre le problème de l'emploi de la population, en particulier les jeunes.

HEALTH CARE IN AFRICA: CHALLENGES AND OPPORTUNITIES

Komeya Paulina (III курс, лечебный факультет)

Shikwambi Angelina Shafetange (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.э.н., асс. Ю.А. Зурнаджянц

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра экономики и управления здравоохранения с курсом

последипломного образования (зав. каф. – д.м.н. Шаповалова М. А.)

An appropriate, robust, and sustainable model for improvement in health system performance is essential in order to reverse the declining trends in health and development status and break the vicious cycle of poverty and ill-health in Africa. Given the diversity of the health systems across Africa, improvement would be contingent upon the convergence of commitment, expertise, and resources throughout the system.

This paper studies the problem for sustainable improvement of health system performance which takes into consideration historical lessons, and current opportunities and challenges facing Africans.

The average expenditure in the health sector in SSA rarely exceeds 5 percent of GDP with most African countries spending less than US \$10 per person per year on healthcare when at least US \$27 is needed. More than 50% of African populations do not have access to modern health facilities and 40% have no access to safe drinking water and sanitation. High levels of maternal, child, and infant mortality and low rates of immunization, are symptomatic of the gross neglect of Africa's rural communities.

Health care financing in Africa depends heavily (52% in Kenya) on out-of-pocket payments for services. These services are complemented with financial assistance from bilateral and multilateral donors. Households contribute a larger portion of funds to the health system yet they have minimal voice in demand for service. The role of the state as public service provider is rapidly changing, necessitating an increased role for non-state actors. This underlines the need for public-private partnerships in the health system.

In conclusion of our study we can say that, the worsening indices of health status in Africa demand a fresh look at the way health systems are organized and, how these systems address the complex causal pathways that lie beyond the influence of the formal health sector. This recognition suggests that effective action will only be possible when the formal system providers work in partnership with other stakeholders, particularly the community, as joint problem solvers through regular, evidencebased dialogue. All stakeholders in the proposed participatory structures require training and orientation in skills such as communication, leadership and relationship building to ensure effective joint

action for health, starting with what is possible and expanding to what is needed for sustained improvement in health status to occur.

ВЛИЯНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВА НА СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

Овсянников П.Ю. (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – старший преподаватель Кашкарова И.А.

Астраханский государственный медицинский университет

*Кафедра экономики и управления здравоохранения с курсом
последипломного образования (зав. каф. – д.м.н. Шаповалова М. А.)*

Львиная доля оборудования в российских больницах - иностранного производства. Крупнейшими сегментами рынка являются оборудование для диагностической визуализации, оборудование и изделия для лабораторной диагностики (их общая доля в 2014г. составила 45,3%). На импортную продукцию в потреблении приходится порядка 80% (в 2014г. - 186,3 млрд руб.). Наиболее популярно на российском рынке высокотехнологичное оборудование GE Healthcare (доля в общем объеме импорта – 4,5%) и SiemensHealthcare (2,9%).

В ближайшее время может вступить в силу постановление правительства об ограничении на допуск к госзакупкам некоторых видов иностранной медтехники. В нем указывается, что государственные больницы не вправе закупать определенную медтехнику «в том случае, если страной ее происхождения не является РФ, Беларусь и Казахстан». Проект вызвал ожесточенную полемику. Кто из российских компаний может поделить огромный рынок объемом в 242 млрд руб. в год?

В представленный перечень входят как такие повседневно необходимые вещи, как антисептические салфетки, перевязочные средства, так и сложные приборы: томографы, флюорографы и другие. Более того, предложенный законопроект предусматривает аналогичный запрет в случае, если доля иностранных материалов, из которых произведено оборудование, превышает 50 процентов его стоимости.

По статистике российское медицинское оборудование занимает только 20% от всех поставок. Время, потраченное на поиски новых рынков закупки, может стать фатальным для некоторых пациентов. Ведь под запрет ввоза может попасть и сверхновое медицинское оборудование, которое не производится в России вообще.

Принятие проекта постановления имеет прямой экономический эффект, говорится в пояснительной записке к документу. Приобретение медицинских изделий, произведенных на территории РФ, обеспечит

существенное увеличение налогооблагаемой базы как в самой отрасли производства медицинских изделий, так и в смежных отраслях, являющихся поставщиками материалов, компонентов и комплектующих.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЛЕЧЕНИИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Д.С. Сосин (III курс, лечебный факультет),

Я.Б. Цололо (III курс, лечебный факультет),

Д.С. Тягунов (аспирант III года обучения)

Научный руководитель – д.м.н., профессор В.С. Лучкевич
*Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
(зав.каф. – д.м.н., проф. В.С. Лучкевич)*

Современный уровень развития общества требует от любого врача относиться к пациенту не просто как к объекту исследования и выявления тех или иных патологических изменений, но как к целостной личности. Некоторое время анестезиология и реаниматология занимали относительно отстраненную позицию в определении отношений врач-пациент, т.к. врач анестезиолог-реаниматолог занимался лишь «протезированием функций». Но даже на этом уровне невозможно не замечать личностных особенностей пациентов, а также игнорировать тот факт, что человек переживший анестезию и/или побывавший в отделении интенсивной терапии становится обладателем бесценного личного опыта.

В психологии до сих пор не решен вопрос о том, в какой мере внешнее вмешательство влияет на когнитивные процессы. В этом отношении анестезиология-реаниматология напрямую соприкасается с психологией, т.к. позволяет точно определить степень внешнего воздействия и, если речь идет о препаратах непосредственно влияющих на высшие психические функции, даже его дозировку. Следует признать, что действие препаратов, используемых в практике анестезиологии-реаниматологии в отношении когнитивных процессов, до конца не изучено. Данный вопрос и стал целью нашего исследования.

Цель исследования заключалась в оценке социальной эффективности лечебно-реанимационных мероприятий и качества жизни пациентов при медикаментозной терапии в отделении реанимации и интенсивной терапии городского стационара.

Результаты исследования показали, что доля пациентов, полностью

удовлетворенных качеством жизни до пребывания в ОАР, составила 19,0%, иногда удовлетворенных 23,0%, часто неудовлетворенных 27,0%, полностью неудовлетворенных 31,0%. После пребывания в ОАР качество жизни пациентов достоверно улучшилось: полностью удовлетворено качеством жизни 31,0%, иногда удовлетворенных 49,0%, часто неудовлетворенных 18,0%, полностью неудовлетворенных 2,0%, уровень значимости $p < 0,001$, t -критерий = 6,05. При этом 49,0% опрошенных считают, что их качество жизни улучшилось, 34,0% считают, что качество жизни улучшилось, однако осталось чувство тревоги за собственную жизнь и 17,0% считают, что качество жизни снизилось в связи с ухудшением психического и физического состояния из-за пребывания в ОАР.

Установлено, что из группы пациентов, которые отметили снижение качества жизни после пребывания в ОАР, 25,0% постоянно испытывали недостаток общения с родственниками (75,0% из них ощущали уменьшение поддержки и заботы от членов семьи в связи с пребыванием в ОАР), 50,0% начали испытывать недостаток общения с родственниками с течением времени. При этом 100,0% пациентов данной группы испытывали острое чувство дискомфорта в связи с отсутствием одежды во время пребывания в ОАР.

Выявлено, что из общего числа опрошенных 31,0% пациентов нуждаются в психологической консультации после возникновения заболевания, из этого числа 14,0% уверены в необходимости не только психологической консультации, но и лечения.

Заключение. На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что пребывание в отделении реанимации и интенсивной терапии существенно влияет на качество жизни хирургических пациентов, преимущественно улучшая его. Кроме того, установлено влияние ряда социальных и психологических факторов на динамику показателей качества жизни пациентов в отделении реанимации.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ. КАРДИОЛОГИЯ

ПРОГНОЗ «МАЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МИОКАРДА» ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Ю.М. Чичков (III курс, лечебный факультет)

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

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра кардиологии ФПО (зав. каф. – д.м.н. М.А. Чичкова)*

Актуальность: В настоящее время от сердечно-сосудистых заболеваний в РФ в год умирает более 1 миллиона человек (на 100 000 населения 818,2 смертей). Ежегодно в Мире выполняются около 2000000 чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) транслюминальных, из них более 90% составляют стентирование коронарных артерий. По единичным литературным данным синдром «малых повреждений миокарда» (МПМ) можно определить благодаря повышению уровня некоторых кардиоспецифических ферментов.

Цель исследования: Определить диагностическое значение изменения острофазовых Тропонина Т (ТнТ) и креатинфосфокиназы-МВ (КФК-МВ) в развитии синдрома МПМ после ЧКВ.

Материалы и методы: Обследованы 90 пациентов в возрасте $56,3 \pm 1,5$ лет после ЧКВ - транслюминальной баллонной предилатации с имплантацией металлических интракоронарных стентов. Группа исследования: 30 пациентов с ИБС, стабильной стенокардией II - III функционального класса в 1-е сутки после ЧКВ с МПМ. Группа сравнения: 30 пациентов в 1-е сутки после ЧКВ без осложнений. Контрольная группа: 30 пациентов (м - 15, ж - 15) с ИБС, стабильной стенокардией II - III функционального класса в возрасте $42,72 \pm 1,5$ года до ЧКВ. Методы исследования: общеклинические, биохимические, ЭКГ, ЭХО-КГ, иммунохимический анализ крови на ТнТ и КФК-МВ методом электрохемилюминисценции; двухвыборочный линейный корреляционный анализ с расчетом коэффициента Пирсона, интегрированные пакеты статистической обработки STATISTICA for WINDOWS V.6.0.

Результаты и их обсуждение: В группе исследования отмечено достоверное повышение сывороточного КФК-МВ (м: $4,4 \pm 0,46$ нг/мл; ж: $3,36 \pm 0,66$ нг/мл) по сравнению с показателями контрольной группы (м: $0,99 \pm 0,3$ нг/мл; ж: $0,92 \pm 0,26$ нг/мл) и группы сравнения (м: $1,84 \pm 0,15$

нг/мл; ж: $1,6 \pm 0,5$ нг/мл) ($p < 0,05$). В группе исследования уровень содержания ТнТ достоверно превышал показатели группы сравнения (м $0,04 \pm 0,001$ нг/мл, ж $0,04 \pm 0,006$ нг/мл; м $0,0011 \pm 0,0012$ нг/мл, ж $0,001 \pm 0,0009$ нг/мл соответственно) ($p < 0,05$), но в группе сравнения уровень содержания ТнТ не отличался от значений контрольной группы ($p > 0,05$).

Выводы: У 27,3 % пациентов без клиники и проявлений на ЭКГ на 1-е сутки после выполненной ЧКВ выявлены повышенные уровни содержания ТнТ и КФК-МВ. Отмеченное одновременное нарастание концентрации ТнТ и КФК-МВ после интрокоронарного вмешательства может свидетельствовать о синдроме «малых повреждений миокарда» в 1-е сутки после ЧКВ.

КОНЦЕНТРАЦИЯ ОБЩЕГО БЕЛКА МИЕЛИНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

А.А.Чирич (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., профессор, А.В.Астахин

Астраханский Государственный Медицинский Университет

Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования (Зав.каф. – д.м.н., проф. Б.Н. Левитан)

Актуальность: Течение и прогноз многих ХДЗП, прежде всего ЦП, в значительной мере определяются наличием и степенью выраженности поражения ЦНС. До настоящего времени литературные данные о состоянии ОБМ и НСЕ при патологии печени носят единичный крайне противоречивый характер.

Цель исследования: исследовать уровень ОБМ у больных ЦП с явлениями печеночной энцефалопатии.

Материалы и методы исследования: анализы подвергнуты результаты исследования концентрации ОБМ в сыворотке крови 3 больных алкогольным гепатитом, 8 терминальным циррозом печени, 2 ГЦК.

Концентрация ОБМ в сыворотке крови определяли методом ИФА с помощью коммерческих тест-систем (449-5830 DSLMBP).

Результаты и их обсуждения: в целом в обследуемой группе пациентов уровень ОБМ в сыворотке крови был повышен по сравнению с контролем, найденное различие носило достоверный характер ($p < 0,05$). У 3 пациентов (23%) концентрация ОБМ была в пределах нормы, у 10 (77%) соответственно превышала показания характерные для здоровых лиц. Обращает на себя внимание тенденция к повышению уровня ОБМ в

группе больных АГ и ГЦК по сравнению с больными ЦП. В то же время достоверных различий в содержании ОБМ в сыворотке крови у больных АГ, ЦП и ГЦК выявлено не было ($p>0,05$). Возможно это объясняется малым числом наблюдений. Определение коэффициента линейной корреляции между уровнем ОБМ и стадией печеночной энцефалопатии выявило слабую положительную корреляционную связь между этими показателями

Выводы: при хронической энцефалопатии наблюдается повышение концентрации ОБМ в сыворотке крови. Изменение уровня ОБМ в сыворотке крови при данной патологии может иметь важное диагностическое и прогностическое значение и требует дальнейшего изучения.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Н.А. Курбанов (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., профессор Воронина Л.П.
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета
(зав. кафедрой – д.м.н., проф. Полунина О.С.)

Главными причинами, приводящими к возникновению хронической сердечной недостаточности (ХСН), являются артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца, а так же их комбинация. Считается, что наиболее ранним функциональным нарушением левого желудочка являются изменения его диастолической функции, поэтому ее корректная оценка – основа диагностики ХСН.

Цель исследования. Изучить скоростные параметры трансмитрального диастолического потока при артериальной гипертензии (АГ), стенокардии (СТ) и сочетании стенокардии и артериальной гипертензии (СТ+АГ) у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы исследования. В общей сложности было обследовано 165 человек, из них 45 пациентов с артериальной гипертензией II стадии 3 степени, 45 пациентов с ишемической болезнью: стенокардией напряжения III функционального класса, 45 пациентов с диагнозом: Ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения III функционального класса + Артериальная гипертензия III стадии. В группу контроля вошли 30 соматически здоровых лиц Астраханского региона. В каждой группе у пациентов проводилась оценка функционального класса и стадии ХСН. Оценка диастолической функции проводилась с помощью

эхокардиографии, доплеровской эхокардиографии, тканевого доплеровского исследования. Статистическая обработка данных проводилась при помощи статистической программы STATISTICA 7.0, Stat Soft, Inc.

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании показателей трансмитрального кровотока у больных с хронической сердечной недостаточностью на фоне артериальной гипертензии, стенокардии напряжения и их сочетании были выявлены признаки диастолической дисфункции в группе больных АГ (уменьшение скорости раннего диастолического наполнения левого желудочка), группе больных стенокардией напряжения (уменьшение скоростей раннего и позднего диастолического наполнения левого желудочка), группе больных с сочетанием стенокардии напряжения и артериальной гипертензии (уменьшение скорости раннего диастолического наполнения левого желудочка).

ИССЛЕДОВАНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ

Е.А. Винникова (V курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Севостьянова И.В.
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета
(зав. кафедрой – д.м.н., проф. Полунина О.С.)*

В настоящее время ингибирование связывания факталкина с рецептором можно рассматривать в качестве одной из возможностей противовоспалительной терапии сердечно-сосудистых, ревматологических, панкреатических и неврологических заболеваний.

Цель исследования. Исследовать уровень плазменного факталкина и провести сравнительный анализ гиперфакталкинемии в группах пациентов с артериальной гипертензией, стенокардией напряжения и при их сочетании.

Материалы и методы исследования. В условиях ГБУЗ АО «ГКБ №4 имени В.И. Ленина» обследовано 165 человек. Было выделено 3 группы пациентов: пациенты с артериальной гипертензией (n=45), пациенты с ишемической болезнью сердца: стенокардией напряжения II-III функционального класса (n=45), пациенты с сочетанием СТ+АГ (n=45). В группу контроля вошли 30 соматически здоровых лиц Астраханского региона. Средний возраст пациентов составил 42,1±2,7 года. Средний

возраст в контрольной группе составил $43,1 \pm 1,4$ года.

Определение уровней фракталкина в образцах плазмы осуществлялось с помощью иммуноферментного набора для количественного определения фракталкина (CX3CL1) в биологических жидкостях с применением тест-системы «RayBio® HumanFractalkine», фирмы «RayBiotech, Inc.», США.

Результаты исследования. В группе пациентов с СТ в виде мононозолии значимой воспалительной активации выявлено не было. В группе больных АГ и у пациентов с сочетанной патологией (СТ+АГ) диагностировано наличие системной воспалительной активации, о чём свидетельствовала гиперпродукция плазменного фракталкина относительно группы соматически здоровых лиц (55,4 пг/мл и 62,3 пг/мл против 31,8 пг/мл). В то же время, при попарном сравнении групп больных АГ и СТ+АГ и групп СТ и СТ+АГ статистически значимых различий выявить не удалось. При анализе частоты встречаемости гиперфракталкинемии во всех исследуемых группах достоверно большая часть пациентов с гиперфракталкинемией относительно пациентов с нормофракталкинемией обнаружена среди больных АГ (64% против 36%).

Выводы. В группе больных артериальной гипертензией с большей выраженностью происходит активация системного воспаления, чем при стенокардии напряжения, что подтверждается достоверным увеличением среди больных АГ пациентов с гиперфракталкинемией.

ВЛИЯНИЕ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Д.А. Акаева (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., профессор Полунина О.С.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета

(зав. кафедрой – д.м.н., проф. Полунина О.С.)

При бронхиальной астме (БА) проявляется тесная анатомическая и функциональная связь сердца и легких. Ремоделирование сердца нередко определяет прогноз жизни больных с хронической обструктивной патологией легких.

Цель исследования. Изучить показатели перекисного окисления липидов, белков, антиоксидантной защиты и проанализировать их влияние на линейные размеры правого предсердия и правого желудочка у больных БА.

Материалы и методы исследования. Обследовано 276 больных БА и 27 соматически здоровых лиц в качестве контрольной группы. Степень выраженности оксидативного стресса (ОС) определяли по интенсивности перекисного окисления липидов, активности супероксиддисмутазы, концентрации мочевой кислоты и уровню карбонильных производных в сыворотке крови. Ультразвуковое исследование сердца осуществляли на сканерах «ALOKA-5500 Prosaund» и «G-60» фирмы «Siemens».

Результаты исследования. На первом этапе работы нами было изучено показатели перекисного окисления липидов, перекисного окисления белков, антиоксидантной защиты, на основании которых все больные БА были разделены на 2 группы: 120 пациентов с умеренным ОС и 156 пациентов с выраженным ОС. У больных БА с умеренным ОС увеличение продольных размеров правого предсердия носило лишь характер тенденции, у больных БА с выраженным ОС увеличение длинника правого предсердия было статистически значимым. У больных БА с выраженным ОС медиана длинны оси правого желудочка (в М-режиме) была статистически значимо больше по сравнению с группой контроля ($p=0,002$) и группой больных БА с умеренным ОС ($p=0,045$).

Медиана поперечника правого желудочка в 4-х камерной позиции в группе контроля составила 22 мм, у больных БА с умеренным ОС – 24 мм, а при БА с выраженным ОС – 28 мм. Различия между группой контроля и группой больных БА с выраженным ОС были статистически значимы ($p=0,015$). Медиана толщины стенки правого желудочка у больных БА с выраженным ОС составила 6 мм против 4,5 мм в группе контроля ($p=0,043$).

Выводы. У больных бронхиальной астмой, главным образом, изменяются продольные размеры правого предсердия и правого желудочка. Причем, указанные изменения имеют зависимость от выраженности оксидативного стресса и статистически значимы только при бронхиальной астме с выраженным оксидативным стрессом.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, СОЧЕТАЮЩИМСЯ С МАНИФЕСТНЫМ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

О.С. Касаткина (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. С.Г. Касаткина

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

(зав.каф. – д.м.н., проф. А.А. Панов)

Распространенность сахарного диабета и заболеваний щитовидной железы возрастает, однако вопрос о влиянии нарушения функции щитовидной железы на сосудистые осложнения СД недостаточно изучен.

Цель: изучить влияние манифестного тиреотоксикоза (МТ) на особенности клинического течения сосудистых осложнений у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы: обследованы 77 стационарных больных СД 2 типа, из них 43 с МТ, 34 – с эутиреозом (ЭТ). Возраст больных с МТ составил $50,47 \pm 5,57$ года, длительность СД 2 типа – $4,11 \pm 2,26$ г.; с ЭТ – $51,46 \pm 5,17$ г. и $4,23 \pm 2,36$ г., соответственно. Всем больным проводили оценку факторов риска ИБС, электрокардиографию, дуплексное сканирование экстракраниальных сосудов на аппарате «Vivid 3»ТМ. У больных с МТ средний объем ЩЖ составил $34,4 \pm 0,4$ 5 мл, уровень ТТГ- $0,005 \pm 0,67$ мкМЕ/мл, св.Т4 – $34,75 \pm 0,66$ н/моль/л, АТ-ТПО- $399,27 \pm 11,7$ Ед/мл; уровень гликемии натощак- $10,5 \pm 0,12$ ммоль/л, постпрандиальной гликемии – $11,49 \pm 0,48$ ммоль/л, гликированного гемоглобина (HbA1c)- $10,51 \pm 0,15\%$. У больных с ЭТ средний объем ЩЖ составил $20,10 \pm 0,25$ мл, уровень гликемии натощак- $9,1 \pm 0,16$ ммоль/л, постпрандиальной гликемии – $10,5 \pm 0,58$ ммоль/л, HbA1c – $8,3 \pm 0,02\%$. Статистический анализ данных проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica 7.0.

Результаты:

У лиц с МТ при СД 2 типа ИБС встречается статистически чаще, чем с ЭТ ($\chi^2=21,63$; $p=0,0001$), также, как артериальная гипертония ($\chi^2=30,48$; $p=0,0001$) и ОНМК ($\chi^2=6,16$; $p=0,031$). ИБС у лиц с МТ развивалась в среднем в возрасте $53,45 \pm 5,92$ лет, при стаже диабета $4,61 \pm 2,16$ лет, тогда как у лиц с ЭТ в возрасте $54,75 \pm 4,82$ лет, при стаже $4,87 \pm 2,01$ лет. При МТ обнаружено статистически значимое увеличение распространенности перенесенного ИМ ($\chi^2=8,9$; $p=0,0029$), причём статистически значимо чаще встречался Q-образующий ИМ ($p<0,05$). Относительный риск развития ИБС при СД 2 типа с МТ составил 1,73 (95% ДИ), АГ -1,95 (95% ДИ), ОНМК– 2,82 (95% ДИ).

Выводы: При МТ у больных СД 2 типа сосудистые осложнения развивается в более молодом возрасте, при меньшей длительности СД, чем у больных с ЭТ. Течение ИБС характеризуется более частым развитием ИМ, в том числе - Q-образующего, ФП, и сочетанием с артериальной гипертензией и ОНМК.

ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС И ТИПЫ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Л.М. Шульга (III курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Перова Н.Ю.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета

(зав. кафедрой – д.м.н., проф. Полупина О.С.)

Цель исследования. Проанализировать типы диастолической дисфункции левого желудочка у больных бронхиальной астмой (БА) с различной выраженностью оксидативного стресса.

Материалы и методы исследования. Обследовано 276 больных БА и 27 соматически здоровых лиц в качестве контрольной группы. Степень выраженности оксидативного стресса (ОС) определяли по интенсивности перекисного окисления липидов, активности супероксиддисмутазы, концентрации мочевой кислоты и уровню карбонильных производных в сыворотке крови. Ультразвуковое исследование сердца осуществляли на сканерах «ALOKA-5500 Pro-saund» и «G-60» фирмы «Siemens».

Результаты исследования. В группе больных БА с умеренным ОС доля пациентов, не имевших диастолической дисфункции левого желудочка, составила 47,5% от числа пациентов данной группы. Наиболее легкий тип диастолической дисфункции – ригидный – встречался у 55 пациентов данной группы, что составило 45,8%. Псевдонормальный тип диастолической дисфункции отмечался в данной группе в 6,7% наблюдений. Рестриктивный тип диастолической дисфункции в данной группе не регистрировался. В группе больных БА с выраженным ОС доля пациентов, не имевших диастолической дисфункции левого желудочка, была сопоставима с долей пациентов без дисфункции в группой больных БА с умеренным ОС и составила 32,3%. Количество пациентов с ригидным и псевдонормальными типами диастолической дисфункции в группе больных БА с выраженным ОС было статистически значимо ($p < 0,001$) больше, чем в группе больных БА с умеренным ОС и составило

25,3% и 32,7% соответственно.

Выводы. В группе больных бронхиальной астмой с умеренным оксидативным стрессом общее число пациентов с признаками диастолической дисфункции было сопоставимо с группой больных БА с выраженным ОС: 63 чел. (52,2%) против 102 чел. (65,4%). Однако в группе больных БА с выраженным ОС статистически значимо возросло количество пациентов с более тяжелыми типами диастолической дисфункции – псевдонормальным и рестриктивным.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ИБС И ХОБЛ

Донскова А.Ю. (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель: к.м.н. Локоткош М.С.

Астраханский Государственный Медицинский Университет

*Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом
последипломного образования*

(зав.каф. – д.м.н., проф. Б.Н.Левитан)

Актуальность проблемы: В повседневной работе врачу–терапевту постоянно приходится решать лечебно–диагностические вопросы наиболее

распространенной сочетанной легочной и сердечной патологии, к которым можно отнести ХОБЛ и ИБС.

Цель научного исследования: Определение патофизиологических особенностей сочетанного течения ИБС и ХОБЛ.

Материалы и методы: С помощью эхокардиографии было проведено исследование у 27 пациентов мужчин кардиологического и пульмонологического отделений ГБУЗ АМОКБ: 10 больных ХОБЛ (60-65 лет), 7 больных ХОБЛ в сочетании с ИБС (61-66 лет) и 10 больных ИБС без легочной патологии (57-60 лет).

Результаты исследования: В результате проведенного эхокардиографического исследования выяснилось, что у больных ХОБЛ и ХОБЛ в сочетании с ИБС наблюдались процессы ремоделирования левого желудочка и правого желудочка. У больных ХОБЛ отмечались признаки гипертрофии правого желудочка и увеличение его размеров. В группе больных с сочетанием ХОБЛ и ИБС отмечается выраженное увеличение размеров и толщины стенок левого желудочка и правого желудочка, снижение насосной функции левого желудочка, а так же значительное увеличение давления в легочной артерии.

Вывод: Для больных старшей возрастной группы (больше 60 лет),

характерна полиморбидность. У больных ИБС сочетающейся с ХОБЛ, преобладают нарушения функции внешнего дыхания. У больных ХОБЛ в сочетании с ИБС гипоксемия носит смешанный характер, т.к. обструктивные нарушения функций внешнего дыхания сопровождаются нарушением газообменной функции легких, за счет ретроградного застоя в малом круге кровообращения. Взаимоотягивающее влияние ИБС и ХОБЛ определяют рациональность назначения лекарственных средств.

Таким образом, сочетание ХОБЛ и ИБС является прогностически неблагоприятным, вследствие взаимного патогенетического отягивания течения заболеваний и раннего развития хронического легочного сердца.

КОРОНАРОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИБС

Хадиев Д.М. (IV курс , лечебный факультет)

Научный руководитель - к.м.н Локотош М.С.,

зав. кабинетом рентгенохирургических методов диагностики и
лечения Янпольский А.С.

*Астраханский Государственный Медицинский Университет
Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом
последипломного образования(зав. каф. – д.м.н. проф. Б.Н.Левитан)*

Актуальность проблемы: диагностика ишемической болезни сердца является наиболее актуальной проблемой современной кардиологии, а коронарография является наиболее точным и достоверным способом диагностики ишемической болезни сердца, позволяя точно определить характер, место и степень сужения сосудов сердца.

Цель научного исследования: определение особенностей поражения коронарных сосудов, при ИБС.

Материалы и методы: анализ 100 протоколов коронарографии проведенных в ГБУЗ АМОКБ

Результат исследования: в результате исследования выяснилось, что при коронарографии наиболее часто изменения в коронарных артериях встречаются у лиц мужского пола – 69% а так же у пациентов в возрасте после 50 лет. По частоте поражения коронарных артерий отметилась следующая градация: наиболее часто встречались стенозы в проксимальном и среднем сегменте передней нисходящей – 55%, правой коронарной артерии – 41% и огибающей артерии - 6%. У большинства пациентов преобладал правый тип

кровообращения миокарда – 83%, левой – 12%, сбалансированный – 5%. Кальциноз коронарных артерий наблюдался у – 8%, а так же аномалии развития встречались редко – менее 2%.

Вывод: коронарография является «золотым стандартом» диагностики ИБС и позволяет качественно проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями маскирующими ИБС.

ОСТРАЯ ДИЛАТАЦИЯ ЖЕЛУДКА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ПАЦИЕНТКИ С ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЕЙ

Ажгалиева Д.М. (IV курс, лечебный факультет)

Верещагина К.А. (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель - к.м.н., доцент Горбанев Е.А.

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с
курсом последипломного образования
(зав. каф. – д.м.н. проф. Б.Н.Левитан)*

Введение. Острая дилатация желудка является малоизвестной проблемой и относительно редкой патологией.

Цель. Целью работы является анализ клинико-патологоанатомического наблюдения и полученной информации из литературных источников, для более подробного изучения данной патологии, диагностики и оказания медицинской помощи.

Методы. В работе использовались: клинический, инструментальный, биохимический, морфологический и гистологический методы.

Результаты. Результаты патологоанатомического вскрытия показали, что была допущена диагностическая ошибка.

Причиной остановки сердца послужила - острая дилатация желудка, несмотря на исправный кардиостимулятор.

Вывод. На основании проведенного анализа данных - установлено у пациентки больной сахарным диабетом развитие острой дилатации желудка, а своевременная диагностика и оказание медицинской помощи - механической эвакуации пищи из желудка - способствовало бы благоприятному исходу заболевания.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Азатхан С.Г. (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н. Козлова О.С.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра кардиологии ФПО (зав. каф. – д.м.н. Чичкова М.А.)

Тромболитическая терапия является одним из самых распространенных и эффективных способов реперфузии у больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), применяемым в кратчайшие сроки от начала болевого приступа. Тромболизис эффективен у 40-60% пациентов с ИМпSTи в настоящее время не существует методов, позволяющих достоверно прогнозировать его эффективность [Hiscock M., 2012].

Цель исследования: Определить клинико-прогностические критерии эффективности тромболитической терапии у больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы исследования: Клинические данные 50 пациентов с ИМпST (м-36; ж-14). Средний возраст обследованных составил $59,4 \pm 1,75$ лет. Всем пациентам была проведена системная тромболизиса тизимом в дозе 100 мг. В зависимости от результатов ЭКГ пациенты разделены на 2 группы. Группа I - пациенты с ИМпSTс эффективным тромболизисом (n=38). Группа II - пациенты с ИМпSTс неэффективным тромболизисом (n=12).

Результаты: Неэффективный тромболизис наблюдался чаще среди мужчин (92%) по сравнению с женщинами (8%) ($p < 0,05$). При анализе эффективности тромболитической терапии возрастных различий выявлено не было. Время от начала ангинозного приступа до начала введения тизима в I группе исследования составило 3,6 часа, во II группе 5,2 часа ($p < 0,05$). Критерием неэффективности тромболизиса во II группе исследования послужило достоверное преобладание повторного инфаркта миокарда переднее-перегородочной локализации. Пациенты II группы достоверно чаще имели в анамнезе артериальную гипертензию, нарушения ритма сердца и сахарный диабет, по сравнению с пациентами I группы (91,7% и 86,8%; 66,7% и 44,7%; 41,7% и 13,1% соответственно, ($p < 0,05$)).

Выводы: 1. У пациентов с ИМпST тромболитическая терапия

наиболее эффективна в первые 5 часов.2. Предикторами неэффективного тромболизиса у пациентов с ИМПСТ являются: мужской пол, перенесенный инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, нарушения ритма сердца и острый ИМпередне-перегородочной локализации.

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНОВ И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У СТУДЕНТОВ АСТРАХАНСКОГО ГМУ

Казьмирчук Е.Е. (IV курс, лечебный факультет),
Одишелашвили Л.Г.(IV курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – д.м.н., Е.Г. Овсянникова

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней
с курсом последипломного образования
(зав. каф. – д.м.н. проф. Б.Н.Левитан)*

Актуальность: проблема здорового питания студентов — одна из самых актуальных в наши дни. К сожалению, статистика последних лет показывает резкое увеличение среди студентов медицинских ВУЗов частоты нервных срывов и истощения организма. Предотвратить такие последствия можно за счет рационального потребления продуктов, содержащих достаточное количество витаминов и микроэлементов, необходимых для нормально функционирования организма в целом.

Цель исследования: выявить возможный дефицит витаминов и микроэлементов в рационе питания студентов Астраханского ГМУ.

Материалы и методы: исследование проводилось среди студентов 1 и 6 курса, с использованием опросника - «Анкеты студента Астраханского ГМУ» в рамках научно-исследовательской работы кафедры факультетской терапии Астраханского государственного медицинского университета. В анкетировании приняли участие 120 студентов. Из них 70 человек составили студенты 1-го курса в возрасте от 17 до 22 лет, соотношение женщин и мужчин: 2:1; 50 человек – студенты 6 курса в возрасте от 22 до 28 лет, соотношение женщин и мужчин: 1:1. Анкета состояла из 23 вопросов, ориентированных на изучение и составление рациона питания каждого студента. В процессе исследования проводилось сравнение

рациона питания студентов 1 и 6 курса в сопоставлении нормами. Обработка полученных данных выполнялась в редакторе Excel-2003.

Результаты и обсуждения: В результате проведенного исследования, были получены следующие результаты: среди студентов 1 курса выявлен наибольший дефицит следующих витаминов: В1-69%, А-50%, С-43%, В12- 20% , D - 20%; микроэлементов: Fe-34%. У студентов 6 курса наибольший дефицит составили витамины: С-75%, В1-35%, В12-15%, А-15%, D-10%, среди микроэлементов преобладал дефицит железа – более 90%.

Вывод: таким образом, полученные данные свидетельствуют о дефиците основных витаминов и микроэлементов в рационе питания опрошенных и указывают на необходимость разработки правильной формулы питания для студентов Астраханского ГМУ.

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ ХСН

А.Ш. Курмаева(VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель - к.м.н., ассистент Ибрагимова Д.М.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной терапии(Зав. каф. - д.м.н. А.А. Демидов.)

Хроническая сердечная недостаточность является одной из экстрацеребральных причин, приводящих к патологии мозгового кровообращения, способствуя формированию и прогрессированию когнитивных расстройств. Данные нарушения существенно снижают качество жизни пожилых людей и приводят к социальной дезадаптации.

Цель: изучить взаимосвязь тяжести хронической сердечной недостаточности с когнитивными нарушениями у пациентов пожилого возраста, выявить зависимость данных нарушений от пола и возраста.

Материал и методы исследования: проведено исследование пациентов с ХСН различной степени выраженности, находящихся на лечении в 2014 г. в терапевтическом отделении ГБУЗ АО «ГКБ №2 им. Братьев Губиных». Для исследования когнитивных функций использовались нейропсихологические тесты (MMSE, тест рисования часов, проба Лурия, тест Шульте).

Результаты исследований: проведено исследование 22 пациентов

с ХСН. Женщин – 13 (59%), мужчин – 9 (41%). Возраст исследуемых от 56 до 94 лет, средний возраст женщин составил 81 год, у мужчин – 76 лет. У 16 пациентов (73%) с ХСН были выявлены когнитивные нарушения. При ХСН II ФК преддементные состояния преобладают среди женщин – 5 (31%) пациентов, среди мужчин – 3 (19%). При ХСН III ФК деменция легкой степени отмечается у 2 (13%) женщин и 3 (19%) мужчин. При ХСН IV ФК деменция умеренной степени выраженности установлена у 1 пациентки (6%), среди мужчин – выявлена только деменция легкой степени у 2 пациентов (13%).

Выводы: среди лиц пожилого возраста с ХСН в диагнозе были выявлены когнитивные нарушения более чем у 70% пациентов. Степень выраженности нарушений когнитивных функций прямо пропорционально степени выраженности ХСН, длительности хронизации процесса, зависит от пола и возраста. При ХСН II ФК отмечались преддементные состояния; при ХСН III ФК – деменция легкой степени; при ХСН IV ФК деменция умеренной степени выраженности обнаружена у 1 пациентки, среди мужчин – выявляется деменция легкой степени. Коррекция когнитивных нарушений у этой категории больных требует пристального внимания и участия специалистов различных профилей, что позволит достичь оптимизации сердечно-сосудистой терапии и улучшения качества жизни и прогноза заболевания в целом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

А.Ш. Курмаева (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доцент Болгова М.Ю.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней

с курсом последипломного образования

(зав. каф. – д.м.н. проф. Б.Н. Левитан)

Эндокринная офтальмопатия – самостоятельное аутоиммунное заболевание, отличающееся прогрессирующим течением.

Цель. Проанализировать влияние пульс-терапии глюкокортикоидами в процессе лечения эндокринной офтальмопатии.

Материалы и методы. 15 историй болезни пациентов с

эндокринной офтальмопатией, получавших пульс-терапию преднизолоном (по методу Бровкиной Н.Д.), на базе эндокринологического отделения ГБУЗ АО АМ ОКБ г. Астрахани за 2014 г. Критерии для выбора пациентов: отёчно-инфильтративная форма офтальмопатии, миопатия, активная фаза с выраженными воспалительными изменениями, отёком зрительного нерва. Эутиреоз у 8 – результат тиреоидэктомии и терапии левотироксином, у 7 – медикаментозный. Состояние пациентов отслеживалось с использованием клинических, лабораторных методов, полного офтальмологического осмотра, компьютерной томографии орбит.

Результаты. У 10 пациентов получен ответ на введение кортикостероидов - улучшилась субъективная симптоматика. Объективно улучшение было зарегистрировано у 9 больных. В 5 случаях - не было получено подтверждения положительной динамики воспалительного процесса. Ухудшения течения заболевания не регистрировалось. В группе «с улучшением» - большинство составили пациенты с удалённой щитовидной железой - 7 человек и средним сроком течения офтальмопатии до 6 мес. Осложнения: у 1 пациентки курс лечения был прерван в связи с обострением хронического эрозивного гастродуоденита. В двух случаях зарегистрировано нарушение углеводного обмена: 1 случай сахарного диабета, 1 случай нарушения толерантности к углеводам. 1 - надпочечниковая недостаточность.

Выводы. Обоснованное, своевременно начатое (6 мес. от дебюта заболевания), интенсивное противовоспалительное лечение (пульс-терапия глюкокортикоидами) с большей вероятностью позволяет достичь улучшения у больных с эндокринной офтальмопатией. Дополнительным фактором для получения положительной динамики при лечении эндокринной офтальмопатии следует считать отсутствие щитовидной железы (тиреоидная ткань является основным стимулятором для образования перекрёстно-реагирующих антител). Состояние стойкого эутиреоза – также один из основных аргументов для проведения эффективной терапии офтальмопатии.

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО И ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

М.М. Локтионова (V курс, леч. фак.),

А.Г. Айвазян (V курс, леч. фак.),

А.С. Базарова (VI курс, леч. фак.),

К.С. Кудрицкая (IV курс, леч. фак.)

Научные руководители – д.м.н., проф. И.В.Демко,

д.м.н., доц. Е.А. Собко

Красноярский государственный медицинский университет им.

проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра внутренних болезней №2

(зав.каф. – д.м.н., проф. И.В. Демко)

Бронхиальная астма (БА) является одним из самых распространенных заболеваний респираторного тракта. Несмотря на достижения в изучении системного воспаления и функционального состояния сосудистого эндотелия, недостаточно информации о формировании эндотелиальной дисфункции и ремоделировании сердца при данном заболевании.

Цель исследования: оценка состояния респираторной системы, параметров системного воспаления и их влияния на структурно-функциональные показатели левых и правых отделов сердца при БА.

Материалы и методы. Обследовано 244 человек: 204 больных БА среднетяжелого и тяжелого течения в период обострения и в динамике через 12 месяцев и 40 практически здоровых лиц. Изучали функцию внешнего дыхания, уровни ФНО- α , ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6, С-реактивного белка, нейтрофильной эластазы, молекулы sCD31/sPECAM-1, экспрессию CD38 на лимфоцитах, структурно-функциональные показатели правых и левых отделов сердца.

Результаты. У больных БА параллельно степени тяжести нарастают признаки системного воспаления и эндотелиальной дисфункции, более выраженные в период обострения. Наиболее информативным маркером активности воспалительного процесса, отражающим фазу заболевания, является ИЛ-6. Ремоделирование левого желудочка у больных БА сочетается с развитием диастолической дисфункции. Несмотря на сопоставимые с контролем морфометрические показатели правых отделов, в период обострения заболевания наблюдалось ухудшение показателей, отражающих диастолическую функцию. Системное воспаление, бронхиальная

обструкция, эндотелиальная дисфункция и нарушение диастолической функции правого и левого желудочка взаимосвязаны: уровни ФНО- α , ИЛ-4 в плазме крови и масса миокарда ЛЖ; уровень ИЛ-6 в плазме крови и время изоволюмического расслабления ЛЖ; отношение ОФВ₁/ФЖЕЛ и показатель Е/А ЛЖ; уровень экспрессии CD38 на лимфоцитах крови и содержание sCD31 в плазме крови; содержание CD38+ лимфоцитов в крови и показатель Е/А ПЖ.

Выводы. В формировании нарушений функции сердечной мышцы у пациентов с БА большую роль играет уровень бронхиальной обструкции, системное воспаление и дисфункция эндотелия, что необходимо учитывать при составлении плана обследования и лечения.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕНОВ HLA КЛАССА II У ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ ПОЛЛИНОЗАМИ

А.В. Мишенская (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель - к.м.н. доцент Е.Е. Андреева.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра поликлинического дела, скорой медицинской помощи с курсом семейной медицины (зав. каф. - д.м.н. проф. Е.А. Попов)

1. Гены HLA регулируют функции практически всех иммунокомпетентных структур и реализацию иммунного ответа на уровне популяции лимфоидных клеток.

2. Молекулы HLA II класса играют основную роль в патогенезе аллергического воспаления, непосредственно оказывая влияние на выработку специфических иммуноглобулинов класса E.

3. Имеются существенные различия в характере установленных ассоциаций полинозов с системой HLA. Необходимо выяснить механизм ассоциаций между полинозами и продуктами HLA.

4. Формирование прогностического сценария для больных полинозами людей.

Цель исследования: Усовершенствовать методы диагностики и прогнозирования полинозов на основе изучения особенностей распределения генов HLA класса II у больных аллергическим ринитом и аллергической формой бронхиальной астмы.

Метод исследования продуктов комплекса HLA (аллельных вариантов генов DRB1 и DQB1) – PCR (полимеразная цепная реакция).
Материал исследования - венозная кровь пациентов, страдающих

поллинозами.

Объект исследования – люди страдающие поллинозами, наблюдавшиеся у врача-аллерголога АМОКБ.

С целью изучения иммуногенетических аспектов поллиноза нами было проведено исследование иммуногенетического статуса у 61 человека в популяции русских астраханской геногеографической зоны. Все пациенты находились на амбулаторном или стационарном обследовании и лечении у врача-аллерголога Александрo-Мариинской областной клинической больницы (АМОКБ) с диагнозом аллергического ринита (АР) или аллергической формы бронхиальной астмы (АФБА). У 31 больного, вошедшего в анализируемую выборку, диагностирован АР у 30 пациентов – АФБА в сочетании с АР. Для получения новых данных о существующих ассоциативных связях между продуктами HLA и поллинозами, нами проведен поиск иммуногенетических маркеров из числа специфичностей HLA класса II локусов DR и DQ.

Результаты. 1. «Универсальными» маркерами повышенного риска развития поллинозов в популяции русских астраханской геногеографической зоны являются группа аллелей HLA-DRB1*08. «Универсальным» маркером резистентности к развитию поллинозов является аллель HLA-DQB1*0301.

2. Маркером предрасположенности к развитию АР является аллель HLA-DRB1*15(02). Маркером резистентности к развитию АР являются аллели HLA-DRB1*01, DRB1*07.

3. Иммуногенетическими маркерами повышенного риска развития АФБА является специфичность HLA-DQB1*05. Резистентность к развитию АФБА ассоциирована с аллельными вариантами HLA-DQB1*0302, DQB1*06.

Вывод. 1. Особенности HLA-фенотипа пациентов могут быть использованы в качестве дополнительного критерия для разработки долговременного индивидуального прогноза характера течения поллинозов, в первую очередь, для оценки риска развития у больных аллергическим ринитом бронхиальной астмы. 2. Формирование групп высокого риска развития поллинозов среди здорового населения в популяции.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫМ ДЕМПИНГ-СИНДРОМОМ

В.С. Антонян (IV курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доц. В.В. Антонян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

(зав.каф. – д.м.н., проф. А.А.Панов)

Актуальность. Выраженность и продолжительность анемии при постгастрорезекционном демпинг-синдроме значительно влияют на качество жизни больного, а в некоторых случаях приобретают ведущую роль в летальном исходе. Патогенез ассоциированной с болезнями оперированного желудка анемии имеет ряд особенностей.

Цель исследования. Изучение различных факторов патогенеза анемии, наблюдавшейся у пациентов с постгастрорезекционным демпинг-синдромом.

Материалы и методы. Проведено клинико-лабораторное обследование 80 больных с постгастрорезекционным демпинг-синдромом различной степени тяжести. Большая часть обследованных приходилась на мужчин (47 больных (58,75%) в возрасте от 30 до 50 лет. Общий анализ крови выполняли на автоматическом гематологическом анализаторе «CoulterAc». Анемию диагностировали согласно критериям ВОЗ при уровне гемоглобина менее 13 г/дл для мужчин и менее 12 г/дл для женщин.

Результаты и их обсуждение. Постгастрорезекционная анемия выявлялась у 23 больных (28,75%), перенесших резекцию желудка. Встречалась в двух вариантах: гипохромная железодефицитная анемия – 18 пациентов (22,5%), гиперхромная В₁₂-дефицитная анемия – 5 пациентов (6,25%). Причиной железодефицитной анемии служили кровотечения из пептической язвы анастомоза или эрозий слизистой оболочки при рефлюкс-гастрите у 6 больных (7,5%), которые нередко протекали скрыто. Развитию этого варианта анемии способствовали нарушения ионизации и резорбции железа вследствие ускоренного пассажа по тонкой кишке и атрофического энтерита. После резекции желудка возможно выпадение продукции внутреннего фактора, что резко понижает утилизацию витамина В₁₂, а также фолиевой кислоты. Этому же способствует изменение кишечной микрофлоры. Дисбиоз кишечника был выявлен у 72% обследованных и выражался снижением роста лакто- и

бифидобактерий, увеличением роста условно-патогенных энтеробактерий, клостридий, дрожжей. Дефицит данных витаминов приводит к мегалобластическому кроветворению и развитию гиперхромной анемии.

Вывод. Анемия у больных после резекции желудка имеет сложный патогенез. Наличие анемического синдрома ухудшает качество жизни пациента и обуславливает необходимость полного обследования и комплексной терапии с учётом влияния всех патогенетических факторов её развития.

УРОВЕНЬ ПРОНАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗАМИ ПЕЧЕНИ

К.Ю.Мельникова (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. Т.Р.Касьянова

Астраханский государственный медицинский университет

*Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом
последипломного образования*

(зав.каф. – д.м.н., проф. Б.Н. Левитан)

В последние годы внимание ученых стали больше привлекать внеорганные поражения при циррозе печени (ЦП), особенно со стороны сердца. Актуальным является изучение дополнительных критериев цирротической кардиомиопатии, в т.ч. изменение концентрации натрийуретического пептида. Ценность определения данного кардиомаркера объясняется повышением его уровня в крови при бессимптомной левожелудочковой дисфункции.

Цель исследования: изучение уровня пронатрийуретического пептида (Nt-proBNP) в плазме крови у больных ЦП.

Материалы и методы. Уровень Nt-proBNP исследовали у 80 пациентов с ЦП (42 мужчин и 38 женщин в возрасте от 30 до 50 лет). Критерии исключения: ИБС, артериальная гипертензия, хронические заболевания легких. Уровень Nt-proBNP в плазме крови определяли методом ИФА с помощью фирмы «Biomedica», (Германия). Контрольную группу (КГ) составили 25 практически здоровых человек

Результаты и их обсуждение. Уровень Nt-proBNP у больных ЦП составил 51,2 [14,5; 123] фмоль/мл, что достоверно выше данного показателя в КГ - 11,3 [7,5; 16,2] фмоль/мл ($p < 0,001$). 2-3-х кратное превышение нормы отмечено у 43,7% больных, 3-5-и кратное – у 20% и более чем 5-кратное – у 15%. Выявлены достоверные различия Nt-proBNP между классами «А» (28 [14,2; 45] фмоль/мл) и «С» (89 [65; 126] фмоль/мл) по классификации Child-Pugh при ЦП ($H=21,0$, $p=0,0002$). В

группе больных с выраженной портальной гипертензией (ПГ) (33%) уровень Nt-proBNP был значимо выше (85 [68; 161] фмоль/мл), чем в группе сравнения с минимальными проявлениями ПГ (67%) (43 [16; 82] фмоль/мл) ($p < 0,001$).

Выводы. Как показывает данное исследование, Nt-proBNP, являющийся маркером левожелудочковой дисфункции миокарда, в т.ч. бессимптомной, реагирует на патологические изменения в печени, и в большей степени на нарушения портальной гемодинамики и выраженность ПГ.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

КОНГЛОМЕРАТНАЯ ФОРМА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Ж. А. Джакслыкова (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д. м. н., профессор Р. Д. Мустафин

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии

(зав.каф. – д. м. н., проф. Р. Д. Мустафин)

Актуальность: Острая спаечная кишечная непроходимость остается серьезной проблемой хирургии. Особое место занимает конгломератная форма кишечной непроходимости, операции при которой отличаются исключительной сложностью и нередко заканчиваются образованием кишечных свищей. Одним из вариантов решения проблемы послужило формирование обходного еюнотрансверзоанастомоза без разделения спаечных конгломератов.

Цель: Оценить возможности наложения обходного анастомоза при конгломератной форме кишечной непроходимости.

Материалы и методы: Нами наблюдались 3 мужчин и 2 женщины в возрасте от 32 до 74 лет. В анамнезе у каждого пациента были 1-2 операции (аппендэктомия, лапаротомия по поводу ножевого ранения, резекция сигмовидной кишки, удаление кисты яичника, операция по поводу разрыва толстой кишки). Трем больным была проведена вынужденная резекция спаечного конгломерата с наложением энтеро-энтероанастомоза «бок-в-бок». Двум больным была выполнена операция еюнотрансверзоанастомоза без разделения спаечных конгломератов.

Результаты и обсуждение: Продолжительность операции с резекцией кишки составила 320 ± 12 минут, с обходным анастомозом – 245 ± 18 минут. Послеоперационный период у 4 больных протекал без осложнений, сроки стационарного лечения составили $9,5 \pm 1,5$ дней. Умер один пациент на 14-е сутки после резекции спаечного конгломерата от острого инфаркта миокарда. Через 2 месяца повторно госпитализирована одна больная с эпизодом частичной кишечной непроходимости, разрешившейся консервативно.

Выводы: Наложение еюнотрасверзоанастомоза позволяет уменьшить продолжительность и травматичность операции, риск послеоперационных осложнений и сроки пребывания больных в стационаре.

КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ (ПОРОКИ РАЗВИТИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ)

Гвазава Г.Г. (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. Молдавская А.А.
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра анатомии (зав. – д.м.н., проф. Удочкина Л.А.)

Решение задач, которые стоят перед здравоохранением России по охране здоровья населения, немыслимо без глубокого и всестороннего изучения основных закономерностей индивидуального развития и выяснения механизмов, регулирующих функцию органов в антенатальном и постнатальном периодах жизни. Интерес к изучению развития производных пищеварительной трубки, в частности, толстой кишки в пренатальном периоде онтогенеза диктуется сравнительно частым возникновением различных пороков развития: долихоколон, мегаколон, атрезии, стенозы, удвоение отделов толстой кишки. Среди большого разнообразия форм патологий брюшной полости врожденные пороки толстой кишки занимают пятое место среди всех пороков в развитии пищеварительной трубки у детей. Большинство аномалий, по данным ряда авторов, сопровождаются функциональными нарушениями кишечника. При врожденных пороках толстой кишки (мега- и долихосигма, стенозы и атрезии) возникают разновидности кишечной непроходимости, дающий высокий процент летальных исходов. Аномалии толстого кишечника и илеоцекальной области занимают значительное место среди хирургических заболеваний органов брюшной области, так как в этом отделе пищеварительного тракта развиваются опухоли, туберкулезная инфекция, функциональные изменения (недостаточность илеоцекальной

заслонки), воспаления, обменные нарушения, аномалии развития.

Цель исследования – изучить и проанализировать факторы риска, способствующие возникновению вариантов и аномалий отделов толстой кишки и приводящие к развитию различных форм кишечной непроходимости у новорожденных и детей раннего возраста.

Методы исследования: Использованы и проанализированы серии срезов зародышей человека 25, 33, 37 мм ТКД, а также препараты плодов и новорожденных

Таким образом, определены и проанализированы предрасполагающие факторы риска, приводящие на ранних этапах внутриутробного развития к возникновению вариантов и аномалий отделов тонкой и толстой кишки, способствующие развитию механизмов к появлению различных форм кишечной непроходимости у детей и взрослых.

ХИРУРГИЯ ТРАВМ ПЕЧЕНИ

А.Ю. Донскова (IVкурс, лечебный факультет)

Научный руководитель - д.м.н, профессор Р.Д. Мустафин
Астраханский Государственный Медицинский Университет

Кафедра факультетской хирургии
(зав.каф. – д.м.н., проф. Р.Д.Мустафин)

Актуальность проблемы: Повреждения печени, встречающиеся у 15-20% пациентов с травмой органов брюшной полости, относятся к наиболее серьезным по тяжести и сложности в диагностике и лечении состояниям в хирургии.

Цель исследования: Проанализировать непосредственные результаты хирургического лечения повреждений печени по данным клиники факультетской хирургии.

Материалы и методы: За период с 2009 по 2014 гг. было оперировано 13 больных с повреждениями печени. Возраст пострадавших - от 18 до 52 лет. Мужчин было 7 (54%), женщин – 6 (46%). Изолированные повреждения имели место у 3, сочетанные – у 10. Колото-резанные раны отмечались у 7 больных (54%), закрытые повреждения - у 5 больных (38%) и огнестрельное ранение - у 1 больного (8%). Бытовые травмы были у 7 человек (53,8%), транспортные – у 4 (30,7%), и промышленные - у 2 человек (15,5%).

Результаты исследования: По степени повреждения больные разделились следующим образом: II степень – 6 человек (46%), I степень – 5 человек (38%) и III степень – 2 человека (16%). При этом чаще была повреждена левая доля (54%).

Тяжесть закрытых повреждений печени была связана с объемом кровопотери и наличием сопутствующих повреждений грудной клетки и головного мозга.

Всем больным была выполнена лапаротомия с ушиванием ран печени. Умерли двое пациентов. Летальный исход был связан с поздней доставкой больного в медицинское учреждение и тяжестью сопутствующей патологии.

Выводы: Прогноз при повреждении печени (независимо от ее причины) связан со временем доставки пациента в стационар и тяжестью сопутствующих повреждений.

ЛЕЧЕНИЕ ДИРОФИЛЯРИОЗ ЧЕЛОВЕКА С ПОЗИЦИИ ВРАЧА ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

О.В. Мартынова(IV курс, лечебный факультет),

Е.С. Хаустова(IV курс, лечебный факультет),

А.В. Курскова (IV курс, лечебный факультет)

Научные руководители – д.м.н., профессор Мустафин Р.Д.,

к.м.н., доцент Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии

(зав. каф. – д.м.н., проф. Р.Д. Мустафин)

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

На территории Астраханской области за период 1951 – 2012 гг. зарегистрировано 84 случая дирофиляриоза человека. С 2001 по 2012 гг. на территории Астраханской области выявлено 43 человека с дирофиляриозом, в т.ч. женщины – 74,4% (32 чл.), мужчины – 25,6% (11 чл.).

Дирофилярии – тонкие нитевидные нематоды белого цвета (с лат. *diro* - жесткий, *repens* - ползучий, *immitis* - жестокий). Размеры половозрелых самок: длина *D. repens* достигает 135-170мм, самцов-50-70 мм, максимальная ширина тела - 1,2 мм.

Паразит локализовался: в области век – 20 сл. (46,5%), в области лба – 6 сл. (14,0%), в области волосистой части головы – 4 сл. (9,4%), в области верхних конечностей – 7 сл. (16,3%). Единичные случаи локализации отмечались в области лица, груди и нижних конечностей – по 2 сл. (4,6%). Во всех случаях предъявлялись жалобы на боль, жжение, гиперемию и отечность пораженного участка. Более половины всех больных – 23 чл. (53,5%) отмечали миграцию паразита под кожей.

Выставлялись диагнозы: «липома» - 13 сл. (30,2%), «дирофиляриоз» - 16 сл. (37,2%), «атерома» - 6 сл. (14,0%), «инородное тело» и «новообразование» - по 2 сл. (по 4,7%). В единичных случаях (по 2,3%) выставлялись диагнозы: «аллергический отек», «фурункул», «дракункулез» и «варикозное расширение вен». Во всех случаях у людей извлекался один гельминт. В 88,4% случаев (38 чл.) на исследование доставлялся живой гельминт, удаленный у человека. В 11,6% случаев полностью удалить гельминта не удавалось и на контрольное исследование доставлялись фрагменты нематоды. Размеры извлеченных гельминтов колебались от 40 до 150 мм. В 19 сл. (44,2%) размер колебался от 100 до 130 мм. Все паразиты были удалены хирургическим путем и идентифицированы специалистами, как самка нематоды *Dirofilaria imens*.

Таким образом, за последние годы отмечается увеличение числа случаев дирофиляриоза среди жителей Астраханской области, эндемичной по данному заболеванию, чему способствуют климатические и социально значимые факторы. За период 2001 – 2012 годов нами описано и изучено 43 случая этого заболевания среди населения в возрасте от 4 до 68 лет.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АДЕНОИДНОТОНЗИЛЛЯРНОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ

Т.Ф. Асфандияров (V курс, лечебный факультет),
В.В. Старцева (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., профессор, Ю. В. Назарочкин
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра оториноларингологии и офтальмологии
(зав. каф. – д.м.н., проф., Ю. В. Назарочкин)

Аденоидные вегетации остаются актуальной проблемой. Цель нашего исследования: усовершенствовать лечение больных с аденоидноtonsиллярной гиперплазией. Под нашим наблюдением находились 50 в возрасте от 2 до 15 лет. Пациенты, оперированные под общей анестезией с видеоэндоскопическим ассистированием, после пробуждения отмечали нормализацию дыхания. Возврат заболевания в течение 2 летнего периода не наблюдался. Среди пациентов оперированных традиционно: местная анестезия, «слепая» аденотомия по Бекману, - отмечены эпизоды возврата заболевания, послеоперационные кровотечения. Вывод: хирургическое лечение больных гипертрофии аденоидноtonsиллярной гиперплазии оправдано, предполагает релаксацию больного, видеоэндоскопическое ассистирование, минимальную травматичность.

О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЛЕГКОГО

О.В. Мартынова (IV курс, лечебный факультет)

Научные руководители – д.м.н., профессор Р.Д. Мустафин,
к.м.н., доцент Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии

(зав. каф. – д.м.н., проф. Р.Д. Мустафин)

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

Эхинококкоз остается распространенным паразитарным заболеванием, и часто сопровождается тяжелыми осложнениями, требующими неоднократных операций. Вопрос о целесообразности выполнения одномоментных операций при сочетанном поражении печени и легкого до настоящего времени не решен.

Цель работы – оценка возможности выполнения и преимущества одномоментных операций при двойной локализации эхинококковых кист.

В Астраханской области с 2008 по 2014 год по поводу эхинококка оперированы 56 пациентов. Из них локализация паразита в печени встречалась в 67,8%; в легком в 8,9%; локализация «печень+легкое» в 10,7%; атипичная локализация - в 12,5% случаев.

В 83,3% (5сл) операция производилась в два этапа, при этом первым этапом являлась операция на легком. Наиболее часто выполняли перидистэктомию с резекцией пораженного участка органа (легкого на первом этапе операции и печени на втором). У одного пациента, готовившегося к выполнению этапной операции, возникло подозрение на нагноение кисты печени, в связи с чем операция начата с лапаротомии, при этом удалось выполнить одномоментное вмешательство на легком через дополнительный диафрагмотомический разрез.

Средняя продолжительность операции на легком составила 110 минут, на печени – 118 минут, одномоментной операции – 280 минут. В группе больных, оперированных в два этапа, средняя общая продолжительность пребывания в стационаре составила 23±3,5 дней, у пациента, оперированного одномоментно – 11 дней. Продолжительность амбулаторного этапа соответственно – 4,5±0,5 месяцев и 2,5 месяца.

Выводы: Несмотря на техническую сложность и длительность одномоментных операций, их выполнение позволяет сократить продолжительность хирургического этапа лечения больного с сочетанным поражением печени и правого легкого.41

ПОВРЕЖДЕНИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

М.Л. Ясуев (VI курс лечебный факультет),
Я.У. Ибихаджиев (III курс лечебный факультет)
Научный руководитель – д.м.н., проф. Р.Д. Мустафин
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской хирургии
(зав.каф. – д.м.н., проф. Р.Д. Мустафин)

Цель: проанализировать непосредственные результаты операций отключения 12-перстной кишки при ее повреждениях. Материал и методы: нами были проанализированы данные из историй болезни с апреля 2008 г. по декабрь 2014 г. За этот период в клинике факультетской хирургии было оперировано пятеро больных с повреждениями 12-перстной кишки. Мужчин – 2, женщин – 3, возраст – от 23 до 72 лет. В двух случаях имело место травматическое повреждение, в одном – с повреждением головки поджелудочной железы, в одном – перфоративный дивертикулит, в двух – повреждение кишки при выполнении эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Результаты: у пациента с ранее ушитым в ЦРБ разрывом 12-перстной кишки возникла несостоятельность швов, он дважды оперирован: выполнено формирование концевой дуоденостомы и санация брюшной полости. У больного с травмой 12-перстной кишки и головки поджелудочной железы развился панкреонекроз, при повторной операции выполнено отключение 12-перстной кишки, гастроэнтеростомия, парапанкреатическая некроеквестрэктомия, дренирование абсцессов. У пациенток после трансдуоденальной папиллотомии выполнена операция: лапаротомия, отключение 12-перстной кишки гастроэнтероанастомозом по Ру и прошиванием привратника. У пациентки с перфоративным дивертикулитом и забрюшинной флегмоной выполнена резекция дивертикула и отключение 12-перстной кишки (антрумэктомия с гастроэнтероанастомозом по Ру), дренирование холедоха, дренирование забрюшинной флегмоны. Умер один больной после сочетанной травмы 12-перстной кишки и поджелудочной железы от кровотечения из верхней брыжеечной вены. Пациенту с концевой дуоденостомой через 6 месяцев выполнена реконструктивная операция. Состояние пациенток после отключения 12-перстной кишки к моменту выписки и при осмотре через 3 и 6 месяцев удовлетворительное.

Выводы: при повреждении ДПК при сроках операции более 4-6 часов с момента травмы считаем целесообразным выполнять операцию отключения 12-перстной кишки. Декомпрессию желчных путей считаем обязательной процедурой.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ И МЕХАНИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Д.В. Рубан (клинический ординатор)

М.Л. Ясуев (VI курс лечебный факультет)

Научный руководитель – А.В. Павлов

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра сердечно-сосудистой хирургии ФПО

(зав.каф. – к.м.н. Д.Г. Тарасов)

Цель данного исследования: сравнительный анализ эффективности использования биологических и механических протезов при патологии аортального клапана (АК).

Материал и методы: с апреля 2009 г. по сентябрь 2014 г. в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава РФ (г. Астрахань) было выполнено 353 изолированных протезирования АК, из них 194 (55%) биопротезирования (1-я группа), в 159 (45%) случаях использовались механические протезы (2-я группа). В обеих группах у большинства больных клиника сердечной недостаточности (СН) соответствовала 3 ФК (NYHA). В 1-й группе было 92 (47,4%) женщины и 102 (52,6%) мужчины, средний возраст - $64,2 \pm 6,8$ лет. Во 2-й группе было 65 (41%) женщин, 94 (59%) мужчины, средний возраст $54,7 \pm 7,1$ лет.

Результаты и обсуждение: в 1-й группе в раннем послеоперационном периоде возникли: тромбоз протеза - 1 (0,5%), тампонада сердца - 1 (0,5%), геморрагический инсульт - 1 (0,5%). Летальность - 2 (1%) пациента. В 2-й группе: ОПН - 1 (0,6%), тампонада сердца - 4 (2,5%), мезентериальный тромбоз - 1 (0,6%), АВ-блокада III ст. - 1 (0,6%), коронароспазм - 1 (0,6%), ОНМК - 3 (1,9%), полиорганная недостаточность - 1 (0,6%), летальность - 4 (2,5%) пациента. В 1-й группе отдаленные результаты были прослежены у 98 человек. По результатам ЭхоКС: средняя ФВ - $57,4 \pm 5,6\%$ (исходно $56,7 \pm 8,1\%$), средний КСО - $47,4 \pm 21,2$ мл ($56,0 \pm 8,1$ мл) ($p < 0,001$), средний КДО - $108,8 \pm 32,9$ мл ($130,0 \pm 51,7$ мл) ($p < 0,001$). Во 2-й группе также у 98 человек были проанализированы отдаленные результаты. Тромбоз протеза развился у 4 человек. Парапротезная фистула развилась у 1 пациента, протезный эндокардит - у 1 пациента, острый инфаркт миокарда - у 1 пациента. По результатам ЭхоКС: средняя ФВ - $64 \pm 4,3\%$ ($52,8 \pm 7,2\%$), средний КДО - $125,4 \pm 24,5$ мл

(135,7±48,4 мл) ($p<0,001$), средний КСО – 57,6±16,7 мл (63,5±32,1 мл) ($p<0,001$). В обеих группах у большинства больных отмечались субъективное улучшение состояния, снижение класса СН. По данным ЭхоКС в обеих группах имеется положительная динамика, снизились объёмные показатели левого желудочка.

Выводы: протезирование является эффективным способом лечения патологии АК. Данный метод сопровождается низкими показателями летальности и осложнений. Ближайшие и отдаленные результаты в группах больных с механическим и биологическим протезированием соизмеримы.

ДИАГНОСТИКА ДЕСТРУКТИВНОГО АППЕНДИЦИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Алиева З. А. (III курс, педиатрический факультет) ,
Янибекова Н. Н. (III курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель - д.м.н. доцент Кчибеков Э. А.
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней
(зав.каф. – д.м.н. проф. Журнаджянц В. А.)

Острый аппендицит - наиболее частое хирургическое заболевание органов брюшной полости. Это заболевание в основе которого лежит воспаление аппендикса. В настоящее время это наиболее встречающееся хирургическое заболевание.

Целью данной работы было изучение белков острой фазы воспаления (С-реактивный белок - СРБ, лактоферрин -ЛФ, в сыворотках крови больных с острым аппендицитом.

Объем и методы исследования: обследованы 68 больных в возрасте от 18 до 76 лет, из них 18 с острым катаральным аппендицитом, 28- с флегмонозным аппендицитом, 12 - с гангренозным аппендицитом , поступивших в экстренном порядке в хирургическом отделении ГКБ № 3 г. Астрахани. В сыворотке крови больных до оперативного лечения или непосредственно в день операции и повторно через 3-5 дней после оперативного вмешательства методом радиальной иммунодиффузии (мг%) и иммуноферментного анализа (нг/мл) исследовались концентрации С-реактивного белка (СРБ) и лактоферрина (ЛФ).

В сыворотке крови этих больных гиперлактоферринемия отмечена у 97% пациентов в диапазоне концентраций 1175-4320 нг/мл. При этом наиболее высокая концентрация ЛФ отмечается при деструктивных формах острого аппендицита

В сыворотке крови больных с острыми аппендицитом СРБ регистрируется в 0,5 % до 16,0 мг%. Повышение СРБ в крови отражает наличие более тяжелых форм воспалительного процесса в частности деструктивных форм острого аппендицита. При катаральных формах аппендицита концентрация СРБ равна 0,5-1мг%. В случае деструктивных форм концентрация до 16 мг%.

Значительное повышение количества ЛФ и СРБ в сыворотке свидетельствует о наличии осложненных гнойно-деструктивных форм аппендицита, а также о возникновении послеоперационных осложнений.

Вывод: Полученные предварительные результаты дают основание предполагать целесообразность применения иммунохимических тестов на белки-реагенты в диагностике неотложной хирургической патологии.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АМЕБНЫХ АБСЦЕССАХ ПЕЧЕНИ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА

Ризаева Г.А. (III курс педиатрический факультет),
Тахтарова А.И. (III курс педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н., доц. Деточкин А.Н.

Астраханский Государственный Медицинский Университет
Кафедра хирургических болезней
(зав.кафедрой – д.м.н., проф. Журнаджьянц В.А.)

Амебный абсцесс печени – это гнойное воспаление печеночной ткани в результате некротизирующего действия дизентерийной амебы, занесенной порталным кровотоком из толстой кишки. Частота амебных абсцессов печени при амебиазе кишечника колеблется в широких пределах – от 1 – 25 %.

Целью данной работы является изучение методики малоинвазивных вмешательств при амебных абсцессах печени, а именно чрескожное дренирование абсцессов печени под контролем УЗИ, троакарами диаметром от 4 до 8 мм фирмы KENDALL ARGYLE (USA).

Объем и методы исследования: подвергнуты анализу результаты лечения 489 больных с абсцессами печени за период с 2007 по 2013 год. Женщин было 272, мужчин 217, из них детей до 14 лет 15 человек. Возраст больных колебался от 3х до 87 лет. Из них: одиночные абсцессы были у 278 больных – 56,8 %, множественные (2 и больше) у 211- 43,2%, в начальной стадии – 116 – 23,7%, гнойные – 373 – 76,3%.

Операция проводилась под местной анестезией 1% раствора

лидокаина и, как правило, пассивным методом. Активное дренирование (57 больных – 11,6%) проводилось вакуум системами на 0,2 атм только в случае уже сформировавшегося инфильтрационного вала вокруг абсцесса толщиной 6-7мм.

Всем больным в дальнейшем проводилась антибактериальная терапия цефтриаксоном и

Метронидазолом в средних терапевтических дозах, соответствующих весу и возрасту санация полости абсцесса метрогилом по 10-50 мл 1 раз в течении 3-4 дней.

Вывод: использование малоинвазивных вмешательств под контролем ультразвукового исследования позволило достигнуть хороших результатов в лечении данной патологии и является высокоэффективным методом лечения абсцессов печени и брюшной полости.

МЕТОД ДРЕНИРОВАНИЯ И ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПРИ БОЛЬШИХ И СЛОЖНЫХ ГРЫЖАХ

Юсупова Э. С. (III курс, педиатрический факультет),
Магомедова Т. Ш. (III курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель - д.м.н. доц. Кирилин Г.Е.
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней
(Зав.каф. – д.м.н. проф. Зурнаджянц В. А.)

Профилактика инфекционных раневых осложнений в послеоперационном периоде, особенно, по поводу больших и сложных послеоперационных вентральных грыж, является одним из основных стратегических вопросов их комплексного хирургического лечения

Цель работы. Разработать метод дренирования и диагностики воспалительного процесса послеоперационных ран.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели нами разработан способ дренирования послеоперационных ран при больших и сложных вентральных грыжах, который заключается в следующем: оба конца силиконовой трубки выводят наружу через дополнительные разрезы-проколы на расстоянии 3-5см от углов раны, причем перфорационные отверстия оставляют полностью на дне раны. Рану ушивают, а оба конца трубки фиксируют к коже лигатурой. На один конец трубки надевают заглушку, а на другой – гармошку, создавая разряжение. В послеоперационном периоде, по мере необходимости, заглушку и гармошку снимают, через конец трубки, где стояла заглушка шприцем вводят 50-100 мл раствора антисептика, надевают на противоположный

конец трубки гармошку и принудительно вручную растягивают ее, удаляя содержимое из послеоперационной раны. Затем гармошку снимают, промывают, и на оба конца трубки опять надевают заглушку и гармошку. Для определения степени выраженности воспаления, в отделяемом из послеоперационных ран исследовали уровни острофазовых белков-ферритина(Ф) и лактоферина(ЛФ), отвечающих за воспалительную реакцию тканей.

Данный способ (приоритетная справка №2010115863 (022495) приоритет от 21.04.10г.) дренирования послеоперационной раны разработан на кафедре хирургических болезней педиатрического факультета АГМУ и прошел успешную апробацию в хирургических отделениях г.Астрахани у 317 больных. Предложенный нами метод благоприятно повлиял на лечение больных.

Выводы. Способ активного управляемого дренирования позволяет достичь гладкого течения послеоперационного периода, так как создаются более благоприятные условия, улучшающие как процессы регенерации тканей в области пластики, так и результаты операции в целом, способствуя снижению риска послеоперационных осложнений, таких как наличие сером и инфильтратов в области раны.

КОМОРБИДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ГЕМОРРОЕМ

А.И. Иванова (V курс, лечебный факультет),

А.С. Саликова (V курс, лечебный факультет)

Научные руководители: д.м. н, проф. С.Н. Стяжкина,

к.м.н, доц. М.Н. Климентов

Ижевская государственная медицинская академия

Кафедра факультетской хирургии

(зав.каф. – проф., д.м.н. В.В.Проничев)

Геморрой в структуре колопроктологических заболеваний занимает 1 место, распространенность составляет 115-120 человек на 1000 взрослого населения, основная масса больных – это люди трудоспособного возраста.

Цель работы: выявить сопутствующие заболевания у пациентов с геморроидальной болезнью.

Задачи: провести анкетирование больных геморроидальной болезнью, проанализировать полученные данные, на основе этих результатов выявить этиологические факторы возникновения геморроидальной болезни.

Материалы и методы: применяли анкету, составленную научным

руководителем и студентами.

Полученные результаты. В ходе исследования было опрошено 15 человек, пациентов с геморроидальной болезнью, находящихся на лечении в колопроктологическом отделении БУЗ УР «Первая РКБ МЗ УР». Среди пациентов мужчины составляют 65%, женщины – 35%. У 72% опрошенных заболевание длится на протяжении трех лет. В начале заболевания не обращаются за медицинской помощью в ЛПУ 87% пациентов, занимаются самолечением. Тяжелую физическую работу выполняют 71,5% опрошенных, у 20% - сидячая работа. Выделение крови струйкой отмечает 45% пациентов. Дискомфорт после акта дефекации наблюдается у 6 % опрошенных. Кровь на салфетке после акта дефекации была у 49% пациентов. У 43% больных встречается выпадение геморроидальных узлов из анального канала, у оставшихся выпадения узлов нет. Предъявляют жалобы на слабость, тошноту

9 % пациентов. Временный эффект консервативного лечения геморроя наблюдается у 83,4% больных. У 47% опрошенных были выявлены признаки дисплазии соединительной ткани: паховые грыжи -21,4%, варикозное расширение вен нижних конечностей – 43,6%, сколиоз- 12%, миопия-8%, плоскостопие – 15%.

Выводы. Таким образом, у 47% опрошенных были выявлены признаки дисплазии соединительной ткани: паховые грыжи-21,4%, варикозное расширение вен нижних конечностей-43,6%, сколиоз-12%, миопия-8%, плоскостопие-15%. Для профилактики и лечения геморроя на фоне дисплазии соединительной ткани рекомендуем для стимуляции коллагенообразования прием витаминов группы В, С, Е; хондропротекторы – хондроитин сульфат, глюкозамин сульфат; для коррекции биоэнергетического состояния организма –рибоксин, милдронат, рибофлавин.

РЕГИОНАЛЬНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА В СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ

Ш.М. Тарикулиев (аспирант кафедры общей хирургии
с курсом последипломного образования),

Е.А. Шацкова (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. Топчиев М.А.

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии с курсом последипломного образования
(зав. каф. – доц., проф. М.А. Топчиев)*

Цель работы - улучшить результаты комплексного лечения больных с эпителиально-копчиковым ходом в стадии абсцедирования.

Материал и методы: проанализированы результаты лечения и обследования 19 больных с эпителиально-копчиковым ходом в стадии

абсцедирования в возрасте от 17 до 28 лет. Мужчин было 13, женщин 6 человек, у которых перед операцией в проекции предполагаемого разреза в четырех точках, строго подкожно (ПК), вводился цефтриаксон 1,0+32 ед. лидазы, разведенных в 4 мл 2% лидокаина. Отступая до 1 см от места лимфотропного введения антибиотика, вводился подкожно в равных по объему 0,006 г полиоксидония, разведенного в 4 мл 0,9% раствора хлорида натрия. Местное ведение ран осуществлялось оксигенированными лекарственными препаратами (ОАП). перевязки осуществлялись ежедневно.

Группу сравнения составили 13 пациентов, сопоставимых по полу, возрасту с идентичной патологией, леченых традиционными способами введения аналогичных лекарственных препаратов и лечением ран повязками с левомеколем.

Эффективность лечения оценивались клинически, динамическим исследованием лабораторных и биохимических показателей крови, цитологическими и бактериологическими исследованиями, а также определением объема раневого дефекта мягких тканей, рН-метрией раневого экссудата.

Результаты и их обсуждение. На основании проведенного исследования выявлено, что в основной группе больных удастся сравнительно быстрее локализовать гнойный процесс в пределах поврежденных тканей и купировать острые воспалительные явления. Лимфатическая терапия с ведением ран марлевыми повязками, пропитанных ОАП повышают местную фагоцитарную активность микро- и макрофагов, так и общую защиту стенки ран и паравульнарных тканей от этиологического фактора. Все это усиливает регенеративную активность клеточных и биохимических составляющих воспалительного раневого процесса и способствует более быстрому переходу раневого процесса в фазу регенерации, что в конечном итоге уменьшает сроки стационарного лечения в среднем на $5 \pm 0,4$ койко-дней.

ТРАВМА, ТРАВМАТИЗМ И ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ПЕРЕЛОМЫ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

А.А. Селезнев (III курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н., ассистент Э.Э. Арустамян
Астраханский Государственный Медицинский Университет
Кафедра травматологии и ортопедии
(зав. каф. – д.м.н. С.В. Дианов)

Переломы позвонков относятся к серьезным повреждениям опорно-двигательной системы. Они занимают относительно скромное место в травматологии детского возраста (1—2%), однако при неправильном лечении могут привести к значительным последствиям, вплоть до инвалидности (асептический некроз позвонка, кифосколиоз и др.). Клиническая диагностика переломов позвоночника у детей бывает затруднена в связи с укоренившимся представлением о том, что переломы позвоночника в детском возрасте почти не встречаются.

Целью данной работы является оценка соотношения механизма травмы и локализации повреждений позвонков у детей и подростков. Полученные закономерности позволят улучшить оказание медицинской помощи пациентам с переломами позвонком.

В работу был положен материал травматологического центра I уровня ГБУЗ АО ОДКБ им. Н.Н. Силищевой. Были изучены истории болезни, данные рентгенологического исследования, компьютерной томографии детей, находившихся на стационарном лечении с неосложненными переломами позвонков различной локализации в 2013 – 2014 гг. Возраст пациентов варьировал от 6 до 16 лет. Производилась оценка адекватности механизма получения травмы имеющимся повреждениям: количеству поврежденных позвонков, а также локализации переломов.

Было отмечено, что данные компьютерной томографии показывают более детально повреждения позвонков. Отмечены случаи расхождения в количестве поврежденных позвонков при клинико-рентгенологическом исследовании и компьютерной томографии.

Также были выявлены несоответствия в имеющихся повреждениях позвонков и характере механизма травмы. Довольно незначительное воздействие приводило к перелому нескольких позвонков.

Выявленные особенности требуют дальнейшего изучения с привлечением дополнительных методов исследования, не входящих в стандарт оказания медицинской помощи.

ТОРАКОПЛАСТИКА РЕТРОСТЕРНАЛЬНОЙ ПЛАСТИНОЙ ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Шихахмедов М. Н. (VI курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – Д.м.н. профессор Гончарова Л.А.
Астраханский Государственный Медицинский Университет
Кафедра детской хирургии (зав. каф. – д.м.н. А.А. Жидовинов)

В современной детской ортопедии широко используются инновационные технологии для коррекции различных врожденных пороков развития скелета.

Одним из таких пороков является воронкообразная деформация грудной клетки, клиника которой может варьировать, от незначительных косметических дефектов до выраженных осложнений со стороны сердечно сосудистой и дыхательной систем.

Распространенность заболевания по данным П.А. Королева за 2011г. составляет 0,06 - 2,3%.

Отсутствие единого метода оперативного лечения является предпосылкой к поиску наиболее оптимальных методов лечения.

Целью сообщения является повышение эффективности оперативного лечения воронкообразной грудной клетки по методике, разработанной в детской ортопедической клинике г.Астрахани, посредством анализа результатов наших наблюдений.

В детское ортопедическое отделение ОДКБ №1 г. Астрахани в течение последних 10 лет были госпитализированы с показаниями для оперативного лечения 18 детей с данной патологией. Возраст детей от 5 до 16 лет, преобладали мальчики (15 пациентов).

В результате проведенного хирургического лечения у всех 18 детей достигнута коррекция данного дефекта. У 13 детей послеоперационный период протекал без осложнений, у 5 возникли осложнения: пневмо-гидроторакс, гемоторакс, застойная пневмония, межтканевая гематома. Данные осложнения были ликвидированы к моменту выписки пациентов.

Выводы. Наш опыт свидетельствует, что торакопластика ретростернальной пластиной является эффективным методом лечения данной патологии.

ОСТРАЯ И РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ КРИВОШЕЯ У ДЕТЕЙ

С.Г. Курбанова(IV курс, педиатрический факультет),
С.Б. Новрузбекова(IV курс, педиатрический факультет),
А.Н. Терешкевич (IV курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель - д.м.н., профессор Л.А.Гончарова
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра детской хирургии(зав.каф. – д.м.н., проф. Жидовинов А.А.)

Острая и рецидивирующая кривошея – это часто встречающаяся патология в детском возрасте, которая сопровождается неправильным положением головы с ограничением движений в шейном отделе позвоночника и резко выраженным болевым синдромом, требующая стационарного лечения.

Актуальность исследования обусловлена значительным ростом данной патологии и недостаточной изученностью этого вопроса (А.В. Губин «Острая кривошея у детей» 2010г.).

Целью нашего исследования является повышение эффективности лечения детей с указанной патологией, путем изучения причин и разработки мер профилактики.

Основной материал исследования - это дети, наблюдавшиеся в отделении травматологии и ортопедии ОДКБ им. Силищевой г. Астрахани за 2014год, с ротационным подвывихом С1-С2 позвонков, их истории болезней (463), рентгенограммы, данные КТ-исследования, а также анкеты (85).

Результаты позволили выявить, что большинство детей относилось к мужскому полу, преобладали пациенты в возрасте от 7 до 11 лет; наблюдалось большее количество правосторонних деформаций (249). Путем инструментальных исследований обнаружены диспластические изменения зубовидного отростка и других костных структур шейного отдела позвоночника.

Выводы: Острая кривошея у детей - это патология шейного отдела позвоночника, которая встречается в основном у мальчиков в возрасте от 7 до 11 лет, на фоне активного сгибательно - вращательного движения. Причиной рецидивирующей кривошеи являются диспластические процессы костной структуры и слабость связочного аппарата.

ПАТОЛОГИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ г. АСТРАХАНИ

А.В. Стрельникова (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доц. А.Н. Тарасов

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра травматологии и ортопедии

(зав. каф. – д.м.н., доц. С.В. Дианов)

Главное экономическое последствие потери здоровья в детском возрасте – это уменьшение численности трудового потенциала страны. В связи с этим актуальна ранняя диагностика, лечение и профилактика заболеваний костно-мышечной системы.

Цель исследования – изучение ортопедической заболеваемости детей для рационального планирования диагностики и лечения.

Рассмотрены структура и распространенность патологии опорно-двигательной системы у детей в 2014 году на примере ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника №5». Было обследовано 700 детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет, из них 355 мальчиков и 345 девочек.

Установлено, что у детей среди отклонений со стороны костно-мышечной системы превалирует патология стоп (382 ребенка, или 54,6%). При этом изменения обладают возрастной избирательностью. Так, средний возраст детей с вальгусной установкой стоп (122 ребенка, или 29,3%) составил $2,0 \pm 1,2$ лет, плоско-вальгусными стопами (76 детей, или 18,2%) – $5,6 \pm 3,0$ лет, плоскостопием (29 детей, или 6,9%) – $11,3 \pm 2,6$ лет и вальгусным отклонением I пальца стопы (6 детей, или 1,4%) – $12,5 \pm 2,2$ лет. Если при диагностировании плоскостопия не было отмечено половой избирательности, то вальгусное отклонение I пальца стопы определялось преимущественно у девочек и связано не с ношением обуви на высоком каблуке, а с наследственной предрасположенностью. У 254 детей выявлены нарушения осанки и сколиоз (36,3%). Средний возраст обследованных лиц с сутулой спиной составил $5,7 \pm 2,0$ лет, плоской спиной – $7,1 \pm 2,5$ лет, асимметричной осанкой – $9,4 \pm 2,6$ лет и со сколиозом – $11,3 \pm 3,1$ лет. Сколиоз (159 детей, или 22,7%) имеет половую избирательность, превалирует у девочек (91 девочка, 68 мальчиков). Среди структуральных сколиозов диагностированы: S-образный – 21, грудной – 18, грудно-поясничный – 75, поясничный – 43. У двух детей выявлен врожденный сколиоз.

Таким образом, у детей среди отклонений со стороны костно-мышечной системы превалируют патология стоп (54,6%), нарушения

осанки и сколиоз (36,3%). Для каждой формы заболевания характерны определенные сроки выявления. Эти данные позволяют улучшить диагностику ортопедических заболеваний и назначить своевременное квалифицированное лечение с систематическим наблюдением для профилактики прогрессирования заболевания.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ

Е.К. Дубова (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., профессор А.Н. Тарасов
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра травматологии, ортопедии (зав. – д.м.н. С.В. Дианов)*

Опухоли опорно-двигательной системы являются одним из самых трудных диагностическим и лечебным разделом ортопедии. Так как они поражают социально значимый контингент населения - детей и лиц молодого возраста, следует уделить этому вопросу больше внимания.

Цель исследования – проанализировать осложнения после хирургического лечения доброкачественных опухолей и опухолеподобных поражений костей.

В клинике травматологии и ортопедии на базе Александро-Мариинской областной клинической больницы и Областной детской клинической больницы им. Н.Н. Силищевой находилось 1491 больной в возрасте от 1 года до 74 лет, которым выполнены различные резекции костей по поводу доброкачественных опухолей и опухолеподобных поражений. Лиц мужского пола было 861, женского – 630. В зависимости от нозологической принадлежности костеобразующие опухоли составили 5,1 %, хрящеобразующие – 65,3 %, гигантоклеточная опухоль – 4,9 %, прочие – 1,1% и опухолеподобные поражения – 23,6 %.

Проведены следующие резекции кости: краевая – 617, внутриочаговая – 422, плоскостная – 351, сегментарная – 73 и резекция суставного конца – 28. На основе анализа полученных данных, было выявлено, что после хирургического лечения отмечены следующие осложнения: рецидивы – 45, остеомиелиты – 25, парезы нервов – 7, деформации сегментов конечности – 3, крионекрозы кожи – 3, кризы отторжения трансплантатов – 2, ложный сустав – 1 и патологический

перелом на уровне проведенной костной пластинки – 1. Изучение рецидивов при различных нозологических единицах выявило потенциально агрессивные процессы: гигантоклеточная опухоль (15,09 %), фиброзная дисплазия (6,02 %), юкстаартикулярная (5,26 %) и аневризмальная костная киста (4,55 %). При анализе возможного рецидивирования предпочтительнее выглядит криохирургическое пособие после внутривчавовых резекций (5,09 % рецидивов после криохирургических вмешательств и 5,44 % рецидивов после традиционных операций) и резекций суставного конца (6,67 % рецидивов после криохирургических вмешательств и 7,69 % - после традиционных операций).

Опухоли костей являются одним из труднейших разделов патологии, как с точки зрения своевременной правильной диагностики, так и с эффективных методов рационального лечения. Несмотря на значительный прогресс знаний в области костной патологии, необходимо предусматривать возможные осложнения и индивидуально планировать оперативное вмешательство.

ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНДИЛИТА

Ш.М. Алимагомедов(V курс, лечебный факультет),

Д.А. Качура (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.А. Челябинова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра травматологии и ортопедии

(зав.каф. – д.м.н., проф. С.В. Дианов

Спондилит — общее название воспалительных заболеваний позвоночника, преимущественно инфекционного происхождения, характерным признаком которых является первичное разрушение тел позвонков с последующей деформацией позвоночника.

Цель исследования - повышение эффективности консервативного лечения неспецифического спондилита в лечебных учреждениях АМОКБ, а так же корреляция результатов с уровнем кальция крови.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находился 31 больной, получающий консервативное лечение в период с 2011г. по 2014г. Больные были в возрасте от 22 до 78 лет. Патологический процесс локализовался в дисках поясничного отдела у 22 больных и грудного - 9. Консервативное лечение больных включало иммобилизацию пораженного отдела, интенсивную антибактериальную, дезинтоксикационную терапию

и иммунокоррекцию, а также симптоматическую, физиотерапию и лечебную физкультуру. Цикл лечения повторялся трижды с интервалом в 3 месяца.

Результаты и их обсуждение. Хорошим результатом лечения считалось костное блокирование позвонков, отсутствие болевого синдрома и неврологической симптоматики, восстановление движений в пораженном отделе позвоночника. Удовлетворительным результатом являлись фиброзная фиксация тел позвонков; снижение или периодический рецидив незначительного болевого синдрома при существовавших ранее неврологических расстройствах; ограничение движения в позвоночнике. Неудовлетворительный результат определяли по нестабильности заинтересованного сегмента, болевому синдрому; неврологическим проявлением нестабильности, отсутствие движения в скомпрометированном отделе позвоночника. При анализе уровня кальция в крови и качества сформированного блока отмечено, что чем выше уровень кальция, тем быстрее происходит формирование блока и лучше отдаленные исходы.

Вывод. Целенаправленная, антибактериальная, интенсивная противовоспалительная и дезинтоксикационная терапии, в сочетании с иммобилизацией позвоночника, дают возможность получить в большинстве случаев положительный результат и достигнуть стабильного излечения. Исход лечения находится в корреляционной зависимости от уровня кальция в крови.

РОЛЬ ЯТРОГЕНИЙ В ОЦЕНКЕ ТАНАТОГЕНЕЗА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

А.И.Семенец(V курс, лечебный факультет),

М.М.Батиева (V курс, лечебный факультет),

Научный руководитель - асс. Збруева Ю.В.

Астраханский государственный медицинский университет.

Кафедра судебной медицины(зав.каф – д.м.н., проф., Дзюваляков П.Г.)

Актуальность: дефекты оказания медицинской помощи при травматизме является острой медико-социальной проблемой, т.к. приводят к инвалидизации и смерти работоспособного населения.

Цель исследования: изучить дефекты оказания медицинской помощи и причины летальных исходов при механической травме, разработать методику экспертного анализа дефектов оказания медицинской помощи пострадавшим с механической травмой.

Материалы и методы: акты (заключения) судебно-медицинского исследования трупов, данные медицинских документов.

Выводы: 1. В ходе изучения случаев смертельных исходов от механической травмы выделены две группы вариантов танатогенеза. Первая группа: случаи с непосредственной причиной смерти, имеющей прямую связь с травматическими воздействиями: шок и кровопотеря, отёк и дислокация головного мозга, перитонит, восходящий отёк спинного мозга, жировая эмболия сосудов лёгких и головного мозга сильной степени. Вторая группа: случаи с непосредственной причиной смерти, опосредованно связанной с травмой: пневмония, тромбоэмболия лёгочной артерии, сепсис, желудочно-кишечное кровотечение, декомпенсация хронических заболеваний сердца и почек.

2. Наличие у пострадавших отягчающих факторов: возраст старше 60 лет, избыточный вес, дефицит массы тела, хронические заболевания сердца и почек, хроническое злоупотребление алкоголем – участвует в формировании непосредственных причин смерти в позднем посттравматическом периоде.

3. Основными факторами, приводящими к непосредственному смертельному исходу, в группе абсолютно смертельной травмы являются телесные повреждения. В группе тяжёлых повреждений без угрозы для жизни и повреждений средней тяжести формирование смертельных исходов обусловлено сопутствующей патологией, имевшей место до или возникшей в связи с травмой.

МЕДИЦИНА АСТРАХАНСКОГО КРАЯ

И. В. ДАВЫДОВСКИЙ И ЕГО ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КРАСНОЙ АРМИИ

У.Ч.Абдурахманова (I курс, педиатрический факультет),

С.Р.Салтереева (I курс, педиатрический факультет),

А.Р.Забиргалиева (I курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – ст. преподаватель Т.В. Лукоянова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра латинского и иностранных языков

(зав. каф. – д.ф.н., доцент С.И. Маджаева)

Ипполит Васильевич Давыдовский родился 20 июля (1 августа) 1887 года в семье местного священника. В 1905 году И.В. Давыдовский поступил на Медицинский факультет Московского университета. В 1921 году защитил докторскую диссертацию «Патологическая анатомия и патология сыпного тифа».

В конце января 1924 года утверждается заведующим отраслью лечебного отдела городского отдела здравоохранения. В 1925 году в преподавании частной патологической анатомии вместо органопатического он вводит нозологический принцип. По его инициативе с 1925 года в стране во всех лечебных учреждениях была введена обязательная регистрация биопсий, а с 1929 года все удаляемые хирургами материалы подлежат обязательному микроскопическому исследованию. Именно И.В. Давыдовский предложил повседневно применяемый ныне принцип сличения клинического и анатомического диагнозов, клинико-анатомические конференции, регистрацию врачебных ошибок.

В годы Великой Отечественной Войны И.В. Давыдовский, назначенный главным патологоанатомом эвакогоспиталей Наркомздрава СССР провел огромную работу по изучению огнестрельной раны человека и создал теорию раневого процесса. И.В. Давыдовский предлагает делить раны на две группы (раны первичной и вторичной классификации). Он также разрабатывает учение о гнойно-резорбтивной лихорадке, как осложнении ран. Ипполит Васильевич углубил учение о раневом процессе, а также о нагноении, как фазе регенерации раны. Именно при первостепенном участии И.В. Давыдовского, была создана единая военно-полевая хирургическая доктрина, благодаря применению которой выжили миллионы военнослужащих.

И.В. Давыдовский подготовил 13 докторов наук, 38 кандидатов и более сотни врачей. Он умер 11 июня 1968 года.

Деятельность Ипполита Васильевича, и особенно его научная работа, показали, что благодаря своему таланту, горению, неустанному стремлению двигать науку вперед, ставя ее на службу человеческому здоровью, — доктор мертвых вполне может стать доктором живых.

Н.Н. БУРДЕНКО – ОСНОВОПОЛОЖНИК ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ

Н.Н. Байtimiрова(I курс, педиатрический факультет),

Е.М. Ищенко (I курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – ст. преподаватель Т.В. Лукоянова
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра латинского и иностранных языков
(зав. каф. – д.ф.н., доцент С.И. Маджаева)

Николай Нилович Бурденко родился в Пензенской губернии, в селе Каменка Нижне-Ломовского уезда 22 мая 1876 года. Во время учебы в Юрьевском университете Николай Нилович участвовал добровольцем в Русско-Японской войне, летом в 1906 году он официально стал лекарем и остался работать в том же университете. В 1924 г. Николай Нилович занял пост директора в хирургической клинике и организовал там отделение нейрохирургии, а через пять лет был руководителем нейрохирургической клиники в Рентгеновском институте Наркомздрава. Сейчас там находится Институт нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко АМН России (тогда, с 1934 года Центральный нейрохирургический институт).

Именно с основания первого в мире нейрохирургического института начала свой путь развития новая наука о совершенных операциях на головном мозге и на нервных стволах – нейрохирургия. До научных исследований Николая Ниловича, операции на мозге проводились крайне редко и считались почти что nonsensом, но после разработок Н.Н. Бурденко они стали более массовыми. Открытия и изобретения Н.Н. Бурденко позволили упростить и обезопасить проведение довольно сложных операций, уникальных в своем роде, ведь до него никто не решался на подобное в мире медицины. Количество людей, которых спас от тяжелых заболеваний этот целеустремленный врач, исчислялось тысячами. Именно Н.Н. Бурденко нашел способы делать операции на самых сложных и глубоких участках головного и спинного мозга, оперировать твердую оболочку спинного мозга и делать пересадку различных участков нервной ткани на пораженные места. Для того чтобы поучиться у Н.Н. Бурденко его методикам ведения операций в Москву приезжали хирурги из-за границы: США, Англии, Швеции и других стран.

В 1933 году Николай Нилович Бурденко удостоился звания заслуженного деятеля науки РСФСР, затем, в 1939 году он получил звание академика Академии наук СССР.

После себя Николай Нилович Бурденко оставил свыше 400 научных работ. Его бесценный опыт и сейчас необходим хирургам, которые продолжают дело Н.Н. Бурденко в спасении жизни людей и восстановлении их здоровья.

ВКЛАД В ПОБЕДУ НАД ФАШИСТКОЙ ГЕРМАНИЕЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ АСТРАХАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Зайкова А.С. (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель - к.м.н., ст.преп. Волошенко К.В.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра латинского и иностранных языков

(зав.каф. – д.ф.н. Маджаева С.И.)

9 мая 2015 годы мы отмечаем знаменательную дату - 70-летие победы советского народа над фашисткой Германией. Внесли свой огромный вклад в борьбу против фашизма сотрудники АГМИ. Среди них, заслуженный врач РСФСР, ассистент кафедры факультетской хирургии выпускник АГМИ 1941 года, Служко Леон Людвигович (1917-1990). В сентябре 1942 года он призывается в Красную Армию. Тяжелое было время, враг был на подступах к Сталинграду, и Леон Людвигович назначается начальником хирургического отделения армейского полевого госпиталя, воевавшего в составе Сталинградского фронта. Тяжелые бои, длящиеся днем и ночью, сопровождались огромным количеством раненых, часто ранения головы сопровождались контузией. Требовалось знание, умение ориентироваться и быстро принимать решение. Трудно было вчерашнему выпускнику Леону Людвиговичу, но полученные знания и небольшой практический опыт в мирной жизни помогали ему, и уже в 1943 году он становится ведущим хирургом медикосанитарной роты 159 стрелковой дивизии. Затем Л.Л.Служко являлся ведущим хирургом медсанбата 8 гвардейской стрелковой дивизии. Участвовал он в штурме Кенигсберга, войну закончил в Берлине. За участие в Великой Отечественной войне Л.Л.Служко награжден был орденом «Красной Звезды Отечественной войны II степени», медалями за «Взятие Берлина», «За взятие Кенигсберга», «За Победу в Великой Отечественной войне».

Значимый вклад в победу над врагом внес Собгайда Олег Васильевич (1910-1985), кандидат медицинских наук, ассистент курса

травматологии и ортопедии. В 1941 году он старший хирург МСП. Полк, в котором находился Олег Васильевич Собгайда, входил в состав 6-ой армии Юго-Западного фронта и в мае 1942 года под Харьковом попал в окружение, впереди ожидал плен, немецкие лагеря для военнопленных под Киевом, в Кривом Роге (1942-1944). Нечеловеческие условия, рабский труд, не сломили дух Олега Васильевича, и он бежит из плена, переходит линию фронта под Кривым Рогом. Полевой военкомат направляет его в Сборно-пересыльный пункт, где после тщательной проверки, О.В.Собгайду направляют начальником общехирургической группы ОРМУ 5-го отдельного штурмового батальона. Ветеран Великой Отечественной войны О.В.Собгайда был награжден орденом «Красной Звезды», многочисленными медалями.

РАТНЫЙ ПОДВИГ СОТРУДНИКОВ АГМИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941-1945)

Лебедева Е.И. (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель - к.м.н., ст.преп. Волошенко К.В.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра латинского и иностранных языков

(зав.каф. – д.ф.н. Маджаева С.И.)

Навсегда останется в народной памяти подвиг советских людей в борьбе с фашизмом. Мы, благодарные потомки, должны помнить наших коллег, преподавателей и профессоров Астраханского медицинского института, которые внесли свой вклад в борьбу с захватчиками. Среди них, Маркина Зинаида Васильевна (1916-1997) кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой госпитальной терапии. С начала Великой Отечественной войны была призвана в армию. Работала в госпиталях, начальником терапевтического отделения, в конце войны была начальником медицинской части госпиталя. По тяжелым дорогам войны вместе с госпиталем дошла до Берлина. За лечение раненых и больных награждена орденом Красной Звезды и боевыми медалями.

Заведующая кафедрой фармакологии профессор Валентина Александровна Федорова (1917-2014) внесла свой вклад в победу над врагом. В июне 1943 года В.А.Федорова призвана в Красную Армию и получает назначение на 4-й Украинский фронт на должность эпидемиолога фронтового Военного санитарно-противоэпидемического отряда, базировавшегося в г. Шахты. А дальше дорогами войны - по Украине, Карпатам, Польше, Чехословакии. Военный эпидемиолог, В.А.Федорова в условиях военных действий выявляла источники

инфекционных заболеваний, обеззараживала источники водоснабжения, проводила различные дезинфекционные мероприятия, вела санитарно-гигиеническую работу среди населения в освобожденных от оккупации районах. После окончания войны (Прага 1945г. 9 Мая) она совершает длительный переезд в железнодорожном эшелоне на Дальний Восток, где санитарно-эпидемиологическая лаборатория ФВСПЭО, руководимая старшим лейтенантом Федоровой В.А., проделала весь путь в составе 3-х фронтов. Сутками работала лаборатория по бактериологическому исследованию, что исключило возможность возникновения эпидемиологических заболеваний. Профессор Федоровой В.А. была награждена многими боевыми наградами.

ВКЛАД СОТРУДНИКОВ АГМИ В ПОБЕДУ НАД ФАШИСТКОЙ ГЕРМАНИЕЙ

Ляшенко Ю.В. (I курс, лечебный факультет)
Научный руководитель - к.м.н., ст.преп. Волошенко К.В.
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра латинского и иностранных языков
(зав.каф. – д.ф.н. Маджаева С.И.)

Все дальше и дальше уходят в прошлое годы Великой Отечественной войны. Все меньше и меньше среди нас её солдат и офицеров, наших коллег. Мы не должны забывать ратный подвиг профессоров и преподавателей Астраханского медицинского института, которые принимали участие в освобождении Родины от вражеского нашествия.

9 мая 2015 годы мы отмечаем знаменательную дату - 70-летие победы советского народа над фашисткой Германией. Среди многих советских людей, внесших свой вклад в победу над врагом, были женщины-врачи, сотрудники АГМИ. Так, среди них, Афанасьева Капитолина Александровна (1919-1995) доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней педиатрического факультета. Выпускница АГМИ 1941 года К.А.Афанасьева уже с июля месяца назначается врачом эшелона, а в конце года направляется в инженерные войска в должности врача 30 отдельного саперного батальона 15 инженерно-саперной бригады 5 армии. Вместе с этим батальоном военврач III ранга К.А.Афанасьева прошла тяжелыми дорогами войны, выбиралась из окружения в Ростовской области и лишь в декабре 1942г. в районе ст. Котельниково, перейдя линию фронта, снова попала в армию. Она была назначена врачом медицинского пункта 9 армейского запасного

стрелкового полка.

Можно отметить вклад в победу над врагом, Гвоздковой Екатерины Марковны (1910-1993), кандидата медицинских наук, доцента кафедры акушерства и гинекологии. Выпускница Астраханского медицинского института (1934) после его окончания Е.М.Гвоздкова работала в комитете Красного Креста. В 1941 году она, как и многие ее сокурсники, уходит на фронт. В условиях военных будней ей пришлось изменить специальность, она начала работать хирургом, затем начальником хирургического отделения. Со своим госпиталем в составе III Украинского фронта она прошла по дорогам войны по территории Австрии, Венгрии, Чехословакии. За этот период Екатерина Марковна не только научилась хорошо оперировать и спасать раненых; вместе с профессиональным умением, приобретался опыт, мудрость, зрелость, несмотря на молодой возраст. Ветеран войны, Екатерина Марковна, была награждена орденом «Красной Звезды», медалью «За Победу в Великой Отечественной войне».

СОТРУДНИКИ АГМИ И ИХ ВКЛАД В ПОБЕДУ НАД ФАШИСТКОЙ ГЕРМАНИЕЙ

Чекунова Л.Н. (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель - к.м.н., ст.преп. Волошенко К.В.
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра латинского и иностранных языков
(зав.каф. – д.ф.н. Маджаева С.И.)

В мае 2015 годы мы отмечаем знаменательную дату - 70-летие победы советского народа над фашисткой Германией. Свой вклад в победу над врагом внесли сотрудники АГМИ. Так, кандидат медицинских наук, старший преподаватель курса гражданской обороны Лайко Федор Лукич (1910-1998), в годы войны являлся старшим врачом 21 мотострелкового полка 21 танковой дивизии. Федор Лукич участвовал в боях на Карельском перешейке, под Псковом, Старой Руссой. На Северо-Западном фронте он отвечал за организацию медицинской помощи раненым 202 стрелковой дивизии, так как был дивизионным врачом. Затем сражение на Курской дуге (лето 1943г.) в одном из самых горячих мест – станция Лопыри, а дальше выход на нашу государственную границу на р.Прут. С апреля 1944г. Ф.Л.Лайко - начальник госпиталя № 4330 27 армии. На нем лежит организация и обеспечение медицинской помощи сражающимся в Яссо-Кишиневской операции. Вместе с госпиталем прошел дорогами войны через Румынию, Венгрию, Австрию. В Вене встретил День Победы. Федор

Лукич Лайко являлся кавалером двух орденов «Красная Звезда», Отечественной войны II степени.

Мочалов Геннадий Павлович (1922-1999) кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета. Г.П.Мочалов начало войны встретил в школе связи Учебного отряда Северного Флота на Соловецких островах в Белом море. Служил на тральщике старшим матросом. С 1943г. экипаж тральщика № 38 разыскивал корабли каравана, следовавшего с гуманитарной помощью для нашей страны из Канады. За успешное выполнение задания Г.П.Мочалов был награжден медалью «За боевые заслуги». Позднее старшина II статьи был отправлен в специальную команду для выполнения задания Правительства сопровождать иностранные корабли в Мурманск, следующие из Англии. В составе 30 советских моряков он сопровождал миноносец «Линкольн», преодолевая минные поля и атаку подводных вражеских лодок. За этот трудный переход Г.П.Мочалов был удостоен медали имени «Адмирала Ушакова». Служба в 1944-1945гг. проходила на этом же миноносце, переименованном в «Дружный», старшим радиотелеграфистом. Г.П. Мочалов был награжден многими медалями и орденами.

70-ЛЕТИЕ ПОБЕДЫ НАД ФАШИСТСКОЙ ГЕРМАНИЕЙ И СОТРУДНИКИ АГМИ

Чуманова Е.В. (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель - к.м.н., ст.преп. Волошенко К.В.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра латинского и иностранных языков

(зав.каф. – д.ф.н. Маджаева С.И.)

Мы отмечаем знаменательную дату - 70-летие победы советского народа над фашистской Германией. В годы войны выполняли свой гражданский, патриотический, военный и профессиональный долг многие врачи. Среди них были и сотрудники АГМИ. Можно отметить, Тризно Николая Семеновича (1918-1989), кандидата медицинских наук, полковника медицинской службы, начальника военной кафедры. Выпускник Минского медицинского института (1940) с первых же дней войны был призван в армию в качестве младшего врача полка. Тяжелое было время, бои на территории Белоруссии были особенно ожесточенные. С первого же дня младшему врачу полка необходимо было заниматься организацией медицинского обеспечения, оказывать помощь легкораненым, направлять тяжело раненых в госпиталь, проводить

санитарно-просветительную работу и все это в условиях отступления. Пришли и радостные дни для командира медсанбата, когда в составе Белорусского фронта участвовал в освобождении Города Минска, но здесь поджидала беда, Николай Семенович получил ранение (1944) и был демобилизован. После демобилизации назначен был начальником медицинского обеспечения в г. Москве (1945-1946). Н.С.Тризно, ветеран Великой Отечественной войны, за участие в Великой Отечественной войне он был награжден 2 орденами «Красной Звезды», медалью «За Боевые Заслуги» и 5 юбилейными медалями.

Также можно отметить, Дьяченко Бориса Никаноровича (1924-1996) полковника медицинской службы, старшего преподавателя военной кафедры АГМИ. В декабре 1942г. Б. Н. Дьяченко мобилизовали в Красную Армию. Стал он курсантом полковой танковой школы в г. Саратове. После окончания школы Борис Никанорович направляется в г. Ульяновск в части, формируемые для фронта. Образованная маршевая рота была отправлена на 2-ой Прибалтийский фронт. Здесь Борис Никанорович начинает тяжелую службу. Дьяченко Борис Никанорович в составе 42-го отдельного батальона ранцевых огнеметов 19 штурмовой инженерно-саперной бригады участвовал в боях за освобождение Двинска, Риги и в ликвидации Курляндской группировки фашистских войск. Армия нуждалась в офицерских кадрах, и в апреле 1945г. Борис Никанорович был отправлен на учебу в Московское военно-инженерное училище. Полковник медицинской службы Б.Н. Дьяченко имел правительственные награды.

АННА АЛЕКСАНДРОВНА КУЗЬМИНА

М.А. Аджибаев(IV курс, лечебный факультет),

А.В. Лымарь (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.С. Аракельян

*Астраханский государственный медицинский университет
Секция краеведения (руководитель – к.м.н., доц. Р.С. Аракельян)*

Анна Александровна Кузьмина в 15 лет поступила в фельдшерско-акушерскую школу на лечебно-фельдшерский факультет г.Астрахани. Вот как Анна Александровна описывает начало войны: "22 июня - воскресенье, солнечный, безветренный, тихий и красивый день, я приехала к подругам, в п.Советский, мы собирались пойти купаться и вдруг по радио объявили что началась война."

Учеба началась не с сентября, а с 1 августа 1941 г, здание учебного заведения было отдано под госпиталь, а студентов перевели учиться в здание медицинского института на ул. Мечникова. В 8:00ч -

13:00ч мы помогали в госпиталях, т.к. их открылось много, обслуживающего персонала не хватало. Кто работал с медсестрой, а кто с носилками: в операционную, перевязочную и обратно, кормили раненных, ведь были без рук и ног, помогали писать письма. Учились с 16:00-22.00, до дома добирались почти всегда пешком, ибо трамвай ходил редко, а если приходил, то был переполненным.

Астрахань ощутила начало войны, ее жестокость, 23 июля 1941 г., около 22:00ч., немецкие самолеты начали бомбить Ассадуглаевские нефтяные хранилища, возник пожар и дым окутал весь город.

По словам Анны Александровны в госпиталях работа ладилась, ибо все были безотказными, очень дружными и всем хотелось дожить до Победы. 18 марта 1943 г., Анна Александровна стала выпускницей фельдшерско-акушерской и была направлена в Сталинград, ей было 16,5 лет, дорога была очень трудной. По приезду в Сталинград А.А. "мы были удивлены – это были развалины, не было ни одного дома, лишь вокзал, остальное все в руинах".

Некоторое время Анна Александровна работала с бойцами, их задачей являлась обследование подвалов, поиск и доставка раненых в госпиталь. Затем Анну Александровну перевели в г. Ленинск работать медсестрой в госпиталь, где находились советские и немецкие раненые.

Анна Александровна отмечает, что местное население было отзывчивым, часто приносили вишню ведрами, яблоки корзинами. Работали без выходных, после ночных дежурств шли по участкам для обследования местного населения во избежание инфекций. В конце июля госпиталь расформировали и ее направили работать в Астрахань. С 8 сентября А.А. Кузьмина работала в больнице завода им. Сталина медсестрой, и старшей, и патронажной, и с врачом.

За участие в Великой Отечественной войне награждена медалями: "За доблестный труд в ВОВ 1941- 1945гг." и 5 юбилейными медалями.

ПОСЛЕДНИЕ ПИСЬМА С ФРОНТА

В.З. Абакарова (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Секция краеведения (руководитель – к.м.н., доц. Р.С. Аракельян)

В мае 1963 года в связи с 60-летием со дня рождения Камиля Абакарова кумыкский писатель И.Керимов писал «Бывают моменты, когда с болью в сердце вспоминаешь дорогих товарищей, рано ушедших из жизни, кумыкский поэт К. Абакаров был одним из них. Он никогда не

писал о себе, а так же не хотел, чтоб писали о нем, так как был очень скромн».

Началась Великая Отечественная война. Разумеется, истинный писатель, педагог и патриот своей Родины Камиль Залибекович не мог сидеть в тиши кабинета, когда Отчизна была в беде. Он вместе с другими отважными сынами Страны гор отказался от представленной брони, оставил дома пятерых детей и добровольцем ушел на фронт. Погиб он в кровопролитных жестоких боях в Смоленской области возле деревни Алферово в 1943 году. О фронтовой жизни Камиля Абакарова, его мыслях, думах, надеждах ярко свидетельствуют его письма с фронта. Каждое из них – звено целой истории, рассказ о мужестве и героизме. Его письма говорят о жгучей любви к Родине. И вот некоторые из его писем: «Мое здоровье хорошее. Учимся на курсах по подготовке командиров. Когда станем ими, то будем бить врага еще сильнее, поэтому ждем этого дня с нетерпением. От вас не получаю писем, очень беспокоюсь. С Буйнакса со мной только один товарищ Огиенко Сергей. Учимся днем и ночью, отдыхаем всего 2 часа в сутки» (23 апреля 1942 год). А вот письмо, адресованное товарищам по школе, в которой он работал директором «Воспитывайте детей в духе преданности своей стране, учите их выдержанности, храбрости. Я работал с детьми на педагогическом фронте, а сейчас учу бойцов уничтожать фашистов. От своего имени и имени всех фронтовиков, прошу вас трудиться не покладая рук и воспитывать достойное поколение!» (16 октября 1942 год) «Сквозь рев ветра внезапно докатился басовитый нарастающий гул танков. Они шли развернутым строем, и за ними неотступно двигалась пехота. Казалось, что эту лавину ничем не удержать, что она безостановочно пройдет через позиции обороняющих. Но бойцов не смутил грозный вид атакующих. Огонь обороняющих был внезапным, мощным и точным. Мы остановили противника, нанеся сокрушительный удар» (28 апреля 1943 год). А эти фронтовые строчки он адресовал дочери (чье имя я ношу с рождения) «Вазипат, почему не пишешь о том, как ты учишься? Мы ведь договорились соревноваться. Сколько у тебя отличных отметок? А я тебе напишу, скольких фашистов я уничтожил. К 1 мая подведем итоги нашего соревнования, посмотрим, кто одержит победу» (27 апреля 1943 год). Из последнего письма, адресованного жене: «Маржан, мы сейчас готовимся к ожесточенным боям. Недалек день и час расплаты. Мы добьем фашистов, очистим родную землю от врагов и я обязательно вернусь домой с победой. Милая Маржан! Прошу, постарайся воспитать детей достойно! Вазипат и Абидина не отрывай от учебы, обучи их и выведи в люди, Магомед! Сын мой! Ты старший в семье, поэтому я возлагаю на тебя большую надежду. Вазипат и Абидин! Вы оба учитесь не

поднимая головы! Будьте людьми, в первую очередь! Помогайте матери, будьте честными! Выучите все мои поручения наизусть. Пишу это письмо ночью, поставив перед собой ваши фотографии. Пока пишу, выхожу из блиндажа проверить, все ли в порядке. Надеюсь, я увижу своих детей и тебя, милая моя Маржан!» Это письмо было последним.....не вернулся домой воин, не суждено было осуществиться его мечтам. в августе, 1943 года Камиля Абакарова не стало. Пожелтевший от времени листок бумаги хранит в себе печальную весть: «От товарища Абашева Джамала, фронтовой привет! Сообщаю, что с Камилем мы жили как родные братья больше двух лет! Со скорбью в сердце, вынужден сообщить, что теперь я потерял брата, а вы отца и мужа. 31 августа в 10 часов утра он погиб от ранения в голову, приношу вашей семье свои искренние соболезнования».

Давно сгладило время шрамы на Смоленской земле, за которую он отдал свою жизнь. Давно уже выросли дети Камиля Залибековича, воспитанные по заветам отца, выросли внуки, и выросла я – правнучка Камиля Залибековича. Но время не сотрет из памяти нашей семьи человека, который служит для нас примером по сей день!

ЕСТЬ ТАКАЯ ПРОФЕССИЯ: РОДИНУ ЗАЩИЩАТЬ

Д.С. Адамова(I курс, лечебный факультет),

А.Ю. Коровушкин (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Секция краеведения (руководитель – к.м.н., доц. Р.С. Аракельян)

С детства Александр мечтал о профессии врача. Его выбор был неслучайным - мама работала медицинской сестрой в одной из воинских частей, которые располагались рядом с их домом. Уже со школы он задумывается о будущей профессии, прилагает все усилия, чтобы стать хорошим специалистом. Сначала медицинское училище, потом медакадемия, которую он заканчивает в 1999 г. с Красным дипломом.

После окончания интернатуры по терапии, отказавшись от аспирантуры, 1 августа 2000 года в звании лейтенанта медицинской службы он приступает к своим обязанностям. В июле 2002 года ему предоставили небольшой очередной отпуск и Александр сумел выбраться

в гости к своим друзьям в Астрахань.

А потом... Спустя два месяца друзья узнали, что их друг принял первое (наверное, и последнее) боевое крещение. Утром 24 сентября 2002 г. он попадает в ингушский район Галашки. Те самые Галашки, о которых вскоре узнает весь мир. После приезда в город стало понятно то чувство, которое испытывают люди, вернувшиеся с войны в мирную жизнь...

Спустя два года весь цивилизованный мир содрогнулся от ужаса трагедии в Беслане. И вновь, как и прежде, в числе многих врачей, пришедших на помощь детям Беслана, оказался капитан Попрядухин. Он не ходил в школу, где находились заложники - он спасал детей там, под пулями, летевшими из школы. Под открытым небом без сна и без отдыха он оказывал помощь. То, что увидел он там, не дай бог увидеть никому. Мне довелось разговаривать с ним по телефону в момент штурма школы. В тот день все средства массовой информации показывали штурм школы. Мы знали, что Александр находится в родном Владикавказе и обеспечивает помощь пострадавшим в этой жуткой трагедии. Без задней мысли я набрал его номер телефона. Спустя какие-то мгновения трубку сняли, и я услышал грохот разрывов и свист пуль, а потом чужой голос, не похожий на Александра сказал: «Говорить не могу – мы в школе».

Сегодня майор медицинской службы запаса Александр Владимирович Попрядухин работает врачом в одном из санаториев города-курорта Ессентуки.

МЫ ПАМЯТЬ О НИХ ПРОНЕСЕМ СКВОЗЬ ВЕКА

М.С. Вайнберг (V курс, лечебный факультет)

Н.С. Андреасян (V курс, лечебный факультет)

А.М. Ибрагимбеков (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс. Ю.В.Збруева

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра судебной медицины

(зав.каф. – доцент, д.м.н. П.Г. Джужуаляков)

Великая Отечественная война – драматичный период в истории нашей страны. Советский народ внёс решающий вклад в разгром фашистской Германии и её союзников. Но следует комплексно подходить к изучению истории, рассматривая не только военные действия, но и медико-социальные аспекты этого периода.

Цель работы: сохранить память о героическом участии судебно-медицинских экспертов в годы Великой Отечественной войны.

Главным судебно-медицинским экспертом Михаилом Ивановичем

Авдеевым была разработана схема всех видов членовредительств, а так же способов их распознавания. Во время Отечественной войны работали на трудовом фронте Л.О.Барсегянц, К.И.Хижнякова, Ю.С.Сапожников. Участвовали в расследовании злодеяний фашистов над узниками концентрационного лагеря «Освенцим» О.Х.Поркшеян, В.И.Пухнаревича, Ф.И.Шкаравский.

Важная роль в Великой Отечественной войне принадлежит сотрудникам Астраханского государственного медицинского университета. Среди них следует отметить М.Г.Березу, Б.В.Савинич, В.А.Сундукова, И.В.Слепышкова.

Остается удивляться тому, как в нелегких условиях боевых действий эксперты-ученые умудрились проводить объемные исследования, которые не потеряли своей значимости и в настоящее время.

ГЕРОЙ НАШЕГО ВРЕМЕНИ – КАСАТКИН НИКОЛАЙ НИКОЛАЕВИЧ

О.В. Мартынова (IV курс, лечебный факультет),

Н.Ф. Имамутдинова (IV курс, лечебный факультет),

М.О. Еремеева (IV курс, лечебный факультет)

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.С. Аракельян
Астраханский государственный медицинский университет
Секция краеведения(руководитель – к.м.н., доц. Р.С. Аракельян)*

В 1976 г. Николай Николаевич поступил на лечебный факультет АГМИ. В августе 1980г. Н.Н. Касаткин покинул Астрахань для того, что бы продолжать обучение на Саратовском военно-медицинском факультете. Это решение сложилось под впечатлением фильма «Офицеры» и жизненного пути полковника медицинской службы Юрия Ивановича Тогобинского – начальника военной кафедры АГМИ. По словам Николая Николаевича: «За 2 года учебы на кафедре Юрий Иванович буквально пробудил во мне любовь к военной медицине. Это было судьбоносное решение и я ни разу не пожалел об этом». За год до окончания факультета, после соответствующего отбора, Н.Н. Касаткина определили в группу подготовки врачей для десантно-штурмовых частей. При распределении он был направлен в ГДР в 900-й отдельный десантно-штурмовой батальон специального назначения, дислоцировавшийся в Лейпциге. Касаткин Н.Н. – непосредственный участник подготовки военных в Афганистан (команда А-100), участник ликвидации последствий землетрясений в Армении.

В период с 10 по 12 декабря 1988 года возглавлял группу военных врачей по проведению медицинской сортировки пострадавших в

Ленинкане. 12 декабря направлен в город Спитак, где в течение 7 месяцев возглавлял санитарно – эпидемиологический отряд в зоне бедствия. Под руководством Николая Николаевича санитарно-эпидемиологический отряд выполнил полный комплекс противоэпидемических мероприятий, что позволило не допустить возникновения вспышек инфекционной заболеваемости среди населения, способствовал бесперебойному проведению аварийно-спасательных и восстановительных работ. В служебной командировке в 1996 г. находился в составе опергруппы медицинской службы. Николай Николаевич отвечал за организацию и проведение медицинской эвакуации раненных и больных на Северном Кавказе. В 2000 г. возглавлял оперативную группу медицинской службы северо-западного эвакуационного направления, а затем под командованием генерала Трошева Г.Н. – медслужбу объединённой группы войск с одновременным исполнением обязанностей начальника тыла ОГВ.

За 32 года ратной службы Николай Николаевич был удостоен различных наград: орден «За военные заслуги», большое количество благодарственных писем, в том числе письмо президента РФ Путина В.В. «За самоотверженность и отвагу, проявленные при защите Отечества», а также всевозможные медали и знаки.

ЭКСКУРСИЯ ПО ЗАЛУ БОЕВОЙ СЛАВЫ

А.Ю. Донскова (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Секция краеведения(руководитель – к.м.н., доц. Р.С. Аракельян)

Военная история села Николаевки очень богата. Село находится в 30 км от г. Астрахани. Здесь в сельской средней школе, в 1983 году был открыт Зал Боевой Славы. Это было не случайным решением. Историко-революционный и боевой путь воинов 28-й армии в годы ВОВ тесно переплелся с жителями с. Николаевка. В 1942 г в селе сформировались части и подразделения 28-й армии, авангард которых вел бой в Колмыцких степях. В селе побывали и пленные немцы. В том же 1942 году здесь находился госпиталь для тяжело раненных солдат.

Большая часть экспозиции Зала Боевой Славы посвящена нашим землякам - героям Советского Союза и односельчанам - участникам Великой Отечественной войны. На стендах расположены списки участников войны, их воспоминания и биографии. Не все они вернулись домой, но память о них навечно останется в стенах нашего музея.

Основу зала составляют витрины. Здесь собраны и представлены

личные вещи солдат, ордена, медали, пилотки, фляжки, саперные лопаты, солдатские каски, пулеметные ленты, пули, гранаты, осколки мин, снарядов, авиационных бомб, минометных снарядов, найденные на местах сражений в районах населённых пунктов Хулхуты, Ухты, Яшкуля, Сталинграда, Николаевки.

Работа в школьном музее ведётся поисковым отрядом «Звездочка». Ребята изучают славный путь 28-ой армии 1942-45 гг., собирают материал о женщинах-фронтовичках, работниках тыла, детях военного времени, ежегодно участвуют в раскопках на территории республики Калмыкия в составе сводного областного поискового отряда «Лотос».

Каждый год 23 февраля, 9 мая в Зале Боевой Славы проходят митинги, на которых собираются жители села. Звучат слова благодарности за подаренный мир, воспоминания о войне и мы бесконечно благодарны им за мирное небо над головой.

ДЕТИ – ГЕРОИ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

А.Н. Золотенкова (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Секция краеведения (руководитель – к.м.н., доц. Р.С. Аракельян)

Марат Казей участвовал в боях и неизменно проявлял отвагу, бесстрашие, вместе с опытными подрывниками минировал железную дорогу. Марат погиб в бою. Посмертно удостоен звания Героя Советского Союза.

Леня Голиков не раз ходил в разведку, приносил важные сведения в партизанский отряд. И летели под откос вражеские поезда, машины, рушились мосты, горели вражеские склады. 2 апреля 1944 года был опубликован указ Президиума Верховного Совета СССР о присвоении пионеру-партизану Лене Голикову звания Героя Советского Союза (посмертно).

Валя Котик. На его счету - шесть вражеских эшелонов, взорванных на пути к фронту, посмертно удостоила его званием Героя Советского Союза. Перед школой, в которой учился этот отважный пионер, поставлен ему памятник.

Зина Портнова. Стоял декабрь 1943 года. Зина возвращалась с задания. В деревне Мостище ее выдал предатель. Фашисты схватили юную партизанку, пытали. Родина посмертно отметила ее подвиг высшим своим званием - званием Героя Советского Союза.

Костя Кравчук. Отступая из Киева, два раненых бойца доверили

Косте знамена, которые он сумел сохранить при вражеской оккупации до 11 июня 1944 года.

Вася Коробко – разведчик в логове врага. В штабе фашистов он топил печи, колет дрова, а сам присматривается, запоминает, передает партизанам сведения. Родина наградила орденами Ленина, Красного Знамени, Отечественной войны 1 степени, медалью "Партизану Отечественной войны" 1 степени.

Надя Богданова. Её дважды казнили гитлеровцы, и боевые друзья долгие годы считали Надю погибшей, награждена орденами Красного Знамени, Отечественной войны 1 степени, медалями.

Саша Чекалин. В июле 1941 Александр Чекалин вступил добровольцем в истребительный отряд, затем в партизанский отряд, где стал разведчиком. Занимался сбором разведсведений о дислокации и численности немецких частей, их вооружении, маршрутах передвижения. Посмертно Александр Чекалин был награждён Звездой Героя Советского Союза 4 февраля 1942 года.

МЫ ПОМНИМ! МЫ НЕ ЗАБУДЕМ!

Н.М. Кошманова (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Секция краеведения (руководитель – к.м.н., доц.Р.С. Аракельян)

Война – это страшно! Война... Сколько боли, одиночества и слез несет в себе это слово!

За 1418 дней и ночей война унесла 26,6 млн. человек. Из них 6,3 млн. военнослужащих были убиты и умерли от ранений, 555 тыс. умерли от болезней, осуждены к расстрелу (по донесениям войск, лечебных учреждений, военных трибуналов) и 4,5 млн. попали в плен и пропали без вести. В Астрахани и Астраханской области погибло около 11,7 тыс. человек.

Ожесточенные бои под Астраханской областью были в 1942 году. "Беда пришла" в каждый дом, много было погибших и раненых. Не обошла война и мое родное село – село Воскресеновка Лиманского района Астраханской области. Это маленькое рыбацкое село близ Республики Калмыкия; маленькое, но со своей большой историей.

Много наших односельчан ушли на фронт, работали в тылу, на заводах, на рыбодобыче, скотоводством поставляя продукцию для солдат. Трудились все от мала до велика, оставляли семьи, родителей, родные дома. Было тяжело, голодно.

Вернулись не все, но каждая история - это вклад в Победу над фашизмом.

Трудами моих мамы и бабушки был проведен поиск архивных данных по Книгам Памяти Астраханской области. Найдено 72 фамилии. Усилиями односельчан список был доведен до 80 человек, собраны деньги на постановку памятной доски в центре села с фамилиями воевавших солдат. В селе открыли музей памяти павших солдат, где представлены ордена и медали разной степени, письма с фронта домой, атрибуты одежды, дневники войны.

Каждый год в нашем селе проходят памятные митинги не только в День Победы над фашистской Германией, но и 22 июня - в день начала Второй мировой войны. В митингах принимают участия не только ветераны, но и подрастающее поколение: подростки, школьники и дети дошкольного возраста.

Память о войне навсегда в наших сердцах!

Мы помним, мы не забудем!

ЛЮДМИЛА ФЕДОРОВНА ПАРФЕНОВА

А.В. Курскова (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Секция краеведения (руководитель – к.м.н., доц. Р.С. Аракельян)

В истории Великой Отечественной войны есть много имен детей и подростков, участвовавших в боевых операциях, в партизанских отрядах и в тылу врага, в борьбе с фашистами. «Сын полка», как любовно их называли взрослые. К такому поколению относится и Людмила Федоровна Парфенова.

Когда началась война, ей исполнилось 11 лет. С 24 июня, то есть с самого начала войны и организации Астраханского эвакогоспиталя № 1592, стала работать санитаркой. Девочка набивала и зашивала матрацы и подушки, заправляла кровати, создавала уют для раненых. По прибытии раненых посещала палаты, читала газеты и книги тяжелораненым, писала письма и участвовала в художественной самодеятельности.

В дальнейшем, взрослея, Людмила Федоровна стала участвовать в более квалифицированной работе – помогать сортировать поступавших раненых, перевязывать их, накладывать гипс, работать в операционной. Работая в госпитале, она закончила курсы РОКа и стала медицинской сестрой в приемно-сортировочной. Так было при массовом поступлении раненых в венгерском городе Кишкереш в 1944 году в связи с

ожесточенными боями у озера Балатон. Людмила Федоровна не выходила из госпиталя сутками, работая наравне со взрослыми. Здесь ей приходилось работать в гипсовом кабинете, принимать участие в стерилизации инструментов, готовить марлевые салфетки и шарики. Иногда приходилось заниматься регистрацией после перевязок. Она была безотказна, и на нее можно было положиться, зная, что она не подведет. За свое высокое сознание и требование к своему труду была награждена нагрудным знаком «Отличник санитарной службы».

После окончания войны, в ноябре 1945 года, она вернулась в Астрахань и поступила в школу № 10, окончив которую поступила в АГМИ. Будучи студенткой, никем, кроме хирурга, себя не видела, но судьба распорядилась иначе, и Людмиле Федоровне пришлось стать акушером-гинекологом.

Если говорить о выборе профессии, то, несомненно, что работа санитаркой и медицинской сестрой во время войны и определили выбор ее в будущей профессии.

За участие в Великой Отечественной войне Людмила Федоровна Парфенова награждена медалями «За Победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941 – 1945гг.» и «Ветеран труда».

ЮНЫЙ ПАРТИЗАН – АНАТОЛИЙ ГНЕНЮК

О.В. Мартынова(IV курс, лечебный факультет),

Н.Ф. Имамутдинова (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Секция краеведения (руководитель – к.м.н., доц. Р.С. Аракельян)

Когда началась ВОВ маленькому мальчику из с.Васильевка Житомирской области исполнилось 10 лет. Нападение фашистов на СССР было внезапным и решительным, и вскоре Украина, где жил этот мальчик, оказалась оккупирована фашистами. Почти сразу же на оккупированных немцами территориях начали действовать партизанские отряды. В один из таких отрядов в начале 1942 года и попал Анатолий Васильевич Гненюк. Кроме него, в отряде было еще несколько детей, в основном мальчишки. Мальчишек в отряде привлекали в качестве разведчиков. К тому же в ребенке труднее заподозрить партизана. В задачу двенадцатилетнего Анатолия входила разведка фашистской охраны проходящей недалеко железнодорожной ветки Киев-Львов, которая усиленно охранялась немцами. Лес, где находились партизаны и железную дорогу разделяла река, которую очень

часто мальчишкам приходилось преодолевать в брод. Они не задумывались: холодно или нет. Впереди была одна цель: собрать по больше сведений о располагающихся рядом фашистах и как можно скорее передать их своему командиру. Очень часто приходилось преодолевать реку в холодное время.

Пришлось Анатолию Васильевичу участвовать и в одной крупной операции, в ходе которой был взорван огромный фашистский состав с военной техникой и боеприпасами. В то время, пока мальчишки отвлекали фашистов, партизаны установили мощный заряд под рельсы. На следующий день, проходящий по рельсам эшелон «взлетел» на воздух. Мальчишки снова отправились на разведку, но были схвачены фашистами. Почти неделю их держали в комендатуре, постоянно избивая, не давая пищи и воды, допытываясь, кто их послал и где располагаются партизаны. Мальчишки все отрицали и их выпустили, но вскоре ребята снова были схвачены фашистами. От расстрела их спас тот полицей. А на следующий день, после случившегося мама Анатолия Васильевича заметила у сына небольшую седину. Вскоре их снова задержали. Но теперь вместо расстрела им придумали новую казнь: руки мальчишек опустили в раскаленное масло.

После освобождения Украины, Анатолий Васильевич вернулся к мирной жизни – стал работать в мастерской по ремонту оружия. После освобождения села, у многих сельчан на руках оставалось оружие.

В настоящее время Анатолий Васильевич Гненюк работает в санитарной службе Астраханской области.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ МОЕГО ПРАДЕДА

А.В. Чернова (Vкурс, ИРБиП)

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.С. Аракельян

Астраханский государственный технический университет

Секция краеведения (руководитель – к.м.н., доц. Р.С. Аракельян)

Война... Это страшное событие коснулось и моей семьи. Мой прадед – Кукушкин Дмитрий Тимофеевич также как и большинство его ровесников оставил свой след в истории Великой Отечественной войны.

Дмитрий Тимофеевич родился 25 мая 1910 года в селе Каралат Камызякского района Астраханской области. Мать Анна – домохозяйка, отец Тимофей – председатель рыбкопа. Отец утонул, когда Дмитрию было всего пять лет.

Дмитрий Тимофеевич закончил морскую школу в г. Астрахань на моториста, а чуть позже – курсы бухгалтера. В 1926 году умерла мать Дмитрия. Через два года Дмитрий Тимофеевич женился на моей прабабушке – Анастасии Георгиевне. Вскоре его взяли в армию. Служить Дмитрия Тимофеевича отправили в поселок Козьмино Приморского края. После двухлетней службы он остался работать в воинской части. Незадолго до начала Великой Отечественной войны мой прадед ушел с воинской части и работал в колхозе. В сентябре 1935 года у Дмитрия и Анастасии родился сын Ростислав. Через три месяца моя прабабушка вместе с грудным ребенком переехала в поселок Козьмино. Позже, через пять лет, в 1940 году родилась моя бабушка – Светлана. В июне 1941 года, когда началась война, моего прадедушку взяли на фронт защищать Москву. 7 ноября 1941 года на Красной площади в Москве проходил парад, в котором участвовал Дмитрий Тимофеевич. В своем письме прадед писал, что 14 декабря они уходят в бой. Это письмо было последним... Он пропал без вести... Через 2 года после окончания Великой Отечественной войны моей прабабушке пришло извещение: «На Ваше письмо, адресованное в отдел по учету погибшего и пропавшего без вести рядового и сержантского состава Советской Армии, по розыску мужа Кукушкина Д.Т. сообщая, что по данным отдела значится пропавшим без вести в декабре 1941 года старший сержант Кукушкин Дмитрий Тимофеевич, 1910 года рождения».

Это небольшая история рассказана со слов моей прабабушки Анастасии Георгиевны. Она прожила долгую жизнь, не дожив до своего столетия около полугода. Возможно, если б не было войны, то и прадед бы дожил до глубоких лет. Прабабушка, конечно, до последнего ждала возвращения мужа. Не исключена вероятность, что прадед остался жив во время войны, ведь тело его не было найдено, и он так и числился пропавшим без вести.

Я выражаю огромную благодарность своему прадеду за участие в Великой Отечественной войне, и искренне верю, что он сражался до конца и внес вклад, хоть и небольшой в нашу победу.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЯ

Т.К. Рашидова, М.У. (IV курс, лечебный факультет)

Шуайпова (IV курс, лечебный факультет)

Научные руководители: к.м.н., ассистент А.И. Локтионова,
к.м.н. Н.П. Нугманова

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом последипломного
образования (зав.каф. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)*

Причинами кардиоэмболического инсульта (КЭИ) являются тромбоз, миксома, инфекционный эндокардит левых отделов сердца, а также фибрилляция и трепетание предсердий. Одной из наиболее частой причиной КЭИ является фибрилляция предсердий (ФП). У больных с ФП риск цереброваскулярных атак в 5-6 раз выше, чем у пациентов с синусовым ритмом. К факторам, повышающим риск инсульта по шкале CHA_2DS_2 у больных с ФП отнесены следующие: инсульт или преходящие НМК в анамнезе, возраст более 75 лет, артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет, инфаркт миокарда, женский пол.

Цель исследования: выявление факторов риска инсульта у больных с фибрилляцией предсердия.

Проанализировано 50 историй болезни пациентов с диагнозом: «Ишемический инсульт», у которых по данным ЭКГ была выявлена мерцательная аритмия.

Результаты исследования: 59% женского пола, 41% мужского пола. У 36 больных возраст выше 75 лет, у 32 больных в анамнезе артериальная гипертензия, сахарный диабет у 8 больных, хроническая сердечная недостаточность у 14 больных, инфаркт миокарда у 28 больных.

Вывод: у всех больных с инсультом наблюдалось два и более фактора по шкале CHA_2DS_2 . Отсюда следует, что у всех больных с фибрилляцией предсердия высокий риск развития инсульта. Наиболее часто встречающиеся факторы риска: возраст (72%), артериальная гипертензия (64%), в меньшей степени: сахарный диабет (16%), женский пол.

ПАССИВНАЯ ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Митрофанов П.А. (IV курс, педиатрический факультет),

Хайдаров Ш.Г. (IV курс, педиатрический факультет),

Валимухаметова И.Р. (IV курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Гайфутдинов Р.Т., аспирант 3
года обучения Овсянникова К.С.

*ГБОУ ВПО Казанский Государственный Медицинский университет
Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
(зав. каф. – д.м.н., проф. Э.З. Якупов)*

Одной из важнейших медико-социальных проблем современности является нарушение мозгового кровообращения. Поэтому актуальным становится вопрос реабилитации пациентов с ишемическим инсультом. Наиболее эффективным можно считать процесс ранней пассивной вертикализации, которая должна проводиться в первые 48 часов от развития заболевания, что позволяет добиться скорейших темпов восстановления утраченных функций.

Цель исследования:

Оценить особенности влияния ранней пассивной вертикализации на исходы лечения пациентов с ишемическим инсультом.

Материалы и методы:

База исследования: Больница Скорой медицинской помощи №2 г. Казани. Вертикализация осуществлялась согласно клиническим рекомендациям по профилактике иммобилизационного синдрома (2014г). Было обследовано 30 человек с ишемическим инсультом, имеющие грубые двигательные и речевые нарушения. Диагноз верифицирован проведениеммагнитно-резонансной томографии. Основнуюгруппу составили 15 пациентов, получающие базисную терапию и которым на 2, 5, 7, 10 сутки проводилась пассивнаявертикализация при помощи поворотного стола. В контрольную группу вошли 15 пациентов без сеансов вертикализации. Динамика оценивалась при помощи шкал NIHSS и изменениям показателей вегетативного гомеостаза, оцениваемых подинамики АД и ЧСС на пассивный ортостаз в момент верикализации.

Результаты: Средний возраст пациентов составил $67\pm 7,1$ лет. Средняя степень неврологического дефицита, оцениваемого по шкале NIHSS в основной группе составил $16,4\pm 3,2$ (средне-тяжелая, тяжелая степень), в контрольной группе - $17,1\pm 2,8$.

На 2 и 5 сутки вертикализации у 36% пациентов ортостатическая гипотензия развивалась при подъеме поворотного стола на 40° , у 48% - на

60°. У остальных отмечался значительный подъем уровня АД.

На 7 и 10 сутки ортостатическая гипотензия возникала у 47% пациентов при подъеме на 60° и у 33% пациентов – на 80°.

На фоне вертикализации в основной группе отмечен более успешный регресс неврологической симптоматики по данным шкалы NIHSS с $16,4 \pm 3,2$, до $8,3 \pm 2,2$, в сравнение с основной, где динамика восстановления неврологического дефицита составила с $17,1 \pm 2,8$, до $10,1 \pm 1,8$ ($p < 0,05$).

В контрольной группе были зафиксированы случаи развития застойной пневмонии и пролежней.

Выводы:

Метод ранней пассивной вертикализации можно считать неотъемлемой частью реабилитационной программы пациентов с ишемическим инсультом, поскольку данная процедура обеспечивает лучший регресс неврологической симптоматики, предупреждая негативные последствия постиммобилизационного синдрома.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Мухурова Х.Р. (IV курс, лечебный факультет),

Дзугаева И.Х. (IV курс, лечебный факультет),

Касумова Т.З. (IV курс, лечебный факультет).

Научный руководитель – к.м.н., асс. Ю.Г. Григорьева

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом последипломного образования (зав.каф. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)

Актуальность. Болезнь Паркинсона (БП) представляет собой одну из наиболее актуальных проблем неврологии, что обусловлено ее высокой распространенностью в старших возрастных группах и тенденцией к ее омоложению. В настоящее время 20% случаев БП приходится на трудоспособный возраст - до 50 лет.

Цель исследования. Оценить клинические проявления болезни Паркинсона.

Материалы и методы. Нами были обследованы 16 больных в возрасте от 57 до 73 лет. Женщин было 7 чел., мужчин - 9 чел.

Все больные были тестированы с помощью "Унифицированной рейтинговой шкалы оценки проявлений болезни Паркинсона" (УРШОПБП), которая состоит из таких пунктов, как: мышление, поведение, настроение; повседневная активность; оценка моторных

проявлений; осложнения проводимого лечения.

Также все больные были протестированы по шкале MMSE (шкала оценки психического статуса).

Результаты. Согласно классификации по степени тяжести по Хен и Яру 2ст. выявлена у 3 больных, 3 ст. - у 12 больных и 4 ст. - у 1 больного. Длительность заболевания составила от 2 до 6 лет. У 9 чел. заболевание началось в промежутке 50-60 лет, у 7 чел. - в промежутке 61-70 лет. Сумма баллов при тестировании по УРШОБП составила от 51 до 75 баллов (при максимальной сумме 203 балла). В разделе мышление, поведение, настроение значения колебались от 5 до 9 баллов (max. допустимая - 16 б), в разделе повседневная активность - от 4 до 23б (max. - 52 б), в разделе оценка моторных проявлений - от 19 до 39 б (max. - 124 б), в разделе осложнения проводимого лечения - от 4 до 9 б (max. - 11 б). По шкале MMSE у 6 больных диагностирована деменция легкой степени, у 10 больных - деменция умеренной степени.

Выводы. Таким образом, можно сказать, что клинические проявления по УРШОБП соответствуют от умеренных до выраженных изменений, у большинства больных преобладает деменция умеренной степени выраженности.

ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

Докучаева С.Н. (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. Ю.Г. Григорьева.

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом последипломного
образования (зав. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)*

Актуальность. Диабетическая полинейропатия – одно из наиболее часто встречающихся осложнений сахарного диабета. Актуальность вопроса о болевом синдроме у больных с диабетической полинейропатией возросла в последнее время. Этому способствует целый ряд причин: рост заболеваемости сахарным диабетом, рост осложнений сахарного диабета с болевой формой и их негативное влияние на качество жизни больных.

Цель – оценить болевой синдром у больных с диабетической полинейропатией.

Материалы и методы. Были обследованы 20 больных сахарным диабетом 2 типа с диабетической полинейропатией, из них женщины – 12 чел., мужчины – 8 чел. Для оценки использовались шкала общей оценки

симптомов невропатии (NTSS-9), болевая шкала LANSS, диагностический опросник нейропатической боли DN4, госпитальная шкала тревоги и депрессии.

Результаты. При оценке по шкале NTSS – 9 были выявлены следующие симптомы: онемение – 100%, зябкость – 100%, жжение – 85%, крампи – 90%, покалывание – 65%; наличие сенсалгического компонента – 55%; статическая гипералгезия – 35%, стреляющие боли – 25%, ноющие боли – 15%, аллодиния – 5%.

При оценке по шкале LANSS: в 100% случаев количество баллов превышало 12, что свидетельствует о нейропатических механизмах формирования боли.

По шкале DN4 за последние 24 часа больные испытывали следующие симптомы: жжение – 100%, зябкость – 60%, крампи – 60%, покалывание – 50%.

Тестирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии выявило наличие тревоги у 40%, депрессии – у 60%.

Выводы. Таким образом, можно сказать, что с ростом стажа сахарного диабета происходит увеличение числа симптомов полинейропатии. Для всех больных характерны нейропатические механизмы формирования боли. Среди психозоциальных явлений превалирует депрессия.

ТИПОЛОГИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ

Щербина А.В. (IVкурс, лечебный факультет),

Донскова А.Ю. (IVкурс, лечебный факультет),

Тиюбаева А.Р. (IVкурс, лечебный факультет)

Научный руководитель: Р.М.Мамина

*Астраханский Государственный Медицинский Университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом последипломного
образования (зав.каф. – д.м.н., проф. В.В.Белопасов)*

Актуальность проблемы. За последние годы все большее внимание клиницистов и ученых привлекает проблема боли. Особое место занимает проблема хронической тазовой боли у женщин репродуктивного периода, являясь широко распространенным физическим недугом, который наносит значительный материальный и моральный ущерб и представляет собой общемедицинскую и социальную проблему.

Цель исследования: Углубленное изучение эмоциональных расстройств у женщин с синдромом хронической тазовой боли на фоне

гинекологической патологии.

Материалы и методы: В исследовательской работе принимало участие 60 женщин в возрасте от 18 до 45 лет, страдающих СХТБ на фоне гинекологической патологии с длительностью болевого синдрома более 6 месяцев. Контрольную группу составили 40 женщин, сопоставимых с пациентками основной группы по возрасту, наличию гинекологической патологии, но не страдающих хроническим болевым синдромом.

Результаты исследования. У обследуемых пациенток были следующие гинекологические патологии: заболевании органов малого таза, эндометриоз, спаечная болезнь, варикозное расширение вен малого таза, миома матки. В ходе исследования выяснилось, что у всех пациенток основной группы имели место эмоциональные расстройства. Типология их была различной и проявлялась тревожными расстройствами — 8,3 % , тревожно-депрессивными расстройствами – 16,6 %, астенией в сочетании с депрессией – 18,3 %, астенией в сочетании с тревогой и депрессией - 56,7%. Так же у 84,6% пациенток имелись проявления депрессии.

Выводы. Хроническая тазовая боль является результатом действия общих и местных факторов, важную роль, в развитии и поддержании которой, играют нарушения в психоэмоциональной сфере на фоне индивидуальных особенностей реагирования на внешние раздражители. Поэтому ранняя диагностика и коррекция эмоциональных расстройств у женщин с СХТБ позволит оптимизировать лечение и улучшить качество жизни больных.

ИЗУЧЕНИЕ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.А. Зейткалиева (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. Ю.Г. Григорьева

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом последипломного

образования(зав.каф. – д.м.н.,проф. В.В. Белопасов)

Актуальность. Наиболее частые причины вторичной депрессии являются расстройства гормонального баланса при поражениях органов внутренней секреции. И среди них первое место занимают поражения щитовидной железы, которыми чаще всего страдают женщины.

Цель исследования. Определить уровень когнитивных изменений и эмоциональных расстройств у больных с заболеваниями щитовидной железы.

Материалы и методы. Исследование выполнено с участием 10 человек в возрасте от 18 до 55 лет. Из всех больных с заболеванием щитовидной железы: гипертиреоз 2 степени, тиреотоксикоз 2 степени был у 20% больных (1 группа); диффузно-токсический зоб 2 степени, тиреотоксикоз 2 степени - у 80% больных (2 группа).

Проведены :

1. Когнитивные тесты Равена (упрощенные/сокращенные), состоящие из 11 вопросов.

2. Тесты на выраженность депрессии/тревоги: у 50% больных использовался тест Цунга, состоящий из 20 вопросов; у остальных 50% проведен тест Спилберга-Ханина, состоящий из двух частей по 20 вопросов. Первая часть на ситуационную тревожность. Вторая часть на личностную тревожность.

Результаты. Средняя продолжительность заболевания 8 лет. У одной больной продолжительность заболевания – 33 года. Все обследованные женщины (100%). Средний результат при проведении когнитивного теста Равена в 1 и 2 группах – интеллект среднего уровня, при тесте Цунга на депрессию в 100% – субдепрессивное состояние (маскированная депрессия) во 2 группе. При тесте Спилберга-Ханина: ситуационная тревожность у всех больных 1 и 2 группы была высокая, личностная тревожность у 70% больных 2 группы была высокая и у 30% больных 1 группы была умеренная.

Выводы. Таким образом, можно сказать, что не зависимо от длительности заболевания у больных с заболеваниями щитовидной железой в 100% случаев развивается депрессия, несколько реже тревожность; снижение интеллекта достигает среднего уровня.

ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

И.А. Захарова (VI курс педиатрический факультет)

Х.Б. Дацаева (VI курс педиатрический факультет)

*Научный руководитель - к.м.н. доцент Ж.М. Цоцонава
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра нервных болезней (зав.каф. – д.м.н. В.В. Белопасов)*

Актуальность: Эпилепсия является хроническим заболеванием, которое часто приводит к инвалидности (около 20% детей с эпилепсией становятся инвалидами). Ребенок любого возраста может быть инвалидом детства с того момента, когда ему устанавливается диагноз заболевания, которое приводит к нарушению двигательных, речевых возможностей,

психического развития или какой-либо из этих функций, с последующей дезадаптацией ребенка. Основными факторами, ограничивающим жизнедеятельность при эпилепсии, являются частые эпилептические приступы и коморбидные расстройства.

Цель исследования: Изучение клинико-экспертной, социально-гигиенической характеристик детей-инвалидов вследствие эпилепсии.

Материалы и методы исследования: Обследование проводилось на базе детских городских поликлиник путем анализа амбулаторных карт и выписных эпикризов.

Полученные результаты: Был обследован 31 пациент, количество детей раннего детского и дошкольного возрастов составило по 22%, препубертатного и пубертатного возрастов составило по 28%. Среди исследуемых было 47% пациентов женского пола и 53% мужского. Дети организованы в следующих учреждениях: специализированные коррекционные учреждения для детей с ограниченными возможностями 7 и 8 типов, ГКУЗ СДР «Аистенок», лицей, СОШ; 61% детей обучаются на дому. Клинико-экспертная характеристика детей-инвалидов: 58% пациентов имеют симптоматическую форму эпилепсии (из них 39% пациенты с ДЦП), 29% криптогенную эпилепсию, 10% идиопатическую эпилепсию. Генерализованные формы эпилепсии регистрировались в 59% случаев, фокальные в 41% случаев. В структуре генерализованных приступов преобладали тонико-клонические приступы (31%), реже абсансы (8%) и эпилептический миоклонус (8%). У большинства больных с фокальными формами эпилепсии (27%) наблюдались вторично-генерализованные судороги. Изучение факторов социальной недостаточности показало, что среди исследованных пациентов 54% имеет 1 степень (минимальную) ограничения жизнедеятельности, 2 степень у 20%, 3 степень у 26%.

Выводы: несмотря на минимальную степень ограничения жизнедеятельности, большинство детей с эпилепсией обучаются на дому, в связи с чем у них наблюдается значительное снижение качества жизни (в большей степени страдает социальная (38%) и эмоциональная (25%) сферы).

ГЕМОМРАГИЧЕСКИЕ ИНСУЛЬТЫ У ДЕТЕЙ: ЧАСТОТА И ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ

А.Ж. Абдуразакова (IV курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.В. Левитина
Тюменский государственный медицинский университет
Кафедра нервных болезней с курсом детской неврологии
(зав. каф. - д.м.н., проф. Е.В. Левитина)

Актуальность: Актуальность проблем детских инсультов определяется высокой степенью инвалидизации и смертности после перенесенного заболевания. Этиологические факторы нарушений мозгового кровообращения в детском возрасте разнообразны, что обуславливает трудности диагностики.

Цель исследования: Изучение распространенности и причинных факторов геморагических инсультов у детей.

Материалы и методы: Рассмотрены случаи геморагических инсультов у детей в возрасте от 30 дней до 18 лет включительно. В данном исследовании было проанализировано 110 регистрационных карт из регистра пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения и выписок из историй болезни (теоретический анализ и статистические методы).

Результаты и обсуждения: На основании проведенных исследований выявлено, что из 110 зарегистрированных с 2004 по 2014 годы случаев инсультов у детей, доля геморагических составляет 36,3% от общего числа инсультов (40 детей). Заболеваемость детским геморагическим инсультом за год в среднем составила 4,0 случаев на 100000 детского населения. В различных источниках показатели заболеваемости детским геморагическим инсультом указываются от 1,1 до 5,1 случая на 100000 детского населения в год (средняя заболеваемость – 2,9). В структуре инсультов по этиологическим факторам из сосудистых причин превалирует артериовенозная мальформация (АВМ), представленная в 37,5%. Кавернозная ангиома как причина инсульта составляет 7,5%, разрывы аневризмы – 5%. Васкулиты и неуточненные сосудистые аномалии составили по 2,5% от общего количества причин. Коагулопатии и нарушения гемостаза – 20%, что делает их одной из наиболее часто встречающихся причин геморагического инсульта. Меньшей частотой встречаемости представлены следующие причинные факторы: закрытая черепно-мозговая травма (ЗЧМТ) – 5%; токсические влияния (передозировка лекарственными средствами) – 2,5%; операции на сердце, с использованием аппарата искусственного кровообращения –

2,5%. В 15% причины ГИ не выявлены. Такие причины как менингоэнцефалит и интракраниальные опухоли не представлены. В сравнении с данными из журнала «Pediatric Neurology» (2007;36:73-80) из рассмотренных ими 500 случаев: АВМ – 39%, кавернозная ангиома – 11%, разрыв аневризмы – 9%, коагулопатии и нарушения гемостаза – 21%, интракраниальные опухоли – 6%, васкулиты – 5%, менингоэнцефалиты – 2%, не выявленные случаи – 17%. Т.е., по результатам обоих исследований наиболее частой причиной геморрагических инсультов являются артериовенозные мальформации, а также коагулопатии и нарушения гемостаза. Данные различаются в отношении распространенности интракраниальных опухолей, васкулитов, менингоэнцефалитов, токсических влияний, а также инсультов на фоне использования аппарата искусственного кровообращения. Распространенность геморрагических инсультов у детей в различных возрастных группах следующая: от 29 дней до 1 года – 22 (55%); от 1 до 3 лет – не выявлено случаев геморрагических инсультов; 4-7 лет – 4 (10%); 8-10 лет - 4 (10%); 11-14 лет – 5 (15%); 15-18 лет - 4 (10%). По гендерным особенностям выявлено, что частота встречаемости у мужского пола превалировала и была равна 56%, у женского – 44%. В отношении топической локализации характерным являлось расположение очага кровоизлияния в лобных долях (17,5%), мозжечке (12,5%). Процент встречаемости обширных геморрагических инсультов по результатам исследования оказался наиболее высоким (25%). Если говорить о видах геморрагических инсультов, то среди них превалировали субарахноидальные кровоизлияния (47,5%). Паренхиматозные кровоизлияния составляют 27,5%, внутрижелудочковые – 7,5%, а смешанные формы – 17,5%. Главной целью углубленной госпитальной диагностики геморрагического инсульта является уточнение патогенетической основы кровоизлияния. Объем диагностических исследований при инсульте включает в себя: клинический минимум, нейровизуализацию (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография головного мозга в обычном и сосудистом режимах), ультразвуковую диагностику (нейросонография, ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга), люмбальную пункцию, скрининг лекарств (наркотиков) в моче, скрининг-исследование системы гемостаза (фибриноген, фибринолитическая активность - лизис эуглобулинов, тромбиновое время, активированное частичное тромбиновое время - АЧТВ, протромбиновый тест с расчетом международного нормализованного отношения - МНО, время свертывания крови, время кровотечения, Д-димер, агрегабельность тромбоцитов - адреналин, АДФ, коллаген-индуцированная, вязкость крови), проведение генетических тестов, иммуногенетические исследования и др. Результаты исследования

показали, что компьютерная томография использовалась в 72,5% случаев, магнитно-резонансная томография в сосудистом режиме в 55% случаев, нейросонография в 30%, УЗДГ 12,5%, исследование ликвора 27,5%, коагулограммы в 17,5% случаев. Генетические тесты не использовались. Т.е. в 42,5% случаев, особенно у детей с невыясненной причиной ГИ, проведенную диагностику можно считать недостаточной.

Выводы:

1. Процент заболеваемости инсультами, в том числе геморрагическими в РФ точно неизвестен из-за отсутствия общегосударственного регистра. Создание регистра позволило уточнить их распространенность в нашем регионе и выявить превышение заболеваемости геморрагическим инсультом у детей по сравнению со средними показателями в других регионах.

2. В структуре причинных факторов ГИ у детей доминирующими являются артериовенозная мальформация и коагулопатии.

3. По типам геморрагических инсультов преобладают субарахноидальные кровоизлияния, реже - паренхиматозные, в меньшей степени - смешанные, в основном паренхиматозно-вентрикулярные кровоизлияния.

4. Наиболее частая локализация очага в лобной доле, а также высокий процент обширных инсультов.

5. Отсутствие генетических исследований в стандарте диагностики (при наличии большого процента коагулопатий и неуточненных причин) геморрагических инсультов значительно снижает эффективность лечения и профилактики повторных кровоизлияний у детей. Существующая ситуация обусловлена высокой стоимостью генетических исследований и дефицитом специалистов в этой области.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕМОРБИДНЫХ И КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ МИГРЕНИ У ДЕТЕЙ

Е.И.Новиков (IVкурс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., профессор Е.В. Левитина
Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России
Кафедра нервных болезней с курсом детской неврологии
(зав.каф. - д.м.н., проф. Е.В. Левитина)

Актуальность: Мигрень - это патология, не относящаяся к фатальным заболеваниям, редко сопровождается серьёзными осложнениями, и, тем не менее, существенно нарушающая социальную адаптацию и качество жизни пациента. Исследований,

посвященных преморбидным и коморбидным расстройствам при мигрени у взрослых пациентов не так много, и они касаются изучения отдельных блоков коморбидных расстройств, а у детей – практически нет.

Цель исследования: Выявить факторы риска, способствующие развитию мигрени (преморбидные состояния) и патологию, влияющую на её клиническую картину (коморбидные состояния).

Материалы и методы. Были проанализированы 39 историй болезни пациентов с диагнозом «Мигрень» в возрасте от 5 до 17 лет (11 девочек и 28 мальчиков), на базе отделения детской неврологии ОКБ №2, с 2007 по 2014 год. Был оценён наследственный анамнез, анамнез жизни, результаты исследований, а также анамнез заболевания.

Результаты исследования.

В ходе исследования были выявлены факторы риска мигрени и заболевания, меняющие её клиническую картину. Наиболее значимыми преморбидными состояниями у пациентов с мигренью были: изменённый тонус церебральных сосудов по данным УЗДГ (65%), перенесенная гипоксия плода (61%), дезорганизация биоэлектрической активности структур головного мозга по данным ЭЭГ (60%), отягощённый наследственный анамнез (46%), изменения резидуально-органического характера при нейровизуализации (КТ/МРТ головного мозга) - 29%, нарушение проводимости сердца по данным ЭКГ (20%), тенденция к тромбоцитозу (18%), проявления миокардиопатии по данным УЗИ сердца (13%), изменение артериального давления (11%). Необходимо отметить, что частота встречаемости всех выявленных преморбидных факторов (кроме наследственной отягощенности) превалировала у мальчиков в сравнении с девочками. Необходимо отметить, что частота встречаемости всех выявленных преморбидных факторов (кроме наследственной отягощенности) превалировала у мальчиков в сравнении с девочками.

В связи с высокой встречаемостью такого преморбидного фактора как изменение тонуса церебральных сосудов при мигрени, нами были сопоставлены методики ультразвуковой доплерографии церебральных сосудов (УЗДГ) и магниторезонансной ангиографии (МРА). Так по данным УЗДГ церебральных сосудов наиболее часто встречающиеся изменения: дистония сосудов головного мозга, нарушение их кровенаполнения, изменение направления кровотока и застойные явления в венозной системе головного мозга. По данным МРА – нарушение кровенаполнения, гемодинамически не значимое изменение просвета (гипоплазия) или хода сосудов, турбулентное течение крови в сосудах головного мозга. Анализ встречаемости основных синдромов мигрени при различном изменении тонуса церебральных сосудов выявил, что наиболее частыми синдромами

при повышении тонуса сосудов былиналичие ауры (75,5%), чаще гемипаретической (односторонние парестезии - 62,5%), что может свидетельствовать о гипоперфузии мозга и транзиторной ишемии, чаще в теменно-височной области, а также пульсирующий характер боли (62,5%), При снижении тонуса сосудов превалировала боль давящего-пульсирующего характера (66,6%), отсутствие ауры (83,3%), склонность к пресинкопальному состоянию (66,6%), что может свидетельствовать о гиперперфузии и транзиторной венозной гипертензии.

Анализ изучения соматических и психо-эмоциональных коморбидных состояний выявил, что наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией при мигрени являются: нарушение зрения (57%), вегетативная дисфункция (48%), тревожно-депрессивное расстройство (26%), нарушения сна – 16%, патология сердца (15%), черепно-мозговая травма (10%), эпилепсия (10%), патология желудочно-кишечного тракта (3%). Анализируя гендерные различия необходимо отметить преобладание частоты нарушения зрения у девочек и нарушений сна, патологии сердца, желудочно-кишечного тракта у мальчиков. Уровень вегетативной дисфункции тревожно-депрессивных расстройств был примерно идентичен. Полученные данные отличаются от исследований во взрослой популяции больных мигренью, где ведущими коморбидными расстройствами являются тревога, депрессия, синдром хронической усталости, синдром раздраженного кишечника, фибромиалгии, ожирение, повышение артериального давления, аллергии, астма, артриты.

Выводы: Преморбидными факторами для развития мигрени у детей можно считать гипоксию плода, нестабильность кровотока в сосудах головного мозга, отягощённую наследственность, патологию сердца, изменения электрической активности структур головного мозга, нарушение структуры головного мозгарезидуального характера, изменение проводимости сердца. Особого вниманиязаслуживает частота выявленных сосудистых нарушений при мигрени (нарушение тонуса церебральных сосудов, кровенаполнения, турбулентное течение крови в сосудах головного мозга, венозный застой), а такжеанатомических нарушений просвета (гипоплазия) и хода сосудов, хотя и гемодинамически не значимых. Заболеваниями, наиболее часто коморбидными с мигренью в детском возрасте являются нарушение зрения, ВСД, патология сердца. Реже встречаютсятревожно-депрессивные расстройства, ЧМТ, эпилепсия, нарушение сна. Коморбидные расстройства еще в большей степени дезадаптируют детей с мигренью, нарушая качество их жизни и социальную активность и требуют своевременной диагностики и эффективной коррекции.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С СД II ТИПА

Аджибаев М.А. (VI курс педиатрический факультет),

Лымарь А.В. (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель - к.м.н., Григорьева Ю.Г.

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом последипломного
образования (зав.-д.м.н. проф. В.В Белопасов.)*

Сахарный диабет (СД) 2 типа - одно из самых распространенных заболеваний людей пожилого возраста. В РФ показатель заболеваемости СД 2 типа 3млн. 121тыс. человек (каждый 42 россиянин). Одним из осложнений СД является диабетическая энцефалопатия, приводящая к когнитивным нарушениям (КН): ухудшение качества жизни пациентов, нарушается их социальная активность, а так же снижается способность адекватного контроля за течением болезни и, следовательно, увеличивается риск развития осложнений, приводящих к тяжелой инвалидизации и смерти.

Целью нашего исследования являлось выявление особенностей КН при СД 2 типа.

Данная цель достигается решением следующих научных задач: Проведение оценки когнитивного статуса посредством основных скрининговых нейропсихологических тестов: Монреальской шкалы когнитивной оценки (МОСА), методики «10 слов» (автор А.Р. Лурия), таблицы Шульте.

Были обследованы 21 пациент, из них 16 женщин и 5 мужчин, страдающих СД 2-го типа. Средний возраст больных составлял 62 года. Средняя продолжительность заболевания СД 2 типа составляла 10,3 года.

По результатам исследований: МОСА: у 91% обследованных имеются мягкие КН; методика «10 слов»: максимально справились задачей 14% пациентов во время повторения слов с 3 и 5 попыток, когда как с 1 и 2 попыток - 9%; таблица Шульте: эффективность работоспособности в рамках нормы выявлено у 14% пациентов, психическая неустойчивость - 72%.

Полученные данные свидетельствуют о влиянии хронической гипергликемии на когнитивные процессы у больных СД 2 типа.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СТЕНОЗА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

З.С.Карамулдаева(VI курс,лечебный факультет)
Научный руководитель-к.м.н,асс. А.И Локтионова
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом ИПО
(Зав.каф.-д.м.н, проф., Белопасов В.В)*

Цель исследования -изучение патогенеза длительного болевого синдрома в спине.

Нами проанализировано 70 историй болезней пациентов, находившихся в АМОКБ в связи с болевым синдромом в спине, на МРТ которых был выявлен стеноз позвоночного канала. Наиболее часто наблюдался стеноз на пояснично-крестцовом уровне-47 пациентов, менее часто на шейном-15 больных, на грудном-8 больных. У большинства больных стеноз был вторичным, связан с выраженными дегенеративно-дистрофическими заболеваниями. Характеризовался длительным болевым синдромом более 3-5 лет. При исследовании определялись разные неврологические синдромы: синдром цервикобрахиалгии, люмбаишалгии, синдром компрессионной радикулопатии, синдром перемежающей хромоты и миелитический синдром. Консервативное лечение приносило временный эффект. Течение данного заболевания рецидивирующее. Таким образом: больным с длительным рецидивирующим болевым синдромом необходимо МРТ- исследование с определением размеров позвоночного канала и консультация нейрохирурга.

ВЕГЕТАТИВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У УЧЕНИКОВ И СТУДЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬЮ

Е. А. Антюшина (V курс, педиатрический факультет),
В. В. Белошапка (V курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – к.м.н., доцент Ж. М. Цоконова
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом последипломного
образования(Зав. – д.м.н., проф., В. В. Белопасов)*

Последние два десятилетия ознаменовались повсеместным распространением интернета в профессиональной и в обыденной жизни миллионов людей. На сегодняшний день по количеству пользователей

интернета Россия занимает четвертое место в мире. В связи с возрастающей в последнее время компьютеризацией и «интернетизацией» российского общества стала актуальной проблема патологического использования компьютерных ресурсов. Речь идет о компьютерной зависимости. Основными пользователями интернета в России на сегодняшний день, по данным многочисленных социологических опросов, являются молодые люди в возрасте от 14 до 24 лет, большая часть которых – ученики и студенты. Интернет для них является не только информационным пространством, средством общения, но и зачастую средством ухода от реальности и (или) получения удовольствия. Поэтому профилактика компьютерной зависимости в школьной и студенческой средах становятся особенно актуальной в последнее время, так как в большинстве своем именно среди учеников и студентов выявляется наибольшая часть интернет-зависимых.

Цель исследования: Выявить вегетативные дисфункции у учеников г.Астрахани и студентов АГМУ, склонных к интернет-зависимому поведению.

Материалы и методы: Нами проведен анализ данных, полученных в результате опроса учеников и их родителей с 8 по 11 классы СОШ № 45, студентов с 1 по 6 курсы АГМУ. Изучены показатели субъективной оценки, результаты тестов тревожности по Ч. Д. Спилбергеру, астении по И. К. Щац, а также показатели признаков вегетативных изменений по А. М. Вейну.

Результат исследования: На основе проведенного анализа, дана оценка зависимости возраста к компьютерной зависимости и прямое влияние этого на вегетативные дисфункции, предложены мероприятия для профилактики этих нарушений.

АБУЗУСНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ. ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

А.С. Айрапетова (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доц. И.Г. Измайлова

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом последипломного
образования(зав.каф. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)*

Цель настоящего исследования: изучить динамику течения головной боли напряжения (ГБН) и ГБН с абюзусным фактором у студентов.

Состав обследованных: 61 студент с эпизодическими ГБН (4 и 6

курс Астраханского ГМУ), которые являлись группой исследования в 2013 году.

Методы исследования: Проведен анализ анамнестических данных с оценкой социальных факторов, стратегий преодоления боли, спектра и количества употребляемых обезболивающих. С помощью специализированных опросников и нейропсихологических тестов изучены характеристики головной боли и личностные особенности студентов.

Результаты исследования: Показатель применения препаратов при каждом приступе снизился до 43%. Среднее количество употребляемых обезболивающих составило 7 (от 1 до 15) таблеток в месяц.

Спектр препаратов изменился в отношении «Анальгина» - 7%, по сравнению с 21% в 2013 году. На данный момент 72% студентов делают осознанный выбор «надежного» препарата. Самолечением занимаются 90,7% студентов (92,1% на 2013 год). В группе сравнения 58% затрудняются вспомнить, когда был последний приступ головной боли.

С учетом динамики, сформированы 4 группы из состава 2013 года с лекарственным злоупотреблением. Студенты с положительной динамикой в группе с наличием абзусного фактора для преодоления головной боли начали использовать активные копинг-стратегии. Несмотря на рекомендации, в группе с прогрессированием абзусной ГБН в высокой степени используются пассивные копинг-стратегии, что потенцирует трансформацию эпизодической ГБ в хроническую.

Выводы:

1. Простые анальгетики («Анальгин») перестали занимать лидирующие позиции.
2. Течение эпизодической ГБН с абзусом характеризуется сохранением высокой частоты и выраженности коморбидной психосоматической патологии.
3. На фоне просветительных бесед в 2013 году, в группе с абзусным фактором стали использоваться активные копинг-стратегии, что привело к положительной динамике у части студентов абзусной группы.
4. Отказ от перехода к активным копинг-стратегиям способствовал прогрессированию абзусной ГБН с высоким риском хронизации.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ И ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ НАСЛЕДСТВЕННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.Е. Казьмирчук (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ж.М. Цоцонава

Астраханский государственный медицинский университет

*Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом последипломного
образования(зав. каф., д.м.н. - профессор В. В. Белопасов)*

Актуальность: В настоящее время известно более 2-х тысяч наследственных болезней и генетически детерминированных синдромов, большую группу из которых составляют болезни обмена веществ, развивающиеся вследствие мутации генов, контролирующих синтез ферментов или белков, транспортирующих метаболиты в клетку через клеточную мембрану. Кроме того, описанные нарушения могут сочетаться с избыточным накоплением вещества-предшественника, его токсических метаболитов или с дефицитом синтезируемых веществ, необходимых для нормального метаболизма.

Точкой приложения первичного действия мутантного гена являются отдельные структуры клетки, разные при различных болезнях (лизосомы, пероксисомы, мембраны и митохондрии). Возраст начала заболеваний варьирует от неонатального периода до форм, дебютирующих на 2 - 3-ем десятилетии жизни. Клиническая картина характеризуется полиморфизмом проявлений с поражением различных систем организма. Наиболее часто это проявляется задержкой умственного и физического развития, дисморфизмом, пороками головного мозга, эпилепсией, разнообразными соматическими нарушениями, непереносимостью отдельных продуктов питания.

Цель исследования: изучить клинический полиморфизм наследственных заболеваний обмена веществ в Астраханской области.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное изучение 50 историй болезни пациентов с наследственной патологией обмена, находящихся на диспансерном учете в Центре охраны здоровья семьи и репродукции.

Результаты и обсуждения: структура наследственной патологии обмена веществ в Астраханской области представлена различными заболеваниями: с нарушением обмена аминокислот (фенилкетонурия), с нарушением обмена липидов (цереброзидозы: болезнь Гоше, болезнь Краббе; сульфатидозы - метахроматическая лейкодистрофия;

ганглиозидозы; сфингомиелинозы: болезнь Нимана-Пика), с нарушением углеводного обмена (гликогенозы - болезнь Гирке; мукополисахаридозы), нарушением обмена металлов (болезнь Вильсона-Коновалова). Клинически все перечисленные заболевания характеризуются полисистемностью поражения, неспецифичностью симптоматики, требующей обязательной медико-генетической диагностики.

ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ

О.Ф. Курбанова (IV курс, лечебный факультет),

Э.Э. Османова (IV курс, лечебный факультет),

М.Р. Адигюзелова (IV курс, лечебный факультет),

А.М. Башаев(IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ассистент Р.М. Мамина

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом

последипломного образования (зав.каф. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)

Актуальность проблемы. Боль в спине – одна из наиболее актуальных проблем современной медицины. На протяжении жизни боль в поясничной области возникает у 70–90% населения в развитых странах и ежегодно отмечается у 20–25% людей. Несмотря на то, что эпизод боли в пояснице часто бывает кратковременным, примерно у 25% пациентов в последующем развивается хроническая боль, которая служит причиной длительной нетрудоспособности. Боль в спине – вторая по частоте причина временной утраты трудоспособности среди лиц молодого и среднего возраста после ОРВИ.

Цель исследования. Определить распространенность и выраженность болевого синдрома при заболеваниях поясницы, его влияние на

психо-эмоциональное состояние больных.

Материалы и методы. Была проведена исследовательская работа среди 50 человек с заболеваниями поясничной области в возрасте от 25 до 65 лет. Работа включала в себя проведение тестов на внимание, память, выраженность астении и депрессии, проводилась субъективная оценка болевого синдрома.

Результаты и их обсуждение. Медико - психологическое обследование показало, что больные склонны к астении (65%). Легкие депрессивные расстройства и близкие к ним состояния выявлены у 40% пациентов, умеренные - у 15%; неустойчивое внимание - у 55%.

Наблюдается значительное снижение памяти у 60% пациентов, у четверых из них при проведении теста было выявлено повторение и добавление лишних слов, что свидетельствует о бессознательной тревоге. Боли легкой интенсивности наблюдаются у 45% больных, средней интенсивности – у 55%.

Выводы. Результаты нашего исследования показывают, что психо-эмоциональные нарушения напрямую зависят от интенсивности болевого синдрома. Их возникновение под воздействием боли приводит к ее же усилению, тем самым способствуя ухудшению состояния пациента и прогрессированию заболевания. Своевременное предупреждение развития психо-эмоциональных расстройств существенно влияет на скорейшее выздоровление.

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ. ГЕМИПАРЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА (ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ)

Т.О. Кожевникова (IV курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Н.В. Ткачёва

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом последипломного образования (зав.каф. – д.м.н., проф. В.В.Белопасов)

Распространенность детского церебрального паралича составляет 5-8 на 1000 населения. Установлено, что чаще эпилепсия развивается при спастических формах ДЦП. Эпилепсией страдает до 52% пациентов со спастической гемиплегией. Сочетание этих двух заболеваний утяжеляет их течение и прогноз, что делает эту проблему актуальной в детской неврологии.

Цель исследования – проанализировать особенности клинических проявлений характерных для гемипаретической формы ДЦП и сочетание ее с другими заболеваниями.

Материалы и методы исследования: В работе были использованы данные историй болезни за 2013-2015, оценка неврологического статуса, результатов нейровизуализационных методов исследования. Клинико-неврологическое обследование включало пальпаторное исследование мышечного тонуса (МТ), применялась модифицированная шкала спастичности Эшворта.

Результаты исследования. Обследован 21 ребенок. Акушерский анамнез был отягощен. Беременность протекала в на фоне угрозы прерывания (77,8%), токсикозов (21,4%), анемии (21%). Первые симптомы

заболевания выявлялись с рождения у 38,9% детей, с 3 месяцев у 11,1%, с 6 месяцев до года у 50% детей. Симптоматическая генерализованная эпилепсия выявлена в 23% случаев. При проведении компьютерной томографии обнаружены постэнцефаломалиционные кисты, атрофия и кистозно-глиозные изменения левого полушария, атрофия затылочной доли правого полушария.

Выводы: Ранняя диагностика гемипаретической формы Детского церебрального паралича особенно важна в связи с поздним развитием явных клинических симптомов болезни.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛИХОРАДКИ ЗАПАДНОГО НИЛА С ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

О.В. Мартынова (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. А. И. Локтионова

к.м.н., доцент О.П. Черенова

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсом последипломного
образования (зав. каф. – д.м.н., проф. В.В. Белопасов)*

*Кафедра инфекционных болезней
(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)*

Лихорадка Западного Нила является наиболее значимой природно-очаговой инфекцией для Астраханской области. Это трансмиссивная, летне-осенняя арбовирусная инфекция, которая протекает у человека в виде острого лихорадочного заболевания, с симптомами общей интоксикации, с головными и мышечными болями, часто с развитием серозного менингита или менингоэнцефалита.

Цель исследования: выявить неврологические синдромы, характерные для ЛЗН с поражением ЦНС.

С момента активизации природного очага ЛЗН в Астраханской области в 1997 году по 2014 год зарегистрировано 555 случаев заболевания, из них 18 с летальным исходом (3,24%). Необычайно высокая активность очага ЛЗН отмечена в 1999 году: в летне-осенний период лабораторно был подтвержден диагноз у 95 пациентов ОИКБ. В последние годы отмечалась вспышка заболеваемости в 2012 (72сл.) и 2013 (70сл.) году. В 2014 году диагноз ЛЗН был лабораторно подтвержден в 5 сл.

Все больные незадолго до начала заболевания отмечали укусы комаров или находились в условиях, не исключающих возможность укусов комарами.

ЛЗН с поражением ЦНС может проявляться в форме серозного

менингита или менингоэнцефалита, синдрома полиомиелита, синдрома полирадикуломиелита и синдрома острой полирадикулонейропатии Гийена-Барре.

Таким образом, если у больного обнаружены данные неврологические синдромы, нужно иметь в виду, что одним из этиологических факторов может служить вирус лихорадки Западного Нила. Поэтому такие пациенты нуждаются в тщательном обследовании, направленном на обнаружение возбудителя этого заболевания.

НЕЙРОПАРАЗИТОЗ

О.В. Мартынова (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

Эхинококкоз головного мозга относится к редкому паразитарному заболеванию нервной системы. Первичные поражения головного мозга эхинококкозом встречается относительно редко и составляет от 0,4 до 4-9,9% всех случаев эхинококкоза человека.

Характерно длительное бессимптомное течение заболевания, поскольку киста увеличивается медленно (в среднем на 1 см в год) и обычно не вызывает реактивных изменений в ткани мозга. Поэтому на момент обращения к врачу киста достигает обычно больших размеров и в клинической картине присутствуют признаки внутричерепной гипертензии. Заболевание проявляется в виде гипертензивного синдрома и очаговой симптоматики, что схоже с клинической картиной опухоли мозга. Эхинококкоз головного мозга распознается чрезвычайно сложно. Как правило, вначале предполагается диагноз — опухоль мозга, который можно верифицировать при магнитно-резонансной томографии или во время операции головного мозга. Уточняется диагноз в случаях выявления эхинококкоза во внутренних органах (чаще всего в печени), при кожных пробах Кацони и РСК Гедина-Вейнберга и получении некоторой анамнестической информации о профессии (контакт с животными).

Клинический пример. Больной: 1992 г/р. Диагноз: Эхинококкоз. Множественный эхинококкоз головного мозга. Паразитарная киста ЛЖ.

Пациент поступил с жалобами на приступы потери сознания, появившиеся в марте 2010 г., сопровождающиеся потемнением в глазах, головокружением, судорогами. Больным считает себя с февраля 2010 г., когда впервые потерял сознание. При обследовании по месту жительства

на ЭХОКГ выявлена гиперэхогенная структура в проекции хорд МК с неровными контурами 32х20х16 мм, митральная регургитация 1-2 степени. По данным ЯМРТ головного мозга от 08.04.10 г. Признаки многоочагового мультикистозного поражения полушарий головного мозга паразитарного характера.

Заключение: МР - признаки многоочагового мультикистозного поражения полушарий головного мозга, вероятнее всего паразитарного характера.

Лечение: Рекомендовано оперативное лечение.

Больной от операции отказался. Выписан под наблюдение участкового врача.

МНИМЫЕ ПАЗАРИТОЗЫ

О.В. Мартынова(IV курс, лечебный факультет),

Н.Ф. Имамудинова (IV курс, лечебный факультет),

Е.С. Иванова (V курс, лечебный факультет)

Научные руководители – асс. К.В. Буйневич, к.м.н., доцент Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии(зав. каф. – д.м.н., А.В. Хрящев)

Кафедра инфекционных болезней

(зав. кафедрой – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

С проблемой мнимых паразитозов в своей работе сталкивается каждый врач, как правило, это врач терапевт или инфекционист. Больные приходят с жалобами, на основании которых можно было бы предположить гельминтоз, или с полной уверенностью в наличии у них паразитов.

Мнимые паразитозы часто находят у себя лица, страдающие различными соматическими и психическими расстройствами, а также лица старческого возраста. По данным литературных источников, среднее соотношение женщин и мужчин, обращающихся с мнимыми паразитозами, составляет 2,5:1.

Больные мнимыми паразитозами, как правило, уверены в наличии у себя заболевания настолько, что не найдя подтверждения самостоятельно диагностированного у себя гельминтоза, агрессивно реагируют на неверие родственников, неподтверждённый врачами диагноз, поэтому меняют одного специалиста за другим. Причем, интересует их не диагностика, а только лечение мнимого паразитоза. Многие больные тщательно изучают собственный биоматериал, стараются найти там паразитов, нередко собирают его во множество различных емкостей, принося их на прием к

специалисту. Отдельные пациенты считают, что их случай «представляет интерес для науки», поэтому тщательно изучают «свою болезнь», делают зарисовки или фотографии. Больные мнимыми паразитозами часто моются, используют различные дезинфицирующие средства, пытаются избавиться от предполагаемого источника заражения или даже меняют место жительства.

Возникновение мнимого паразитоза может быть связано либо с восприимчивой психикой больного к информации из различных источников (как правило, псевдонаучных), ятрогенным влиянием медицинских работников, огромным количеством рекламы заинтересованных фирм, навязывающих дорогостоящие методы диагностики и лечения, психической травмой больного мнимым паразитозом, реально перенесшего когда-то паразитарную инвазию.

Вывод. Поэтому, исходя из всего описанного, следует тщательно выслушать пациента, провести его обследование и постараться убедить в неправильности его суждения от представления о болезни.

ЛЕКАРСТВО И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

ПРИМЕНЕНИЕ МИЛДРОНАТА В НЕВРОЛОГИИ

А.И. Рудаева(V курс, лечебный факультет),

К.А. Утеева (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Е.А.Орлова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра клинической фармакологии (зав.кафедрой д.м.н. Умерова А.Р.)

Актуальность: Расстройство мозгового кровообращения является одной из наиболее актуальных проблем клинической неврологии. Милдронат является аналогом карнитина, улучшает метаболические процессы, способствует перераспределению кровотока в ишемизированные зоны в головном мозге, оказывает положительное влияние на дистрофические изменения кровеносных сосудов.

Цель исследования: Выявить эффективность милдроната в периоде восстановительного лечения у больных с ОНМК и дисциркуляторной энцефалопатией.

Материалы и методы: В группу обследованных вошли 24 больных ОНМК в восстановительном периоде и 15 больных дисциркуляторной энцефалопатией. Были взяты 2 группы пациентов в возрасте от 45 до 70 лет. У большинства больных основное заболевание сочеталось с симптоматической гипертонией, ИБС, с сахарным диабетом. Лечебный

комплекс для больных в I группе включал: ноотропные средства, вазодилатирующие, ангиопротекторы, инфузионную терапию. Во II группе программа реабилитации была дополнена назначением милдроната. При ОНМК I-II ст. назначался по 5 мл 10% раствора 1 раз в сутки внутривенно в течение 10 дней, затем перорально по 500 мг в сутки. При дисциркуляторной энцефалопатии назначался по 5 мл раствора внутримышечно 1 раз в сутки или по 250 мг внутрь 3 раза. В процессе курсового лечения контролировалось самочувствие, улучшение памяти, внимания, микроочаговая симптоматика, диссомнические расстройства.

Результаты: Эффективность лечения у больных I группы наблюдалось на 8-10 день лечения. Во II группе большинство симптомов подвергалось неполному регрессу с 6-7 дня лечения. В динамике лечения не выявлено побочных действий на препарат.

Выводы: Применение милдроната улучшает общую эффективность восстановительного лечения

ЛЬГОТНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВETERANОВ ВОЙНЫ

Курбанов Р.Г. (V курс лечебный факультет),
Кузьмичев Б.Ю. (V курс лечебный факультет)

*Научный руководитель – начальник отдела надзора и контроля в
сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий –
Дементьева В.В.*

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра клинической фармакологии (зав.кафедрой- д.м.н. Умерова А.Р.)*

Актуальность: В настоящее время большое клиническое значение имеет правильное применение законов для выписывания рецептов льготной категории граждан.

Цель: изучение правил льготного лекарственного обеспечения ветеранов войны.

Главной целью социальной политики Российского государства является последовательное повышение уровня и качества жизни населения, соблюдения основных социальных гарантий, организация дополнительного обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами по рецептам врачей.

Граждане, имеющие право на льготное лекарственное обеспечение в соответствии со следующими нормативными актами:

Ветераны Великой Отечественной войны - труженики тыла из числа лиц, указанных в подпункте 4 пункта 1 статьи 2 Федерального

закона «О ветеранах».

Реабилитированные лица и лица, признанные пострадавшими от политических репрессий, статус которым установлен в соответствии с законами Российской Федерации "О реабилитации репрессированных народов" и "О реабилитации жертв политических репрессий"

В соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи" за счет средств федерального бюджета граждане, включенные в федеральный регистр и не отказавшиеся от получения набора социальных услуг в установленном законодательством порядке:

Инвалиды войны; Участники Великой Отечественной войны;

Ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1 - 4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона "О ветеранах"

Выводы: Бесплатное предоставление ЛС при амбулаторном лечении – мера социальной поддержки наиболее незащищенных слоев населения.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА И ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ

Кошманова Н.М. (V курс лечебный факультет),

Мусаева Д.Г. (V курс лечебный факультет)

Научный руководитель – Орлова Е.А.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра клинической фармакологии (зав.кафедрой- д.м.н. Умерова А.Р.)

Сепсис — общее инфекционное заболевание нециклического типа, вызываемое постоянным или периодическим проникновением в кровеносное русло различных микроорганизмов и их токсинов в условиях неадекватной резистентности организма. Заболеваемость сепсисом в мире составляет 18-20 млн. случаев в год, а около 4-6 миллионов человек от него умирает. Сепсис является причиной 6% от всех смертей в РФ, и входит в десятку причин летальных исходов, а в некардиологических отделениях реанимации и интенсивной терапии занимает второе место. Известно, что у каждого четвертого пациента с тяжелым сепсисом развивается септический шок, летальность при котором достигает 80%.

Сепсис полиэтиологичен, он может быть вызван многими микроорганизмами, однако в подавляющем большинстве случаев в числе возбудителей оказывается лишь ограниченное число бактерий, к которым относятся, прежде всего, стафилококки, менингококки, клебсиеллы, синегнойная и кишечная палочки. В последнее время существенное

значение стали придавать гемолитическому стрептококку, а также смешанной этиологии сепсис, что является главной проблемой в лечении и профилактике сепсиса, так как резистентность микроорганизмов разнообразная.

Второй проблемой диагностики является отсутствие в России экспресс-лабораторий для быстрой идентификации возбудителя. Таким образом, процесс диагностики затягивается до 3 дней, что усугубляет состояние больных и повышает количество летальных исходов.

К тому же действующие в стране методические рекомендации устарели и даже не предполагают возможностей использования современных способов выявления возбудителя.

В настоящее время эксперты заинтересованы проблемой быстроты и качества оказания помощи больным с сепсисом, что должно снизить уровень летальности в стране. И чем быстрее эти вопросы решатся, тем лучше!

АНАЛИЗ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ УРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Кузьмичев Б.Ю. (V курс лечебный факультет),

Курбанов Р.Г. (V курс лечебный факультет)

Научные руководители – к.м.н., доцент Орлова Е.А., зав.
отделением клинической фармакологии ГБУЗ АО АМОКБ Бузина О.Р. и
к.м.н., доцент Дорфман И.П.

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра клинической фармакологии(зав.кафедрой д.м.н. Умерова А.Р.)*

Актуальность: В настоящее время проблема резистентности бактериальной флоры к антибиотикам приобретает глобальный характер.

Цель исследования: Определить частоту резистентности флоры к антибактериальным препаратам, используемым в лечении наиболее распространенных урологических инфекций.

Материалы и методы: Нами были изучены результаты 184 бактериальных посевов пациентов страдающих урологическими инфекционными заболеваниями, из которых 125-Мочекаменная болезнь, 31-Хронический пиелонефрит, 28-перенесли острый пиелонефрит.

Результаты и их обсуждение: Ведущим уропатогеном в половине всех посевов был *E.coli*. При мочекаменной болезни *E.coli* была резистентна в 100% случаев к ампициллину, спарфлоксацину, меропенему, азитромицину; в 78% случаев – цефтазидиму; в 46% к цефоперазону, ципрофлоксацину, в 44%

кцефуроксиму,цефотаксиму, цефепиму; в 20% к гентамицину и в 15% к полимиксину.

При остром пиелонефрите E.coli была абсолютно нечувствительна к ампициллину, в 50% к амикацину, в 30% случаев кципрофлоксацину, цефтазидиму, в 20% к гентамицину.

Показатели резистентности E.coli при хроническом пиелонефрите были тождественны показателям резистентности острого пиелонефрита.

Выводы: Проводимый мониторинг чувствительности флоры к антибиотикам будет способствовать правильной тактике в выборе антибактериальных препаратов при инфекцияхмочевыводящих путей.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦЕФТАРОЛИНА (ЗИНФОРО) В ЛЕЧЕНИИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Д.Г. Мусаева (V курс, лечебный факультет)

Н.М. Кошманова (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Е.А. Орлова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра клинической фармакологии (зав.каф. – д.м.н., Умерова А.Р.)

Актуальность: «В настоящее время отмечается резкое увеличение частоты инфекций, вызванных полирезистентными штаммами, устойчивыми ко многим антибактериальным препаратам. Эта полирезистентность характерна для так называемых метициллинрезистентных (оксациллинрезистентных) MRSA стафилококков S.aureus, в том числе коагулонегативных KNS. Целый ряд известных заболеваний, вызванных такими возбудителями, не поддается традиционным схемам лечения». (Антибиотики гликопептиды: клиническое значение Н.В.Белобородова 2014г.)

Цель: Оценить эффективность Цефтаролина (Зинфоро) в лечении осложненных инфекций кожи и мягких тканей;

Материалы и методы: Был проведен ретроспективный анализ применения Цефтаролина (Зинфоро) в лечении ожоговой болезни 4 степени у 8 больных(из них 5 мужчин, 3 женщины, средний возраст 35,5 лет) ожогового отделения ГБУЗ АО АМОКБ за период 2014-2015 г.

Результаты: У всех пациентов по данным бактериологических исследований отделяемого из ран преобладали: S.aureus-70%, Ps/Aeruginosa-68%.

В связи с тяжестью состояния, наличием бактериального сепсиса, все больные в среднем получили от 8 до 10 курсов антибиотикотерапии без значимых эффектов. При включении в схему антибиотикотерапии

Цефтаролина – нового цефалоспоринового антибиотика, обладающего активностью в отношении метициллинрезистентных штаммов стафилококка (MRSA), отмечалась положительная клинико-лабораторная динамика. В 78% случаев отмечалось снижение лейкоцитоза, повышение показателей общего белка на 12% и заживление ожоговых ран.

Выводы: В результате проведенного ретроспективного анализа применения Цефтаролина (Зинforo) – антибиотика, обладающего антиMRSA активностью в лечении осложненных инфекций кожи и мягких тканей, необходимо включить данный лекарственный препарат в формулярный список жизненно необходимых лекарственных средств для эффективного и безопасного лечения пациентов с ожоговой болезнью.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОГО ОРГАНИЗМА В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КИШЕЧНОЙ ПАЗИТАРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.В. Вязовой (V курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – д.м.н., доц. Д.Ф. Сергиенко
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской педиатрии
(зав.каф. – д.м.н., проф. О.А. Баикина)*

Актуальность. В последние годы в России ежегодно регистрируется около 1 млн. больных гельминтозами, 70–90% из них – дети и подростки. Однако, по мнению ученых, истинное число больных паразитарными болезнями в России в 10 раз превышает регистрируемые показатели.

Цели: изучение распространенности хронических кишечных паразитарных инфекций среди детей; установление социальных, санитарно-гигиенических и других факторов риска, связанных с возникновением кишечных инфекций; определение возможных последствий бессимптомных хронических кишечных паразитарных инфекций для здоровья.

Материалы и методы: нами ретроспективно проанализированы 3894 истории болезни и данных лабораторных исследований кал по Като и соскобов на яйца глистов детей находящихся на лечении в ГБУЗ АО «ДГКБ № 2» г. Астрахани за 2013-2014 годы.

Результаты и обсуждение: в лабораторном материале при

исследовании у 456 (12%) детей была обнаружена глистная инвазия. *Enterobius vermicularis* у 86%, *Giardia intestinalis* у 38%, *Ascaris lumbricoides* у 11% и у 9% было обнаружено комбинированное поражение глистами и простейшими.

Среди инфицированных одним видом паразита железодефицитная анемия встречалась в 56% случаев, а в группе инфицированных двумя видами в 85%. У пациентов, пораженных простейшими и гельминтами одновременно (*Enterobius vermicularis* и *Giardia intestinalis*), отмечалось более выраженное снижение уровня гемоглобина и гематокрита.

БРОНХОФОНИЯ И СПИРОМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Н.А Курбанов (V курс, педиатрический факультет)

Х.З. Витаев (IV курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – доцент, д.м.н. Сергиенко Д. Ф

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской педиатрии (зав. каф. - д.м.н. проф. Башкина О.А)

Актуальность. В структуре общей детской заболеваемости, в том числе у детей раннего возраста, болезни органов дыхания занимают первое место в РФ. В связи с этим особое значение имеет ранняя диагностика патологических процессов в органах дыхания, в том числе их функциональная характеристика. Однако арсенал методов для оценки нарушений функции внешнего дыхания у детей раннего возраста ограничен в силу того, что дети в первые 5 лет жизни не могут выполнять форсированные маневры. Большое значение имеют методы, основанные на анализе спокойного дыхания: бронхофонография.

Цель: Изучить характер изменений функции внешнего дыхания при острых и хронических заболеваниях бронхолегочной патологии у детей, методом бронхофонографии.

Материалы и методы исследования: нами ретроспективно проанализированы 529 истории болезни с результатами бронхофонографии у детей находящихся на лечении в ГБУЗ АО «ДГКБ № 2» г. Астрахани за 2013-2014 годы. Из них 223 - с бронхиальной астмой, 89 детей - с бронхитом, 23 ребенка - с бронхолегочной дисплазией, 112 - с пневмонией и 23 - с муковисцидозом.

Результаты исследования и их обсуждения : Бронхофония

При БА нарушение проходимости нижних и средних дыхательных путей определено у ...69 больных, изолированное нарушение проходимости средних дыхательных путей у 43..... пациентов, изменения

не выявлены у...15...детей.

При бронхитах СИНДП-62 , СДП-48,НПНДП-12.

При БЛД СИНДП-21, СДП-7, НПНДП-4

При пневмонии СИНДП-46 , СДП-63 , НПНДП-0.

При муковисцерозе СИНДП-6 ,СДП-2 НПНДП-2

Выводы: на основании полученных данных можно резюмировать, что метод бронхофонографии позволяет выявить и качественно изучить обструктивные нарушения по характеру дыхательных шумов, помогает отслеживать динамику патологического процесса.

ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Е.Х. Сапахова (VI курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доцент Т.Н. Доронина

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования (зав. каф. – д.м.н., проф. Н.С. Черкасов)

Цель работы: определить динамику структуры нарушений ритма сердца у детей, занимающихся различными видами спорта.

Материалы и методы: объектом исследования послужили 34 ребенка с различными нарушениями ритма сердца, в возрасте от 7 до 16 лет. Они были разделены на 3 группы в зависимости от уровня физических нагрузок: в первую вошли 4 исследуемых с минимальными спортивными нагрузками, во вторую – 13 детей со средней интенсивностью, а в третью – 17 наблюдаемых с интенсивной спортивной тренированностью. Нами использовались анамнестический, клинический, инструментальный (ЭКГ, ЭХО-КГ, Холтер-ЭКГ) и статистический методы. Все дети были обследованы на базе ГБУЗ АО «Областной врачебно-физкультурный диспансер».

Результаты: установлено, что нарушения ритма сердца выявляются у всех при обследовании случайно. Среди нарушений ритма сердца преобладают синусовая аритмия (35,3%), суправентрикулярная экстрасистолия (32,4%), желудочковая экстрасистолия (26,8%). При этом было выявлено, что у детей третьей группы желудочковая экстрасистолия встречается чаще (47,1%), чем у детей в первой (25%) и второй групп (15,4%). Такая же тенденция сохраняется и с синусовой аритмией. У детей третьей группы, в отличие от первой и второй групп, на ЭКГ был выявлен

нижнепредсердный ритм (41,2%). У 53% детей была выявлена ВСД, при этом во всех группах наблюдаются незначительные ее колебания. По результатам ЭХО-КГ были выявлены МАРС(47,1%), которые во второй группе преобладали (61,5%), чем в третьей(41,2%) и первой (25%)группах.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у детей, занимающихся тяжелыми видами спорта, нарушения ритма сердца встречаются достоверно чаще, чем у детей, занимающихся спортом средней и легкой тяжести, т.е. имеющими более «щадающие» режимы тренировок.

Выводы:

1. Установлено, что даже минимальные физические нагрузки приводят к нарушению ритма сердца у детей.
2. Выявлено, что дети заведомо приходят в спорт с нарушениями ритма сердца.
3. Было отмечено, что у юных спортсменов нет режима дозирования и индивидуального подхода в физических тренировках.

СИНДРОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА У ДЕТЕЙ

А.В. Расщепкин (VI курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доцент, Доронина Т.Н.

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной педиатрии с курсом последипломного
образования (зав. каф. – д.м.н., проф. Н.С. Черкасов)*

Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW) — наиболее частый вид преждевременного возбуждения желудочков. По данным различных авторов, его распространенность в общей популяции колеблется от 0,15-2%. В большинстве случаев клиническая манифестация синдрома WPW возникает в молодом возрасте (от 10 до 15 лет).

Цель исследования: установить частоту встречаемости синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта и эффективность радиочастотной абляции у детей.

Материалы и методы: объектом исследования послужили 16 детей школьного возраста с признаками синдрома WPW, из них 8 (50%) наблюдались до и после радиочастотной абляции (РЧА). У остальных диагностировался феномен WPW. Нами использовались: анамнестический, клинический, инструментальный (ЭКГ, ЭХО-КГ, электрофизиологическое исследование (ЭФИ)) и статистический методы.

Результаты: установлено, что синдром у большинства пациентов выявляется случайно при обследовании. Среди жалоб отмечались: сердцебиение у 4 (25%), слабость и головокружение - 6 (37,5%), утомляемость у 83% пациентов. Проводимая консервативная терапия антиаритмическими препаратами, как правило, не давала эффекта (75%). В связи с этим пациентам была назначена РЧА. После проведенной радиочастотной абляции вышеуказанные жалобы не наблюдались в течение 2-3 лет. Приступы тахикардии не выявлялись, на ЭКГ не отмечались изменения, характерные для WPW.

Следовательно, частота встречаемости синдрома WPW у пациентов детского возраста относительно высокая, в большинстве случаев консервативная терапия неэффективна, в связи, с чем показано проведение РЧА. У наблюдаемых детей ретроспективно доказана высокая эффективность РЧА.

Выводы:

4. Установлена высокая частота встречаемости синдрома WPW.
5. Подтверждена более высокая эффективность применения радиочастотной абляции у детей при данном синдроме в сравнении с антиаритмической терапией.

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОЖДЁННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Р.М. Гаджиева (VI курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель - к.м.н., асс. О.В. Давыдова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной педиатрии с курсом ПО

(зав. каф. -д.м.н., проф. Н.С. Черкасов)

Актуальность. Коморбидность- сочетание двух или нескольких самостоятельных заболеваний или синдромов, ни один из которых не является осложнением другого, если частота этого сочетания превышает вероятность случайного совпадения.

Цель. Анализ структуры коморбидной патологии у детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет, родившихся с массой тела менее 2500 г.

Материалы и методы исследования. Проанализировано 70 архивных карт стационарных больных. В зависимости от степени дефицита массы при рождении дети разделились на две группы: 1). рождённые с массой тела 2500-1501 г. (низкая масса) – 53 ребёнка; 2). с массой тела 1500-1001 г. (очень низкая масса) - 17 детей. Для обработки данных применялись анамнестический, клинический и статистический

методы.

Результаты исследования и их обсуждение. Ведущими факторами акушерского анамнеза в первой группе были хроническая внутриутробная гипоксия плода, риск реализации ВУИ и анемия, во второй- хроническая внутриутробная гипоксия плода, анемия, преэклампсия и угроза прерывания. В первой группе детей среднее количество диагнозов на пациента составило $3,58 \pm 1,24$, во второй - $4,23 \pm 1,33$. В структуре коморбидной патологии в обеих группах преобладало сочетание патологии нервной системы, сердечно-сосудистой патологии и заболеваний мочевыделительной системы. При оценке данных физического развития мы определили, что в обеих группах дети имели отставание в физическом развитии, в группе с низкой массой -71,7% детей, в группе с очень низкой массой -70,6%. Отставание в психомоторном развитии отмечалось у 52,83% пациентов из группы с низкой массой и у 76,5% из группы с очень низкой массой тела.

Выводы: 1. Установлено, что факторы акушерского анамнеза в обеих группах однородны.

2. Выявлено, что среднее количество нозологий в обеих группах позволяет говорить о коморбидности у детей раннего возраста с дефицитом массы тела при рождении.

3. Отмечено, что структуре коморбидной патологии в обеих группах преобладало сочетание нервной, сердечно-сосудистой патологии и заболеваний мочевыделительной системы.

4. Выявлено, что отставание в физическом и психомоторном развитии наблюдалось у детей из обеих групп.

ПРОБЛЕМА ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНИТОВ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Д. М.-А. Пирмухаметова (III курс, педиатрический факультет)

Научный рук-ль – к.м.н., доц. Е. Ф. Козина, асс. Ф. И. Елисеев

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии и неонатологии (зав.каф. – д.м.н. Е. И. Каширская)

Несмотря на несомненные успехи в диспансеризации детей с хронической патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), стандартизации подходов к лечению больных, проблема хронических болезней ЖКТ остается актуальной до настоящего времени, что определило цель нашей работы.

Цель: изучить структуру и выявить наиболее значимые факторы риска формирования хронических заболеваний органов пищеварения у

детей Астраханской области на современном этапе

Материалы и методы: работа проводилась в гастроэнтерологическом отделении ОДКБ им. Н. Н. Силищевой. Нами наблюдались 86 детей дошкольного и школьного возрастов из города Астрахани и Астраханской области. В ходе исследования изучены отчеты гастроэнтерологического отделения за 2011-2014 годы. Кроме того использовались анамнестические, клинические, инструментальные (ФГДС, УЗИ), лабораторные, статистические методы исследования.

Результаты: в динамике отмечено увеличение больных детей с хроническими гастродуоденитами и язвенной болезнью. В 2011 году в структуре заболеваемости хронический гастродуоденит составил 57,6%, против 69,8% в 2014 году. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки 9,1% и 13,7% соответственно. По результатам анкетирования отягощающими факторами хронических заболеваний ЖКТ в 57% случаев выступает наследственная предрасположенность, а также в 72% выявлено нарушение режима и качества питания, в 44% поздняя обращаемость к специалисту, большая часть детей отмечает неблагоприятный психологический климат в семье в связи с финансовыми трудностями..

Выводы: 1) основное значение в возникновении хронических гастродуоденитов и язвенной болезни у детей Астраханской области принадлежит нарушению рациона и режима питания, на фоне отягощающей наследственности.

2) хронические заболевания органов пищеварения у детей диктуют необходимость поиска новых комплексных научно- обоснованных форм профилактики.

БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ - СОВРЕМЕННЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Г.Р. Ишмаметова(VI курс, педиатрический факультет),

И.А. Захарова (VI курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель - к.м.н., доцент М.В. Богданьянц, врачи-педиатры Центра здоровья Н.В. Лихачева, Э.О. Пестрецова, А.Ю. Сысоева

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра пропедевтики детских болезней, поликлинической и
неотложной педиатрии (зав. каф. - д.м.н., проф. А.А. Джумагазиев)*

За два последних десятилетия растущая распространенность ожирения у детей и подростков и высокая частота нарушений углеводного и липидного обмена свидетельствуют об актуальности исследования

проблемы. В настоящее время в целях раннего выявления избыточной массы тела в детско-подростковой популяции в нашей стране во всех функционирующих Центрах здоровья для детей широко используется новейший биоимпедансный метод анализа состава тела человека.

Нами представлена модель комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования детей и подростков в Центре здоровья для детей на базе ГБУЗ АО «ДГП №1», включающая использование аппаратного биоэлектрического метода - биоимпедансометрии, позволяющего проводить оценку состава тела человека и показатели, используемые для оценки степени ожирения.

Цель исследования: установить эффективность метода биоимпедансометрии при ранней диагностике избыточной массы тела у детей.

Материалы и методы. По данным работы Центра здоровья ГБУЗ АО "ДГП №1" г. Астрахани за период 2014 года и 1 квартал 2015 года обследовано 4071 ребенок в возрасте от 12 до 18 лет. Производилась оценка параметров состава тела и основного обмена на основании корреляции между импедансом и количеством общей воды в организме, безжировой массы тела и жировой массы. При анализе полученных данных учитывались возрастная градация детей и половая принадлежность.

Результаты. Среди обследованных детей в возрасте от 12 до 18 лет за данный период выявлено 1218 человек (29,91% от общего числа обследованных) с факторами риска по развитию ожирения. Все выявленные дети направлены на консультацию к врачу-эндокринологу и приглашены на занятия в школу "Профилактика ожирения" на базе ГБУЗ АО "ДГП №1", которую посетили 130 человек (10,67%).

Выводы. Эффективность метода биоимпедансометрического анализа высока в связи с тем, что позволяет быстро и абсолютно безопасно получить объективные показатели, используемые для оценки степени ожирения.

Секция: Возрастные особенности детского организма в норме и патологии.

ГЛИКОГЕНОЗЫ У ДЕТЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

З. Г. Наврузова (V курс, педиатрический факультет),

К. В. Кокуева (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Т. Ф. Козина

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии и неонатологии

(зав.каф. – д.м.н. Е. И. Каширская)

Одной из наиболее сложных проблем педиатрии является диагностика и лечение наследственных болезней обмена, число которых в настоящее время составляет более 700 нозологических единиц. К наследственным болезням обмена углеводов относится гликогеновая болезнь, обусловленная нарушением обмена гликогена. Исследования последних лет показали, что гликогеновая болезнь является менее редким заболеванием, чем предполагалось ранее. В отечественной педиатрии, в результате многолетнего наблюдения было выявлено 97 детей с данной патологией. Значительная распространенность гликогенозов, прогрессирующее течение болезни, исход в цирроз печени, ранняя инвалидизация требуют своевременной диагностики и целенаправленной терапии в детском возрасте.

Нами была поставлена цель – изучение частоты и особенностей клинко-лабораторных проявлений гликогеновой болезни печени у детей в Астраханской области.

Материалы и методы: работа проводилась на базе Центра охраны здоровья семьи и репродукции г. Астрахани. Нами наблюдалось 18 детей, из обратившихся в Центр с наследственными болезнями обмена, для картирования патологических генов. В ходе работы использовались следующие методы: анамнестические, клинические, лабораторные, инструментальные (УЗИ, ФГДС), а также ферментодиагностика и молекулярно-генетическое исследование уровня.

Результат: из числа обследованных выявлено 4 ребенка с диагнозом гликогеноз. Для дифференциальной диагностики 2 детей были направлены в Научный центр здоровья детей РАМН, где подтвержден диагноз - гликогеноз 1b типа, печеночная форма. У других детей диагноз гликогеноз не вызывал сомнения, выставлен на основании клинических и лабораторных данных, от уточнения типа гликогеноза в НЦЗД РАМН семья отказалась из-за финансовых трудностей.

Выводы: 1. Гликогеновая болезнь печени отмечена в структуре наследственных болезней обмена, что диктует необходимость тщательной диагностики на наличие гликогенозов у всех детей с гепатомегалией, задержкой роста. 2. В связи с регистрацией гликогеновой болезни у детей в Астраханской области, необходимо уделить больше внимания данной патологии врачам и студентам.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ (0-14 ЛЕТ) В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

А. А. Поляниченко (III курс, педиатрическое отделение),

Т. В. Ялынская (IV курс, лечебное дело)

Научный руководитель: к.м.н, доцент Е. Ф. Аргунова
*Медицинский институт Северо-Восточного федерального
университета имени М. К. Аммосова, г. Якутск*
Кафедра педиатрии и детской хирургии
(зав.каф. – к.м.н. Я. А. Мунхалова)

Актуальность. Онкопатология является одной из основных причин смерти детей до 14 лет. На долю населения детского возраста приходится от 2 до 8% от всех онкологических заболеваний.

Целью исследования явилось выявление динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗН) у детей в Республике Саха (Якутия) за период с 2000 по 2014 гг.

Материалы и методы. Среднегодовая численность детского населения РС (Я) в возрасте 0 – 14 лет за период наблюдения составила $219318,2 \pm 3507,8$. Анализировались все случаи выявленных онкопатологий у детей, лечение которых проводилось в условиях онкологического отделения Педиатрического центра РБ № 1 - НИЦМ. Расчет показателя заболеваемости проводили по формуле: $Y = [n \times 105] / [N \times T]$. Статистическая обработка проведена с помощью пакета прикладных программ MS Excel-07.

Результаты исследования. За указанный период выявлено 392 ребенка со ЗН, из них мальчиков 239 (61 %), девочек 153 (39 %). В структуре ЗН преобладали лейкозы – 141 ребенок (36 %), на втором месте опухоли ЦНС – 69 (17,6 %), на третьем лимфомы – 53 (13,5 %), далее опухоли костей – 19 (4,8 %), почек – 14 (3,6 %), печени – 11 (2,8 %) и т. д. Среднегодовой показатель заболеваемости детей ЗН составил

$11,9 \pm 0,8$ на 100 тыс. детского населения, заболеваемость у мальчиков – $14,2 \pm 1,23$, у девочек – $9,5 \pm 0,73$. Преобладали дети от 0 до 4 лет – 174 (44,4 %). Заболеваемость в этой возрастной категории оказалась намного выше $16,2 \pm 1,35$. Детей от 5 до 9 лет было 100 (25,5 %), заболеваемость составила $9,53 \pm 1,07$, от 10 до 14 лет – 118 (30,1 %), заболеваемость среди них – $10,09 \pm 1,16$. Заболеваемость лейкозами составила 4,29, опухолями ЦНС – 2,09, лимфомами – 1,61 на 100 тыс. детского населения.

Выводы. Показатель заболеваемости ЗН в РС (Я) оказался ниже, чем в РФ и регионах РФ (РФ – 12,6, Забайкальский край – 12,3, Москва – 14,3) и развитых странах. Заболеваемость у мальчиков значительно выше, чем у девочек. Возрастной пик заболеваемости приходится на возраст 0-4 лет.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

А.О. Яровая (аспирант)

Научный руководитель – д.м.н., доц. Т.Н. Доронина
*Астраханский Государственный Медицинский Университет
Кафедра госпитальной педиатрии с курсом последипломного
образования (зав. каф. – проф. Н.С. Черкасов)*

Осложнения сахарного диабета (СД) I типа являются причиной ранней инвалидизации и высокой летальности больных, что обуславливает его медицинскую и социальную значимость.

Цель. Определить значение показателей вариабельности ритма сердца (BPC) для дифференциальной диагностики кардиальных осложнений СД I типа у детей.

Материалы и методы. Клинические, инструментальные, статистические. Обследовано 55 человек в возрасте от 5 до 10 лет. Из них контрольную группу составили 25 детей, у которых не было клинических признаков СД I типа, а в другую вошли 30 пациентов с СД I типа.

Результаты. В контрольной группе выявлены нормальные значения параметров BPC: TP 6200 – 3620 мс², HF3562 – 1400 мс². Больные дети, в зависимости от спектральных показателей были разделены на две подгруппы. В первую подгруппу входили 16 пациентов со сниженными значениями BPC: TP3600 – 1635 мс²

(p_1)<0,01, HF1327 – 356 мс²(p)₁<0,001, по сравнению с контрольной. У них клинико-инструментально выявлена дезадаптация сердечной деятельности. Так у 7 детей были жалобы на боли в сердце, приглушенность сердечных тонов (6), систолический шум на верхушке (5). На ЭКГ: синусовая бради- тахикардия (10), нарушения процессов реполяризации (12). Вторую подгруппу составили 14 человек, с очень низкими параметрами ВРС: TP1377 – 168 мс²(p)₁<0,001, (p)₂<0,001, HF349 – 34 мс²(p)₁<0,001, (p)₂<0,01. Клинически обращало внимание, что 9 пациентов предъявляли жалобы на боли в сердце, расширение границ сердца влево (6), приглушенность сердечных тонов (9), систолический шум на верхушке (8). На ЭКГ: синусовая бради- тахикардия (11), метаболические нарушения в миокарде (10), нарушения процессов реполяризации (4). У всех детей в этой группе подтверждено наличие диабетической кардиомиопатии.

Вывод. Согласно полученным данным, можно предположить, что наличие умеренно сниженных показателей ВРС, может указывать на дезадаптацию сердечной деятельности. В тоже время, очень низкие параметры, как правило, сопутствуют диабетической кардиомиопатии.

АНАЛИЗ ВРОЖДЕННЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 5 ЛЕТ

Е.А. Антюшина(V курс, педиатрический факультет),

В.В. Белошапка(V курс, педиатрический факультет),

Н.М.к. Гусейнова (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. О.А. Башкина
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской педиатрии
(зав.каф.- д.м.н., проф. О.А. Башкина)

В настоящее время среди актуальных проблем современной иммунологии первичные иммунодефициты (ПИД) занимают одно из ведущих мест. Основу ПИД составляет генетически обусловленная неспособность организма реализовать определенные механизмы иммунного ответа, необходимые для элиминации чужеродных агентов из организма и развития адекватных воспалительных реакций. Клиническая манифестация при большинстве первичных иммунодефицитов происходит на первом и втором году жизни, диагностируются же они чаще в школьном возрасте. Первичные

иммунодефициты относятся к редким болезням, поэтому осведомленность о данной патологии как в медицинском сообществе, так и среди больных крайне низкая. Это приводит к несвоевременной диагностике и неадекватному лечению пациентов, страдающих первичными иммунодефицитами. Следствием позднего начала лечения является ранняя инвалидизация и высокая смертность больных, а также высокие затраты государства на лечение осложнений первичных иммунодефицитов и оплату листов нетрудоспособности. Своевременная и адекватная терапия в настоящее время позволяет достигать взрослого возраста без признаков инвалидизации и вести активный образ жизни.

Цель исследования: Разработка критериев ранней диагностики, тактики лечения и ведения больных детей с первичными иммунодефицитами на основании изучения клинических проявлений, иммунологических особенностей и анализом адекватности лечебных мероприятий.

Материалы и методы: Нами проведен анализ медицинских карт ОДКБ имени Н. Н. Силищевой больных детей с первичным иммунодефицитом за 5 лет.

Результат исследования: В результате исследования было выявлено, что больных, страдающих первичным иммунодефицитом, изначально ведут с диагнозом сопутствующей симптоматики и в связи с этим на ранних этапах заболевания не оказывают полную патогенетическую медицинскую помощь.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ

М.В. Сувханова(VI курс, педиатрический факультет),

М.В. Щербанева (VI курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель - д.м.н., доц. Безрукова Д.А.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики детских болезней, поликлинической и неотложной педиатрии(зав. каф. – д.м.н., проф. А.А. Джумагазиев)

Актуальность. Эхинококкоз является одной из тяжелейших форм антропозоонозов. В клинической картине неосложненного эхинококкоза нет ни одного патогномоничного симптома, на основании которого можно было бы установить достоверный диагноз, что

обуславливает позднюю диагностику заболевания. Эхинококкоз легких стоит на втором месте после внутрипеченочной локализации и характеризуется более быстрым ростом паразита, чем в других органах, за счет более высокой податливости и эластичности паренхимы легкого.

Цель исследования: выявить особенности клинического течения неосложненного эхинококкоза легких и печени у ребенка в возрасте 5 лет.

Материалы и методы: клиничко-anamнестические, рентгенологические, инструментальные результаты обследования ребенка (девочки А., 5 лет), с подтвержденным в ходе оперативного лечения диагнозом эхинококкоза легких и печени.

Результаты и их обсуждение. Родители девочки обратились за помощью в связи с жалобами на затруднение дыхания, боли в грудной клетке, невозможность осуществить глубокий вдох, малопродуктивный навязчивый кашель, периодические боли в правом подреберье после физической нагрузки, усилившиеся в течение последнего месяца до обращения. Ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Семья проживает в частном доме, имеется собака, часто выезжали в Казахстан. В ходе обследования рентгенологически выявлено большое (до 6 см в диаметре) затемнение в области нижней доли правого легкого, а также множественные кисты в печени. Обследование: в ОАК $Eg\ 4,12 \times 10^{12}/л$, $Hb\ 125\ г/л$, $ЦП\ 0,91$, $Le\ 6,70 \times 10^9/л$, $PLT\ 293 \times 10^9/л$, эозинофилия до 17 в п/зр., СОЭ 15 мм/час. ОАМ–без особенностей. Биохимический анализ крови: общий белок 50 г/л. АЛТ 1,2 мккат/л, АСТ-1,5 мккат/л. ЭКГ: Ритм синусовый, правильный (96 уд/мин). Нормальное положение ЭОС. Девочке дважды проведено оперативное лечение (1-торакоскопия, эхинококкэктомия, 2-лапароскопия, эхинококкэктомия), в ходе которого диагноз был подтвержден. Выписана с улучшением.

Выводы: в ранней диагностике заболевания большое значение имеет санитарно-просветительская работа с населением, правильно построенное диспансерное наблюдение (своевременное проведение рентгенографии легких, ультразвукового исследования органов брюшной полости).

КИШЕЧНАЯ МИКРОФЛОРА У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА И КОЖНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

Е.А. Галкина (VI курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель - д.м.н., доц. Безрукова Д.А.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики детских болезней, поликлинической и неотложной педиатрии(зав. каф. – д.м.н., проф. А.А. Джумагазиев)

Актуальность. Микроэкологические нарушения кишечника у детей достаточно часто сопровождают физиологические процессы, обусловленные становлением иммунной, эндокринной, нервной и других систем детского организма и не требуют медикаментозной коррекции. Однако длительные нарушения микробиоты кишечника, сопровождающиеся ростом факультативной микробной флоры, могут приводить к нарушениям гомеостаза и в ряде случаев манифестируют клинически в виде различных симптомов.

Цель исследования: оценить состояние микроэкологического статуса кишечника у детей с кожными проявлениями пищевой аллергии и/или функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), проживающих в условиях городской среды обитания (г. Астрахань).

Материалы и методы: микрофлора кишечника была изучена у 30 детей (13 мальчиков и 17 девочек), находившихся под наблюдением у гастроэнтеролога и/или аллерголога ГБУЗ АО «ДГП №1». По клиническим проявлениям дети были распределены на 3 группы (1 группа-с кожными проявлениями пищевой аллергии-10 детей; 2-я с дисфункцией ЖКТ, проявляющейся в виде неустойчивого стула или запоров-14 детей; 3-я-с сочетанием кожных проявлений пищевой аллергии и дисфункцией ЖКТ-6 детей).

Результаты и их обсуждение. У всех детей в той или иной степени были выявлены нарушения микробиоценоза кишечника. Так, 1 степень дисбиоза кишечника обнаружена у 23%, 2-ая – у 50%, 3-я – у 27% обследованных детей. Наиболее значительные отклонения от нормы отмечены в 3 группе детей, с сочетанием кожных проявлений пищевой аллергии и дисфункцией ЖКТ (1-я степень дисбиоза кишечника в этой группе не встречалась ни у одного ребенка, 2-я степень- 50% и 3-я степень-у 50% детей; снижение бифидобактерий наблюдалось у 40%, лактобактерий-у 60%, энтерококков-у 80% обследованных; увеличение

Staphylococcus aureus отмечено у 80%, грибов рода *Candida* – у 20% и *Klebsiella* spp. – у 60% детей).

Выводы: у всех обследованных детей наблюдались отклонения от нормы, что проявлялось дефицитом нормальной флоры и увеличением условно-патогенной микрофлоры кишечника, наиболее выраженными при сочетании кожных проявлений пищевой аллергии и дисфункции желудочно-кишечного тракта.

РОЛЬ ПЕРСИСТЕНЦИИ ВИРУСОВ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Р.М. Гаджиева(VI курс, педиатрический факультет),

Л.М. Марзиева (VI курс, педиатрический факультет)

Астраханский государственный медицинский университет

Научный руководитель - д.м.н., доц. Безрукова Д.А.

Кафедра пропедевтики детских болезней, поликлинической и неотложной педиатрии (зав. каф. - д.м.н., проф. А.А. Джумагазиев.)

Актуальность. Результаты многочисленных эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что большинство детей в течение года переносит от трех до пяти эпизодов ОРЗ, причем заболеваемость в 2-2,5 раза выше у детей первых трех лет жизни, чем в возрасте 10 лет и старше. Рецидивирующие респираторные инфекции приводят к нарушению функционального состояния организма, могут обуславливать срыв адаптации и вызывать развитие хронической патологии. Эффективность оздоровления часто болеющих детей во многом зависит от рациональной организации реабилитирующих мероприятий.

Цель исследования: изучить роль персистенции вирусов у часто болеющих детей.

Материалы и методы: было обследовано 38 часто болеющих детей (20 девочек -53%, 18 мальчиков- 47%), находившихся под наблюдением у иммунолога ГБУЗ АО «ДГП№1». Средний возраст детей составил 5 лет (от 3 месяцев до 14 лет). Исследованы IgG к цитомегаловирусу (ЦМВ), вирусу Эпштейна-Барр (ВЭБ)+результаты соскоба из носоглотки методом ПЦР, особенности общего анализа крови, показатели сывороточного железа, при наличии рецидивирующих бронхитов - дополнительно IgG к *Mycoplasma*, *Chlamydia pneumoniae*. При наличии признаков хронического тонзиллита исследовался уровень АСЛО.

Результаты: выявлено, что 44,7% (17 детей) имели IgG к ЦМВ, у 36,8% (14 детей) - IgG к вирусу Эпштейн-Барр, у 7,8% (3 детей) - IgG к *Mycoplasma pn*. Антител к *Chlamydia pneumoniae*. Кроме того, у 10 детей

(26,3%) отмечено повышение АСЛО, у 13 детей (34,2%) повышен IgE (общий), у 1 ребенка (2,6%) обнаружен HCV. Показатели сывороточного железа были ниже нормы у 15 детей (39,4%).

Выводы: У часто болеющих детей имеет место сочетанная патология (частая персистенция цитомегаловируса и вируса Эпштейна-Барр, хронический тонзиллит, в том числе, стрептококковой этиологии, железодефицитная анемия, сопутствующая пищевая и бытовая аллергия), требующая комплексного подхода к реабилитации и терапии.

ПРОГРАММНЫЙ ПРОДУКТ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ СПОСОБА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЧАСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА, АССОЦИИРОВАННЫХ С ИНФИЦИРОВАННОСТЬЮ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСОМ У ДЕТЕЙ

П.В. Коновалов (IV курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель асс.каф. Э.И.Джальмухамедова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики детских болезней, поликлинической и

неотложной педиатрии (зав. каф. д.м.н., проф., А.А. Джумагазиев)

В последние годы значительно возрос интерес к проблеме внутриутробных и перинатальных инфекций, среди которых особое внимание уделяется герпесвирусным инфекциям и, в частности, цитомегаловирусной инфекции. Герпетическая и цитомегаловирусная инфекции остаются одной из ведущих причин мертворождаемости, самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, заболеваемости новорожденных и младенческой смертности и инвалидности, но так же эта проблема встаёт остро и перед детьми более старшего возраста, и влиянии данного вируса на организм ребёнка и его иммунную систему. В связи с чем, Э.И.Джальмухамедовой под руководством А.А.Джумагазиева был разработан метод, который относится к профилактической педиатрии, касающийся прогнозирования частых заболеваний респираторного тракта, ассоциированных с цитомегаловирусной инфицированностью, по 33 ключевым признакам. Выявленные данные обрабатываются с использованием графических таблиц и полученные при обработке данных результаты сопоставляются с пороговым значением суммарного прогностического коэффициента $\sum PK = +13$, по достижении которого вероятность частых заболеваний респираторного тракта, ассоциированных с инфицированностью цитомегаловирусом составляет 95%.

При использовании электронных таблиц расчет выполняется

автоматически, с учетом введенных в поля таблицы предикторов. При превышении итоговым суммарным ПК балльной оценки +1366. выдается заключение о 95% вероятности частых заболеваний, ассоциированных с ЦМВ инфицированностью.

Электронные таблицы по имеющимся данным позволяют:

- составить прогноз в течение 1 минуты;
- вести базу данных пациентов с различными результатами прогноза;
- дополнять ранее составленный прогноз новыми данными, по мере их обновления, тем самым уточняя прогноз;
- использовать полученные данные для дальнейших научных исследований.

СОМАТИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

З.А.Алиева(III курс, педиатрический факультет),

А.И.Тахтарова(III курс, педиатрический факультет),

Н.Н. Янибекова (III курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель - к.м.н., доцент Т.Р.Стройкова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики детских болезней, поликлинической и неотложной педиатрии (зав. каф. – д.м.н. проф. А.А.Джумагазиев)

Проблема коморбидности – сосуществования у пациента одновременно нескольких заболеваний, связанных патогенетически или хронологически, является до настоящего времени изученной недостаточно. Известно, что у больных эпилепсией риск возникновения соматических болезней в 2—5 раз выше, чем в общей популяции и соответствующая патология может быть связана с любым внутренним органом и системой организма. В связи с этим возрастает актуальность изучения данной проблемы. Она определяется высокой социальной значимостью, а также необходимостью проведения новых фундаментальных исследований в этой области.

Цель исследования: провести клинко-anamnestический анализ соматических заболеваний у детей, страдающих эпилепсией.

Материал и методы: проанализированы 40 медицинских карт пациентов неврологического отделения ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №2»

г. Астрахани. Из 40 больных было 28 пациентов мужского пола (70%) и 12 – женского (30%). Пациенты были разделены на три возрастные группы: 0-1 года – 15%; 1-3 – 17,5%; 3х и старше – 67,5%.

Результаты и обсуждение: анализируя акушерский и неонатальный анамнез выявлено, что дети с эпилепсией были доношенными детьми в 90% случаях. Беременность протекала с различной патологией. Среди них: беременности с угрозой выкидыша составляли 37,5 % , с токсикозом – 17,5%. Дети родились путем кесарева сечения в 15% случаях. Явления острой гипоксии – 10%, обвитие пуповиной – 7,5%. Родственный брак отмечен у 2,5% пар. У 35% женщин данные дети родились от первых родов. У 15 больных детей (38%) имеласьотягощенная наследственность. У родителей чаще встречались заболевания со стороны ЖКТ: панкреатит, язвенная болезнь желудка, цирроз печени, гепатит. Патология дыхательной системы - бронхиальная астма, патология сердечнососудистой системы: врожденные пороки сердца, эндокринной системы (токсический зоб, сахарный диабет). Со стороны ЦНС - эпилепсия, вегето-сосудистая дистония. Соматический профиль заболевания у детей-эпилептиков представлен следующим образом: патология ЛОР-органов – 7,5%, крови (тромбоцитопения, анемия) - 5%, патология почек - (нефропатия) – 5%. (гепатит) – 2,5%, патология бронхо-легочной системы – 27,5 %, частые ОРЗ – 55%.

Выводы: дети, страдающие эпилепсией имеют отягощенный акушерский и семейный анамнез. Из соматических заболеваний у детей преобладает патология бронхо-легочной системы, а также рецидивирующие вирусно-бактериальные инфекции.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

З.В.Хашагульгова(III курс, педиатрический факультет),

Т. III. Магомедова(III курс, педиатрический факультет),

Г. А. Ризаева (III курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель - к.м.н., доцент Т.Р.Стройкова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра

пропедевтики детских болезней, поликлинической и неотложной

педиатрии(Зав. каф. – д.м.н., проф. А.А. Джумагазиев)

Актуальность темы: В России, согласно данным эпидемиологических исследований, бронхиальной астмой страдают около 7 млн. человек (9 % детей и 5 % взрослых), из них около 1 млн. – тяжелыми формами. Однако истинная распространенность бронхиальной астмы может быть в несколько раз выше, поскольку официально она регистрируется лишь у одного из 4-5 больных. Бронхиальная астма – заболевание хроническое, имеющее персистирующее течение, что может

влиять на динамику физического развития детей.

Цель работы: изучить особенности физического развития детей с бронхиальной астмой.

Материал и методы: проанализированы 40 медицинских карт пациентов неврологического отделения ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №2»

г. Астрахани. Группа пациентов состояла из 20 пациентов мужского пола и 20-женского. Средний возраст больного составил 11 лет. Средний стаж заболевания 6 лет. По тяжести заболевания пациенты были разделены на 3 группы. Мальчики: 10 человек (50%) -легкая степень, 8 человек (40%)-средняя, 2 человека(10%)-тяжелая. Девочки: 12 человек (60%)-легкая степень, 7 человек(35%)-средняя, 1человек(5%)-тяжелая степень заболевания. Оценка физического развития проводилась по центильным таблицам.

Результаты и обсуждения: среди пациентов мужского пола по уровню физического развития средние показатели по росту имели: 10 пациентов-(50%), ниже среднего-6(30%) и выше среднего-4(20%). Среди пациентов женского пола, средние показатели имеют 9 пациентов-(45%), ниже среднего-8(40%), выше среднего-3(15%).По показателям веса среди мальчиков средние имеют 9 пациентов- (45%), ниже среднего-6(30%), выше среднего-5(25%). Показатели веса девочек: средние-8(40%), ниже среднего-9(45%), выше среднего-3(15%).Гармоничность развития мальчиков: гармоничное у 15 пациентов- (75%), 4 пациентов (20%)-дисгармоничное, 1ребенок (5%)-резко дисгармоничное. У девочек: гармоничное-14 детей(70%), дисгармоничное-6 детей(30%).

Выводы: физическое развитие при бронхиальной астме является вариабельным, но с преобладанием средних показателей по росту и весу. Редко встречались показатели выше среднего. Дисгармоничность была обусловлена клиникой ожирения и дефицита массы тела.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА

К. Х. Холамханов (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель –к.м.н., доцент П. Е. Пермяков

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии(Зав.каф.-д.м.н., проф. А. А. Жидовинов)

В последние десятилетия сохраняется устойчивая тенденция к увеличению числа больных с кишечной инвагинацией, как в структуре

самой острой кишечной непроходимости (61,1-93%), так и среди больных с экстренной хирургической патологией (1,2-14,5%).

Цель: ранняя диагностика послеоперационных осложнений кишечной инвагинации у детей.

Материалы и методы. Было проведено изучение частоты проявлений и сроков развития УЗ признаков ОКН у детей. Ультразвуковое исследование проведено 126 детям в возрасте от 3 месяцев до 1 года, поступавших в хирургическое отделение ОДКБ им.Н.Н.Силищевой с клиникой кишечной инвагинции.

Результаты: УЗ симптомами ранних этапов развития ОКН у больных стали синдром внутрикишечного депонирования жидкости (СВДЖ) и расширение петель приводящего отдела тонкой кишки до $\geq 2,7 \pm 0,01$ мм у детей младшего возраста. Дальнейшее развитие патологического процесса свидетельствует о функциональных нарушениях тонкой кишки - СВДЖ, расширение диаметра тонкой кишки до $3,96 \pm 0,01$ мм, утолщение ее стенки до $4,52 \pm 0,1$ мм. Диаметр петель приводящего отдела кишки до $\leq 13,06 \pm 0,1$ мм с толщиной стенки до $\leq 2,14 \pm 0,3$ мм без наличия жидкости в головке инвагината определялась у 76,98% детей, которым выполнили консервативное расправление инвагината. Расширение петель приводящего отдела тонкого кишечника до $\leq 16,25 \pm 0,5$ мм с утолщением стенки до $\leq 4,03 \pm 0,1$ мм и наличием жидкости в головке инвагината, а также СВДЖ, и увеличение брыжеечных лимфатических узлов определялась у 23,02% детей, поступивших после 12 часов от начала заболевания, что явилось показанием для оперативного вмешательства.

Выводы: 1) В числе УЗ признаков кишечной инвагинации, указывающих на риск развития интраабдоминальных осложнений, следует назвать следующий комплекс: увеличение диаметра кишки, утолщение ее стенки, наличие жидкости в просвете головки инвагината, увеличение лимфатических узлов брыжейки. 2) Проведенный анализ доказывает высокие диагностические возможности ультразвукового метода, что особенно важно на ранних этапах развития кишечной инвагинации.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Д.М.-А.Пирмухаметова (III курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. Р. А. Садретдинов.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии(зав.каф. – д.м.н.проф., Н. И. Рассказов)

Оказание качественной и эффективной дерматовенерологической помощи является одной из наиболее актуальных проблем отечественного здравоохранения, ведь мы знаем, что с каждым днем увеличивается число кожных и венерических заболеваний, бороться с которыми очень сложно.

Цель: Оценить уровень подготовки врачей дерматовенерологов в федеральных округах РФ.

Материалы и методы: нами проведен статистический анализ условий подготовки врачей специалистов в различных округах РФ по данным материалов ЛПУ. В качестве объектов исследования были выбраны следующие субъекты РФ: Дальневосточный ФО, Приволжский ФО, Северо- Западный ФО, Северо- Кавказский ФО, Уральский ФО, Сибирский ФО, Уральский ФО, Центральный ФО, Южный ФО. В данных субъектах проанализирована деятельность следующих ЛПУ: Краевой КВД г.Хабаровск, Краевой КВД г.Пермь, Архангельский клинический КВД, КВД Республики Дагестан, Областной КВД г.Тюмени, Амурский областной КВД, Областной КВД г.Тверь, Астраханский областной КВД. Основной метод использованный нами, статистический.

Результаты: специальность дерматовенеролога выбирают больше женщины 90%, меньше мужчины 10%. 32% ординаторов и интернов учатся за счет государственного бюджета, 6% за счет целевого набора и значительные 62% за счет собственных средств. Стоимость коммерческих мест в интернатуру начинается от 72900 до 120000 рублей, а в ординатуру от 112400 до 279662 рублей.

Выводы: проблема подготовки врачей специалистов в области дерматовенерологии остается актуальной и требует более тщательного рассмотрения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБЪЕКТОВ РФ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП

З.Э. Дугужева (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. Р.А. Садретдинов

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии(зав.каф. – д.м.н., проф., Н.И. Рассказов)

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), весьма распространены. ИППП поражают и женщин, и мужчин, независимо от расы, социального положения, возраста. Ими могут болеть дети и подростки. Влияние ИППП на репродуктивную функцию человека определяет не только медицинскую, но и социальную значимость вызываемых ими заболеваний.

Актуальность ИППП прежде всего связана с:

1. Высокими показателями заболеваемости и широким географическим распространением ИППП;
2. Огромным социальным и экономическим ущербом от этих заболеваний;
3. Отрицательным воздействием осложнений перенесенных ИППП на сексуальное и репродуктивное здоровье;
4. Ухудшение демографической ситуации в стране.

Целью исследования явилось установление основных тенденций эпидемиологической ситуации по инфекциям, передаваемым половым путем, в Астраханской и Воронежской областях.

Материал и методы: для сравнения показателей заболеваемости ИППП проведен анализ частоты заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем в Астраханской и Воронежской областях за 2012 – 2014 годы по статистическим данным.

Результаты исследования: анализ заболеваемости ИППП среди населения двух областей показал, что за 2012-2014 годы в Астраханской области было отмечено увеличение по следующим заболеваниям: гонореей – в 6 раз , хламидиозом – в 7,5 раз, трихомониазом – в 10,5 раз, однако заболевания урогенитальным герпесом снизились в 10,5 раз, а аногенитальными бородавками – в 2 раза.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

А.А. Каплун (VI курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – асс., к.м.н. И. А. Ерина

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии(зав.каф. - проф., д.м.н. Н. И. Рассказов)

Актуальность исследования. Угревая болезнь (акне) является одним из наиболее распространенных дерматозов у молодых людей и встречается у 85% лиц в возрасте от 12 до 30 лет. Поражение видимых участков кожи, особенно лица, а также рубцовые изменения, остающиеся после разрешения тяжелых форм акне, приводят к серьезным психологическим проблемам, снижению социальной активности и качества жизни молодых людей.

Цель исследования: изучение качества жизни больных угревой болезнью.

Материалы и методы: исследование выполнено на базе государственного учреждения здравоохранения г. Астрахани «Областной кожно-венерологический диспансер». В исследование включены 30 больных угревой болезнью разной степени тяжести в возрасте от 17 до 25 лет (средний возраст – 19лет), из них 13 (43%) женщин и 17 (57%) мужчин. Группу контроля составили 30 здоровых добровольцев того же возраста без кожной патологии. Всем пациентам назначали базисную терапию. Для определения влияния заболевания на качество жизни мы использовали Cardiff Acne Disability Index (CADI) – кардиффский индекс инвалидизации (социальной дезадаптации, связанной с угревой болезнью).

Результаты и их обсуждение: Индекс социальной дезадаптации у пациентов составил 7,5 баллов. У контрольной группы респондентов составил в среднем -2,8 баллов. Эти данные отражают степень негативного влияния симптомов болезни на качество жизни больных угревой болезнью. После проведения стандартной терапии показатель CADI снизились на 5 баллов в среднем, что говорит о положительных результатах лечения больных угревой болезнью. Кроме того нами было отмечено, что женщины чаще указывают на определенную социальную дезадаптацию, даже при легком течении акне (индекс CADI – 8,3), а мужчины воспринимают заболевание более позитивно, несмотря на выраженные клинические проявления (индекс CADI – 6,3 баллов)

Выводы: 1. качество жизни снижено у всех больных угревой болезнью (индекс CADI – 7,5). 2. качество жизни зависело от гендерных особенностей (у женщин индекс CADI составил – 8,3, у мужчин – 6,3 баллов). 3. значения индекс CADI до и после терапии (7,5 и 3 балла)

свидетельствовало об индивидуальном подходе к лечению больных угревой болезнью и подборе дополнительной фармакотерапии. 4. использование в своей работе индекса CADI позволяет оценить выраженность социальной дезадаптации.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ИППП

Р. В. Гандаев (V курс, лечебный факультет),

Е. С. Иванова (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н. Садретдинов Р. А.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии(зав. кафедрой -д.м.н.,проф.,Н. И. Рассказов)

Актуальность: По данным ВОЗ ежегодно в мире более 340 миллионов мужчин и женщин в возрасте от 15 до 49 лет заболевают излечимыми половыми инфекциями. Установлено, что 15-20% страдающих хламидийными, либо гонорейными воспалениями шейки матки и влагалища женщины предрасположены к дальнейшему развитию воспаления внутренних половых органов: яичников, матки, иногда – брюшины.

Целью исследования является: выявление факторов риска нарушения репродуктивной функции у женщин на фоне ИППП.

Задачи исследования: выявление экзогенных, эндогенных факторов риска развития нарушений репродуктивной функции у женщин на фоне ИППП;создание эффективных мер профилактики нарушения репродуктивной функции у женщин на фоне ИППП.

Материалы и методы: нами был проведен анализ 26 случаев течения ИППП у женщин, находящихся на стационарном лечении в КВО №1 ГБУЗ АО ОКВД.

Результаты исследования: среди экзогенных факторов по результатам нашего исследования ведущим явилось наличие в анамнезе вредных привычек (62% пациенток);среди эндогенных - наличие сопутствующих заболеваний органов малого таза: в 73% случаев выявлялась патология придатков.Все исследуемые находились на стационарном лечении по венерическим заболеваниям:урогенитальный трихомониаз – 34%, хламидийная инфекция МПО – 50%, уrogenитальный уреаплазмоз – 80%, бактериальный вагиноз – 38%, уrogenитальный кандидоз – 15%, уrogenитальный микоплазмоз – 11%.Для более детального сравнения вероятных экзогенных и эндогенных факторов, влияющих на риск возникновения нарушения репродуктивной функции

мы провели сравнение данных факторов у женщин, находящихся на стационарном лечении в КВОН №1 ГБУЗ АО ОКВД и Гинекологическом отделении Актюбинской Областной больницы.

Выводы: проведенное исследование позволило выявить основные предрасполагающие факторы, которые могут привести к нарушению репродуктивной системы: образ жизни, патологии органов малого таза. Было выявлено, что возраст исследуемых женщин в Актобе выше; в анамнезе у большего количества женщин были операции на внутренних половых органах, медицинские аборт, проблемы с зачатием и вынашиванием. Были разработаны эффективные меры профилактики нарушения репродуктивной функции у женщин на фоне ИППП.

РОЛЬ НАГЛЯДНЫХ ПОСОБИЙ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ АСТРАХАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

М.С. Азарян (VI курс, лечебный факультет),

А.Е. Горбань (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. Р.А. Садретдинов

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии (зав.каф. – д.м.н., проф. Н.И. Рассказов)

Муляжи болезней кожи является уникальным восковыми следами заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. Представленные в издании экспонаты являются сокровищницей одной из старейших клинических кафедр Астраханского государственного медицинского университета – кафедры дерматовенерологии.

Заведующий кафедрой дерматовенерологии, профессор Терентьев Георгий Васильевич более 80 лет назад впервые организовал на кафедре музей, который существует и в настоящее время. Основу коллекции составили экспонаты, выполненные известным российским художником-муляжистом Сергеем Павловичем Фивейским (г. Москва).

Данный поистине уникальные слепки дают возможность познакомиться с интереснейшими восковыми экспонатами студентам медицинских образовательных учреждений, специалистам-дерматовенерологам, художникам и широкой общественности, сохраняя, как дань великий, опыт старейшей дерматовенерологической школы нашей страны.

В экспозиции музея представлены муляжи различных кожных заболеваний, с которыми на протяжении истории человечества сталкивались медики разных стран мира.

Коллекция музея насчитывает свыше двухсот восковых слепков или графических изображений заболеваний кожи, включая и самые редкие и экзотические. Наиболее красочной является та часть экспозиции, которая посвящена сифилису, являвшемуся в прошлом одной из самых страшных болезней.

Целью нашей работы является определение роли муляжного музея кафедры дерматовенерологии в образовательном процессе студентов Астраханского ГМУ.

Нами проведено анкетирование среди студентов медицинского ВУЗа.

Анкета включала вопросы открытого и закрытого типа и была составлена по всем правилам маркетингового исследования.

Результаты анкетирования позволили выявить, что студенты младших курсов имеют мало представления о муляжном музее на кафедре, в отличие от студентов старших курсов, прошедших обучение на кафедре.

ВИЧ: КАК БЫТЬ И ЧТО ЖЕ БУДЕТ ДАЛЬШЕ?

Ш.М. Газитаев (II курс, лечебный факультет),

С.Д. Иванов (II курс, лечебный факультет)

А.А. Ягмырова (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. Р. А. Садретдинов

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии(зав.каф. – д.м.н., проф. Н.И. Рассказов)

Профилактика Вич-инфекции имеет большое актуальное значение, в связи с: высокими показателями заболеваемости, широким географическим распространением, появлением и быстрым ростом числа лиц с поражением половых органов, ростом врожденной инфекционной патологии, огромным социальным и экономическим ущербом от этих заболеваний.

Целью исследования явилось выявление объема знаний, имеющихся у студентов медицинского ВУЗа по профилактике Вич-инфекции. Материалы и методы: Нами проведено анкетирование среди студентов Астраханского ГМУ по всем правилам маркетингового исследования. Составленная анкета содержала вопросы открытого и закрытого типов, касающихся этиологии, диагностики и профилактики интересующей инфекции.

Результаты исследования: 59% респондентов дали верное определение СПИДу и Вич-инфекции, 80% знали какими путями он передается, 22% знали, что период от инфицирования вирусом

иммунодефицита человека до развития СПИД длится в среднем 9 – 11 лет, 19% знали продолжительность латентного периода, восприимчивый контингент знали всего лишь 7% опрошенных, противоэпидемические мероприятия правильно отметили 46%, самый доступный метод профилактики верно выбрали 93%, аутич-обучение 21%, возрастная восприимчивая категория была правильно отмечена 33% респондентов.

Выводы: проведенное исследование позволило установить достаточно низкий уровень знаний в вопросах ВИЧ-инфекции. Знания базировались на школьном уровне, что не приемлемо для студентов медицинского университета. Необходимо предпринять меры, направленные на подробное осведомление студентов в вопросах профилактики ВИЧ. Важную роль в образовательном процессе по вопросам профилактики ВИЧ среди молодежи, на наш взгляд, сыграет привлечение специалистов из данной области, организация тематических семинаров, лекций, круглых столов, деловых игр.

РОЛЬ АНАЛИЗА МИКРОФЛОРЫ СЛИЗИСТОЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ В ТЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ

В.В. Белошанка (V курс, педиатрический факультет),

Д.А. Усмаев (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – к.м.н., ассистент Р.А. Садретдинов

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии(зав.каф. – д.м.н., проф. Н.И. Рассказов)

В условиях физиологической нормы организм человека содержит сотни различных видов микроорганизмов. Среди них доминируют бактерии, тогда как вирусы и простейшие представлены значительно меньшим числом видов. Микроорганизмы попадают в полость рта с пищей, водой, из воздуха. Наличие в полости рта складок слизистой оболочки, межзубных промежутков, десневых карманов и других образований, в которых задерживаются остатки пищи, слущенный эпителий, слюна, создает благоприятные условия для размножения большинства микроорганизмов. Стойкие изменения состава и свойств микрофлоры, обусловленные снижением реактивности организма, резистентности слизистой оболочки полости рта, а также некоторыми лечебными мероприятиями (лучевая терапия, прием антибиотиков, иммуномодуляторов и др.), могут приводить к возникновению различных заболеваний полости рта, возбудителями которых бывают как патогенные микроорганизмы, попадающие извне, так и условно-патогенные представители постоянной микрофлоры ротовой полости. В связи с

высокой частотой заболеваний ротовой полости актуально представить изучение микробиоценоза ротовой полости.

Цель исследования: провести сравнительный анализ микрофлоры слизистой ротовой полости у лиц с дерматозами, отягощенными сопутствующей патологией.

Материалы и методы: Нами проведен сравнительный анализ состояния микрофлоры слизистой ротовой полости у больных, находящихся на стационарном лечении в ГБУЗ АО «Областной кожно-венерологический диспансер». Возрастной интервал обследуемых колебался в пределах 18-65 лет. Все больные перед исследованием прошли инструктаж необходимой подготовки к сдаче анализов.

Результат исследования: В результате проведенного исследования выявлены изменения микрофлоры слизистой ротовой полости у больных с хроническими дерматозами, отягощенными заболеваниями, преимущественно желудочно-кишечного тракта, а также эндокринной системы.

ВЫДАЮЩИЙСЯ УЧЕНЫЙ-КЛИНИЦИСТ А.П. ПАСХАЛОВ

Д. П. Саулова (VI курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – асс., к.м.н. Ерина И. А.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии(Зав.каф. - д.м.н., проф. Рассказов Н. И.)

Актуальность исследования обусловлена необходимостью комплексного изучения научного наследия, творческой «лаборатории», выдающегося ученого– клинициста, доктора медицинских наук, профессора А.П. Пасхалова.

Цель исследования: проанализировать жизнь и деятельность проф. А. П. Пасхалова, на основании литературных источников и архивных материалов Астраханского ГМУ

Андрей Павлович Пасхалов родился в 1885 году в с. Житное Астраханской губернии в семье служащего рыбного промысла. Среднее образование получил в Астраханской гимназии. В 1913 г. поступил на медицинский факультет Казанского университета, который окончил в 1917 году. После окончания университета был мобилизован и направлен на фронт, где служил в должности врача. В мае 1920 года, по состоянию здоровья, был освобожден от военной службы.

С июня 1925 г. по март месяц 1935 г. являлся заведующим Губернского кожно-венерологического диспансера. В Астраханском медицинском институте А.П. Пасхалов начал работать с ноября 1918 года, участвуя в его организации. В сентябре 1931 дирекцией мединститута

назначен заведующим кафедрой кожных и венерических болезней, которую возглавлял до сентября 1932 года. С начала работы в клинике кожных и венерических болезней вел научно-исследовательскую работу, имел 10 научных работ. В ноябре 1938 г. Советом Казанского мединститута по защите диссертации на тему "Сифилитическая реинфекция и суперинфекция" Андрею Павловичу присвоена степень кандидата медицинских наук. В последующие годы он защитил докторскую диссертацию и получает звание профессора. В мае 1942 г. А.П. Пасхалов награжден орденом «Красная звезда», медалью «За оборону Кавказа», в 1945 г. медалью «За победу над Германией в Великой Отечественной Войне»,

В дальнейшие годы, научная и педагогическая деятельность А.П. Пасхалова связана с кафедрой кожных и венерических болезней Хабаровского медицинского института, заведующим которой он становится.

10 ноября 1956 г. после тяжелой болезни профессор А.П. Пасхалов скончался.

Выдающийся ученый, крупный общественный деятель, замечательный клиницист-новатор Андрей Павлович внес большой вклад в развитие дерматовенерологии. Остался он в памяти как незаурядный человек, всю свою жизнь посвятивший бескорыстному служению науки, обществу, людям.

ДЕСТРУКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ЕРМАТОЛОГИИ

З-Б.Ф. Ильясова (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель-к.м.н. О.А. Меснянкина

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии(зав.каф.-д.м.н., проф. Н.И. Рассказов)

Современная дерматология обладает широким арсеналом методов удаления образований кожи: хирургические, электрохирургия, криодеструкция, радиоволновая хирургия, химическая деструкция и др. Несмотря на это, их использование не всегда приводит к радикальному излечению и оптимальному эстетическому эффекту, удовлетворяющему обе заинтересованные стороны – врача и пациента, что предопределяет проблему выбора наиболее эффективного и безопасного метода лечения.

Целью исследования явилось сравнительное изучение физических методов деструкции, наиболее часто применяемых в дерматологии.

Представлен механизм действия, основные показания и противопоказания к применению методов. Проведен сравнительный

анализ эффективности имеющихся в распоряжении дерматолога деструктивных факторов с акцентом на преимущества и недостатки каждого.

Выводы: в арсенале дерматолога имеется широкий спектр средств деструктивного воздействия. Каждый метод имеет свои показания, противопоказания и необходимость использования того или иного метода определяется врачом, в зависимости от клинических особенностей, локализации образований, возраста пациента, уровня владения техникой проведения манипуляции, а также от возможностей учреждения. Следует отметить также необходимость дифференциального подхода и онкологической настороженности при определении лечебной тактики и выборе средств деструктивного воздействия.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

А.К Моллаева (V курс, педиатрический факультет),

П.М Болурова (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель-к.м.н., асс. О.А. Меснянкина

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии(зав.каф. - д.м.н., проф. Н.И. Рассказов)

Паранеоплазии представляют собой неонкологические заболевания, возникшие в результате опосредованного влияния опухоли на организм через обменные или другие процессы. В структуре паранеопластических синдромов на долю кожных поражений приходится около 70%. Дерматозы могут развиваться задолго до появления клинических симптомов опухолевого процесса, параллельно или вслед за ними и исчезать после радикального удаления опухоли. Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями, трудности диагностики на ранних стадиях процесса, зачастую неопределенный прогноз предопределяют актуальность проблемы.

Проведен дифференциальный анализ наиболее распространенных паранеопластических дерматозов: злокачественного черного акантоза, паранеопластической пузырчатки, синдрома Свита, мигрирующей некролитической эритемы. Показано, что паранеопластические дерматозы весьма разнообразны по этиологии, частоте развития и клиническим проявлениям. Напоминая известный дерматоз, они, однако, всегда имеют особенности клинической картины нередко носят распространенный характер и отличаются резистентностью к лечению.

Проведенное исследование подчеркивает необходимость пристального внимания и онкологической настороженности клиницистов для своевременного распознавания паранеопластического процесса и определения правильной тактики ведения.

ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Е. А. Антюшина (V курс, педиатрический факультет),

Н. М. к. Гусейнова (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель - к.м.н., ассистент О. А. Меснянкина

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии (зав. каф. - д.м.н., проф. Н.И. Рассказов)

Психодерматология - одно из наиболее актуальных и вместе с тем мало исследованных направлений современной медицины. Около 20% всех страдающих хроническими дерматологическими заболеваниями обнаруживают те или иные психопатологические нарушения. В настоящее время отмечается рост пограничных психических расстройств у соматических больных. Среди соматических заболеваний, сопровождающихся психическими нарушениями, кожные болезни занимают важное место. Кожа самый большой по площади и многофункциональный орган человека, «базисный орган всех восприятий». Значимость проблемы психических нарушений при кожной патологии определяется увеличением числа дерматологических больных и утяжелением течения современных дерматозов с развитием хронических, часто рецидивирующих, диссеминированных клинических форм. Сочетание дерматологической и психической патологии ухудшает клинический и социальный прогноз каждой из них.

На современном этапе медицина уже не может ограничиваться только эмпирическими данными, относящимися к индивидуализации диагностики и лечения, требуется не только провозглашение холистического подхода к больному, но и теоретическая разработка этих вопросов. Но до сих пор проблема психических нарушений при дерматологических заболеваниях остается малоразработанной.

Цель исследования: провести анализ своевременного выявления и оказания квалифицированной медицинской помощи больным, страдающим психодерматологическими расстройствами.

Материалы и методы: Нами проведен анализ медицинских карт дерматологической и психиатрической больниц больных с психодерматологическими расстройствами.

Результат исследования: В результате исследования было выявлено, что в большинстве случаев больным с дерматологическими расстройствами, имеющими в своем патогенезе психические нарушения, изначально в диагнозе не было указано о патологии со стороны вегетосоматики, в связи с чем оказанное лечение не носило комплексный характер и имело лишь временную положительную динамику.

РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Е.А. Винникова (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – асс., к.м.н. И. А. Ерина

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Н. И. Рассказов)

Для современной социальной ситуации характерны высокие темпы технического прогресса, мобильность, изменчивость условий жизненно-профессиональной деятельности. Актуально быть компетентным в социуме, постоянно растущем объеме информации, это возможно, если развивать у себя компетенции, а не отдельные знания, умения и навыки, подвергающиеся быстрому устареванию.

Цель исследования: выявление особенностей развития профессиональных и личностных компетенций у студентов в процессе изучения дерматовенерологии.

Ежегодно профессорско-преподавательским составом кафедры дерматовенерологии проводятся элективные курсы для студентов 6 курса лечебного и педиатрического факультетов по актуальным вопросам дерматокосметологии. Специальные курсы, позволяют раскрыть дисциплину гораздо шире, чем рамки обязательной программы по дерматовенерологии, заинтересовать в предмете, что играет существенную роль в выборе будущей специальности и личностном самоопределении. Кроме того, на кафедре в течение учебного года широко используется вознаграждение за творческий подход, оригинальность и личностную индивидуальность при выполнении заданий, качественное и своевременное выполнение заданий (стимулирующая балльно-рейтинговая система) (в баллах и/или с использованием моральных средств, стимулирующих мотивацию к обучению). Такой подход позволяет активизировать деятельность обучающихся, разнообразить варианты самостоятельной познавательной деятельности студентов, усилить обучающую, развивающую, коммуникативную, ценностно-

мотивационную и другие функции контроля достижений. Важным звеном в формировании клинических и научно-исследовательских навыков является работа студенческого научного кружка (СНК). Участие студентов в СНК способствует формированию творческого научного и клинического мышления.

Вывод: научно-педагогическая работа, проводимая на кафедре дерматовенерологии способствует развитию профессиональных и личностных компетенций у студентов.

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМИРОВАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ОБ ИНФЕКЦИЯХ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Д. А. Качура (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. Р.А. Садретдинов

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии (зав.каф. – д.м.н., проф. Н.И. Рассказов)

Целью нашего исследования было выявление основных источников информирования молодых людей г. Астрахани (Россия) и г. Актобе (Казахстан) в возрасте от 20 до 23 лет по вопросам инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).

Задачи проведенного исследования:

- анализ современных источников информирования молодежи по вопросам ИППП;
- разработка на основании полученных данных рекомендаций по оптимизации информирования молодежи в этом вопросе.

Нами проведен анализ информированности по вопросам инфекций, передаваемых половым путем среди молодых людей в возрасте 20-23 лет (средний возраст 21 год), студентов Западно-Казахстанского медицинского университета, технического факультета Актюбинского регионального университета, а так же Астраханского государственного медицинского университета и учащихся Астраханского государственного технического университета.

В исследовании приняло участие 100 респондентов, студенты старших курсов медицинских ВУЗов. Группу сравнения составили 50 респондентов, технических ВУЗов. Результаты анкетирования были статистически обработаны.

Необходимо отметить, что по результатам исследования основным источниками информации о ИППП является интернет и специальная медицинская литература.

Результаты исследования продемонстрировали необходимость создания единой комплексной системы медицинской информации об инфекциях, передаваемых половым путем доступной для молодежи.

НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ, МАТЕРИ, ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

Д.В. Полякова (интерн кафедры акушерства и гинекологии №2)

Научный руководитель – к.м.н., асс. А.В. Масленников
Бакирский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №2
(зав.каф. – д.м.н., проф. А.Г. Якук)

Актуальность. Охрана репродуктивного здоровья населения России в настоящее время провозглашена национальной стратегией государственной политики.

Цель исследования: изучить современные особенности репродуктивного выбора молодежи и определить пути оптимизации медицинской помощи для сохранения их репродуктивного здоровья.

Материалом для исследования являлись молодые юноши и девушки различных городов России (1240 человек), из них 78% – девушки и 22% – юноши в возрасте от 15 до 23 лет. Информированность, знания и особенности репродуктивного выбора изучались с помощью добровольного анонимного интернет-опроса на основании специально разработанной анкеты.

Результаты и их обсуждение. К 18 годам 34,8 % опрошенных имеют опыт сексуальной жизни. Средний возраст сексуального дебюта у девушек составил $18 \pm 1,6$ лет, у юношей $16 \pm 1,8$ лет. Среди них половую жизнь в 18 лет начали 25,7 % респондентов, в 17 лет - 16,3%, в 16 лет – 14,6%, в 15 лет – 5,1 %, в возрасте менее 15 лет - 5,2% опрошенных. У 34,7% первый половой акт не был запланирован и 11,1% не использовали средства контрацепции, а каждая пятая пара (20%) использовала метод прерванного полового акта. Приемлемое количество половых партнёров за год у девушек составило $1,4 \pm 0,6$, у юношей $4,2 \pm 0,9$. Выявленные особенности репродуктивного поведения молодёжи определяют высокий риск наступления нежелательной беременности и приобретения ИППП. Обнаружена неудовлетворенность молодёжи объёмом и качеством

получаемой информации при высокой потребности в ней. 32,3 % респондентов получают информацию, касающуюся репродуктивного здоровья в журналах и сети интернет. Наибольший информационный интерес у обследованных вызывают темы, связанные с «образом жизни», способствующим репродуктивному здоровью (45%), а также со «средствами предохранения от беременности» (48%). Менее интересными оказались для них вопросы, связанные с «венерическими заболеваниями» (34%).

Выводы. Репродуктивное поведение современной молодёжи обоих полов отличается ранним началом половой жизни, частой сменой половых партнёров, рискованными формами сексуального поведения, а также недостаточным использованием средств контрацепции, что способствует ухудшению состояния репродуктивного здоровья. Уровень знаний и источники их получения не являются достаточным для формирования мотивации на сохранение репродуктивного здоровья у подростков.

ФАКТОРЫ РИСКА ТРАВМАТИЗАЦИИ ПРОМЕЖНОСТИ В АКУШЕРСТВЕ

Р.О. Матвеев, Н.Н. Гайнутдинов, Кис А.С

Научные руководители – д.м.н., проф. А. Г. Ящук
Бакирский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №2
(зав.каф.-проф., д.м.н. Ящук А.Г.)

Актуальность. Родовой травматизм является часто встречающимся осложнением в родах. В его структуре отдельное место занимают травмы промежности. При неправильном восстановлении целостности промежности и при ошибках в ведении послеродового периода нарушается архитектура тазового дна, что существенно снижает качество жизни женщины и может явиться причиной целого ряда заболеваний.

Цель исследования: Изучить особенности течения беременности и родов, осложнившихся разрывом промежности.

Материалы и методы. Исследование было основано на ретроспективном анализе историй родов пациенток, поступивших на родоразрешение в 2014 году в родильное отделение ГКБ №8 г.Уфы. Для решения поставленной цели было выделено 2 группы: I (основную) группа пациентки с разрывом промежности. В свою очередь она была поделена на 3 подгруппы, при этом определяющим критерием деления стала масса плода при рождении: I«А» подгруппа - масса плода от 2500 до 3599 гр.; II«Б» подгруппа - масса плода от 3600 до 3999 гр.; III«В» подгруппа -

масса плода от 4000 гр., и более. II (контрольную) группу составили пациентки, у которых роды завершились без осложнений. В данной группе так же была проведена стратификация по подгруппам.

Результаты и обсуждение. Удалось установить, что у женщин, вошедших в группу с разрывом промежности, чаще встречались следующие осложнения гестации: гипоксия плода, фетоплацентарная недостаточность, ранний токсикоз. Проанализировав исходы беременностей, удалось сделать вывод, что у женщин I«B» подгруппы состояние новорожденных было достоверно хуже, чем в I«A» и I«Б» подгруппах - доля детей родившихся с оценкой по шкале Апгар менее 7 составила 25% соответственно.

Также в результате исследования выяснилось, что в I«A» подгруппе чаще проводилось медродусилие, таким образом, оно в данном случае явилось одним из факторов риска разрыва промежности. Выводы.

1. Медродусилие является дополнительным фактором риска разрыва промежности в группе женщин с массой плода менее 3600 гр.
2. Воспаление половых путей в 3 триместре повышает вероятность данного осложнения.
3. Невыполнение рассечения промежности в группе женщин с крупным плодом ассоциировано с низкой оценкой новорожденного по шкале Апгар.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Л.А.Асадова (V курс, лечебный факультет)

Р.В.Гандаев (V курс, лечебный факультет)

М.С.Вайнберг (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс. кафедры, к.м.н А.М. Кадыков
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
(зав.каф. – д.м.н., проф. С.П. Синчихин)

Актуальность проблемы: Актуальность преждевременных родов обусловлена тем, что они определяют уровень перинатальной заболеваемости и смертности. Однако, несмотря на расширение исследований в области репродуктивной физиологии и применение новых медикаментозных средств для профилактики и лечения недонашивания беременности, частота преждевременных родов остаётся в пределах 4-9% и не имеет тенденции к снижению.

Цели исследования: Изучить причины преждевременных родов у

женщин. Провести статистический анализ преждевременных родов в ГБУЗ Астраханской области «Клинического родильного дома» за последние пять лет с целью определения частоты возникновения в различные сроки гестации. Сравнить результаты исследований количества преждевременных родов по данным Департамента Областного перинатального центра Актюбинской области Республики Казахстан и Клинического родильного дома Астраханской области за 2014 год.

Материалы и методы исследования: Истории родов КРД АО, а также данные Департамента ОПЦ Актюбинской области.

Результаты исследования: В 2013 году на сроке 22-28 недель имелось 0,9% (78 родов), на сроке 29-34 недели - 2,4% (189 родов), на сроке 35—36 недель - 4,8% (379 родов) от всего 646 преждевременных родов; в 2014 году на сроке 22-28 недель имелось 0,7% (64 родов), на сроке 29-34 недель - 2,6% (222 родов), на сроке 35-36 недель - 4,3% (372 родов) от всего 658 преждевременных родов. При статистическом сравнении преждевременных родов в Актюбинской и Астраханской областях за 2014 год мы выявили, что в Астраханской области процентное соотношение по срокам гестации следующее: 22-28 недель - 9,8%; 29-34 недель - 33,7%; 35-36 недель - 56,5%. Соответственно в Актюбинской области: 6,8%; 19,9%; 71,5%.

Вывод: Мы выявили тенденцию к снижению в процентном соотношении преждевременных родов в Клиническом родильном доме за последние пять лет, а также меньшее в процентном соотношении количество преждевременных родов на сроке 35-36 недель по сравнению с Актюбинской областью.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

А.М. Сендова (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ас. О.Г. Черникина

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

(зав. кафедрой - д.м.н., проф. С.П. Синчихин)

Бактериальный вагиноз является одним из распространенных видов инфекционной патологии половых органов у женщин. Стандартным считается двухэтапный подход к лечению бактериального вагиноза. На первом этапе используются антибиотики с анаэробным спектром действия, а на втором этапе, - осуществляют восстановление микроценоза влагалища с помощью использованием про- и пребиотиков. Однако, несмотря на патогенетическую логичность двухэтапной схемы лечения, все чаще отмечаются рецидивирующие формы заболевания и растет количество

случаев неудачного лечения. Все выше сказанное определило актуальность и цель настоящего исследования.

Цель: Оценить эффективность двухэтапной схемы лечения у женщин с бактериальным вагинозом.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 64 сексуально-активные молодые женщины в возрасте от 20 до 30 лет, средний возраст наблюдаемых составил $24 \pm 1,5$ года. Все женщины получили лечение свечи с метронидазолом № 7, а затем свечи ацилакт № 10 интравагинально. Клиническая и лабораторная оценка проводилась до начала терапии, через 1 месяц, и 6 месяцев после лечения. Эффективность терапии оценивали на основании клинических данных и результатов лабораторных исследований.

Наиболее часто женщины с БВ до начала лечения жаловались на обильные выделения из влагалища (100%), «рыбный» запах выделений (67,5%), зуд и жжение в области влагалища (16,67%), "ключевые" клетки выявлялись в 95% наблюдений, pH влагалища $>4,5$ у 96%, положительный аминотест у 90% пациенток. После проведенного лечения БВ у всех женщин наблюдалось клиническое выздоровление. Однако через 1 мес после лечения у 8 (16%) наблюдаемых определялись различные диагностические признаки БВ, а через 6 мес рецидив заболевания диагностировался еще у 12 (28,5%) пациенток.

Результаты: Таким образом общее количество рецидива в течении 6 месяцев после проведенного лечения составил 40% наблюдений, что говорит о низкой эффективности данной схемы лечения. Важным является оптимизация лечения дисбиотических нарушений влагалища, с применением иммуномодулирующих и физиотерапевтических средств.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

К.Б.Усатова (VI курс, лечебный факультет)

А.В. Костромин (IV курс, педиатрический факультет)

Научные руководители – проф., д.м.н. А.Г. Ящук,
к.м.н., асс. А.В. Масленников

Башкирский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии №2

(зав.каф.-проф., д.м.н., проф. Ящук А.Г.)

Актуальность. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) – патологическое состояние, распространённость которого

варьирует 20% до 80% населения России. У пациенток с этим синдромом чаще процесс гестации и родов имеет осложнённое течение.

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности и родов женщин с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

Материалы и методы. Проведён анализ особенностей течения беременности и родов у 73 женщин с НДСТ на базе родильного отделения МБУЗ ГКБ №8.

Результаты и их обсуждение. Самым распространенным осложнением в первом триместре беременности у пациенток с НДСТ была угроза прерывания беременности (30,2%), с относительно высокой частотой встречалась низкая плацентация (8,2%). В 27,8% случаев развивался гестоз в третьем триместре беременности. У 11% женщин были зафиксированы осложнения в виде акушерских кровотечений.

Выводы. Беременность и роды у пациенток с НДСТ в нашем исследовании были сопряжены с высокой частотой развития осложнений.

НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

М.А. Гукасян (V курс, лечебный факультет)

А.О. Давыдова (V курс, лечебный факультет)

Е.С. Иванова (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс. кафедры, к.м.н. М.А. Кузьмина
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
(зав кафедрой – д.м.н., проф., С.П. Синчихин)

В настоящее время, по официальным данным, в России женщины только 45,7 % (36 млн) находятся в репродуктивном возрасте. При этом, по данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ за 2010 г., нормальные роды составили лишь 31,2 %. И ситуация вряд ли будет улучшаться, поскольку в первые десятилетия нового века в активную фазу репродукции вступает популяция женщин, имеющая серьезные проблемы с репродуктивным здоровьем. Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает несостоявшийся выкидыш (missed abortion), т.е. гибель эмбриона или плода в раннем сроке с длительной задержкой его в полости матки — неразвивающаяся беременность (НБ). В структуре репродуктивных потерь частота данной патологии составляет 10-20%.

Цель исследования: выявить основные причины неразвивающейся беременности. **Материалы.** Истории болезней женщин с неразвивающейся беременностью на базе ГКБ № 2 им. Кирова.

Результаты. В ходе исследования, были выявлены основные причины неразвивающейся беременности: 1 – генетическая патология плода: плод имеет генетические уродства, патологию, не совместимую с жизнью; 2 – инфекционные заболевания матери: 3– инфекции, передающимся половым путем, вирусные заболевания матери в начале беременности, инфекционно воспалительные процессы в матке, эндометриоз; 4 – эндокринная патология матери; 5– иммунные и аутоиммунные процессы (организм матери отторгает ткани эмбриона). По данным историй болезней женщин с неразвивающейся беременностью: у 54% в анамнезе более 1 аборта, у 40% в анамнезе вирусная инфекция(гепатит с и а) и у 6% более трех беременностей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕКЛЕТОЧНЫХ СТРУКТУР БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОК С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Э.С. Гейвандова,(V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., доц. Л.В. Дикарева

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического

факультета (зав. каф.- д.м.н., доц. Л.В. Дикарева)

Одной из наиболее широко распространенных медицинских и социальных проблем среди женщин репродуктивного возраста в большинстве развитых стран остаются аномальные маточные кровотечения (АМК). Этиология и патогенез АМК остаются недостаточно изученными, а их частота продолжает увеличиваться. Исследование проводилось на базе кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета с курсом последипломного образования Астраханского государственного медицинского университета и лаборатории физики конденсированного состояния Астраханского государственного университета.

Нами была обследована 41 больная в возрасте от 18 до 44 лет ($32,6 \pm 1,1$ год). В качестве контрольной группы из числа добровольцев были отобраны 32 практически здоровые женщины, не имеющие генитальной патологии. Возраст пациенток в обеих группах был сопоставим ($p > 0,05$).

В ходе исследований было выявлено, что структуропостроение фаций в контрольной и исследуемой группах существенно различалось. Так, в фациях СПК чаще, чем в контрольной группе наблюдался

иррадиальный тип фации ($p < 0,001$) – маркер срыва адаптационных механизмов организма, маркеры хронической интоксикации – токсические бляшки ($p < 0,005$), признаки острых и хронических воспалительных процессов – языковые структуры ($p < 0,001$), серповидные структуры, указывающие на некробиотические процессы ($p < 0,002$), маркеры ангиоспазма и нарушения микроциркуляции – гребешковые структуры ($p < 0,001$) и штриховые трещины ($p < 0,001$), чаще выявлялись маркеры гипоксических и ишемических состояний – жгутовые блоки ($p < 0,001$), а так же признаки глубоких метаболических нарушений – дихотомии ($p < 0,002$).

Данный способ диагностики причин АМК позволяет в короткие сроки, на малых объемах БЖ, с минимальными материальными затратами и высокой диагностической чувствительностью оценить характер патологического процесса, определить оптимальный объем лечения.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ

Р.К. Гасанова (VI курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – асс. А.А. Сувернева

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического

факультета с курсом последипломного образования

(зав. каф. – д.м.н. Л.В. Дикарева)

По данным ВОЗ 2013г. миому матки (ММ) диагностируют у 30-40% женщин в мире, в том числе в России. Частота обнаружения ММ у беременных - 7 %. Прогрессивно увеличивается удельный вес этой патологии в структуре причин осложнений беременности и родов.

Цель исследования – изучить показания к оперативному родоразрешению пациенток с ММ, его особенности и состояние новорожденных.

Материалы и методы: ретроспективный анализ 60 историй родов (уч. ф. № 096/у) пациенток с ММ, родоразрешенных путём операции кесарева сечения (КС), по материалам Областного перинатального центра ГБУЗ АО АМОКБ за 2013 -2014 гг.

Результаты и их обсуждение. Пациентки в возрасте 30-40 лет составили 66%, 20-29 лет - 29%. Одинаково часто операция кесарева сечения была выполнена в плановом и экстренном порядке (по 50%). Показания к плановому КС: несостоятельность рубца на матке (25%),

гипоксическое состояние плода (20%), миопия высокой степени (15%), преэклампсия (ПЭ) средней степени тяжести (12%) и плацентарная недостаточность (7%). Среди показаний к экстренному КС преобладали: преждевременное излитие околоплодных вод при незрелых родовых путях (30%), аномалии родовой деятельности (17%), ПЭ тяжелой степени (13%), прогрессирующее гипоксическое состояние плода (13%), несостоятельность рубца на матке (10%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (10%). Во время хирургического вмешательства в 72% случаев выполнена миомэктомия, в 8% - надвлагалищная ампутация матки, в 2% - экстирпация матки. Все радикальные операции на матке производились при экстренных вмешательствах. Вес новорожденных находился в пределах от 560г. до 3500г. При этом в 87% наблюдений оценка новорожденных по шкале Апгар составила 7/8 баллов, в 2% - 5/7 баллов.

Выводы. В структуре беременных с ММ весомой является доля пациенток молодого репродуктивного возраста. Высокий процент экстренных КС по поводу тяжелых осложнений беременности и родов, с последующими радикальными операциями на матке свидетельствует о целесообразности индивидуального подхода к беременным с ММ и прежде всего, о необходимости тщательной прегравидарной подготовки и планировании беременности у пациенток с ММ.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТЕЙ И РОДОВ ПОСЛЕ ПРИНЯТИЯ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Э.А.Эльгайтарова (IV курс, педиатрический факультет)

Д.А.Воронова (IV курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. А.В. Масленников

Башкирский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии №2

(зав. каф. – д.м.н., проф. А.Г.Яцук)

Актуальность. Современная медицина продвинулась вперед в вопросах контрацепции, но всех волнует вопрос, каково влияние контрацептивов на будущую беременность и роды.

Цель работы: оценить последствия применения контрацептивов на течение беременностей и родов.

Материалы и методы: Исследование было основано на анонимном анкетировании 80 родильниц в родильном отделении ГКБ №8 г. Уфы по вопросам о приеме контрацептивов. Проведен ретроспективный анализ историй родов пациенток. Для решения поставленной цели нами было

выделено 2 группы: I (основную) группу составили пациентки, принимавшие раннее противозачаточные препараты. В свою очередь она была поделена на 2 подгруппы, при этом определяющим критерием деления стало число родов: I«А» подгруппа - первородящие; II«Б» подгруппа – повторнородящие. II (контрольную) группу составили пациентки, не принимавшие контрацептивы.

Результаты и обсуждения. Всего было изучено 80 историй родов беременных. В I (основную) вошли 38 пациенток, из них 16 в I «А», 22 - в I «Б»; В II (контрольную) 42 пациентки.

При анализе данных выявлено, что в группе пациенток принимавших контрацептивы доля gestoзов составила-15,8%, в контрольной группе – 4,8%. Причем показатель несколько выше в I «Б» подгруппе (18,75%), чем в I«А»(13,6%). При сравнении групп между собой удалось выяснить, что у женщин I группы процент встречаемости ФПН больше (13,2%), чем у второй(7,1%). В I«А» и I «Б» подгруппах соответственно 9% и 18,75%. Угроза прерывания беременности в группе, использовавшей КОК, составила 28%,а в контрольной группе – 19%. Проанализировав исходы беременностей, удалось сделать вывод, что у женщин I группы состояние новорожденных было хуже, чем во II группе - доля детей родившихся с оценкой по шкале Апгар 7 составила 18% и 12% соответственно. Послеродовая анемия почти в 2 раза выше у исследуемой группы, принимавшей гормональные противозачаточные (39,5%), в сравнении с контрольной (19%).

Заключение. Проанализировав данные, можно сделать вывод о том, что гормональные контрацептивы повышают риск развития gestoзов, ФПН и угрозы прерывания беременности. Также длительный прием КОК ассоциирован с низкой оценкой новорожденного по шкале Апгар и высоким процентом послеродовой анемии.

НОРМА СРЕДНИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ СЕВЕРНОЙ ЧАСТИ г. УФЫ

А.М.Абдуллина (IV курс, медико-профилактический факультет)

Э.Р.Араптанова (IV курс, медико-профилактический факультет)

Научный руководитель – асс. А.В.Масленников

Башкирский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии №2

(зав.каф. – д.м.н., проф. А.Г.Яцук)

Во время беременности в материнском организме наблюдается существенные анатомические, физиологические биохимические

изменения которые являются адаптационно-компенсаторным механизмом к созданию оптимальных усилений роста и развития плода. Лабораторные показатели беременных и небеременных отличаются друг от друга, поэтому актуально определить их «нормы». Значение показателей «нормы беременности» гемостаза и функций всех систем организма необходимо для оптимизации диспансерного наблюдения беременных, а также эффективной профилактики различных осложнений у матери.

В настоящее время в существующих справочниках по лабораторным тестам нет четких референтных значений лабораторных показателей у беременных женщин. Несмотря на наличие разрозненных данных по изменению отдельных лабораторных показателей при беременности, существует необходимость их обобщения и дополнения. Также актуальность подтверждается тем, что для оценки состояния здоровья и диагностики различных заболеваний во время беременности врачи используют нормы анализов крови, характерные для небеременных женщин, что приводит к неправильной диагностики.

Целью нашего исследования является выявление средних основных лабораторных показателей при неосложненной беременности у женщин северной части г.Уфа по триместрам.

В данной работе мы обобщили данные по лабораторному исследованию 100 беременных женщин без осложнений (30 ± 4 лет). Определили средние показатели общего белка, глюкозы, АЛТ, АСТ, удельный вес мочи, содержание эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, гемоглобина, СОЭ в крови, показатели гемостаза (АПТВ, МНО, АТ III, фибриноген, протромбин, тромбиновое время, РФМК, агрегация с АДФ, агрегация с коллагеном, Д-димер) по триместрам беременности. В нашем исследовании мы выявили референтные интервалы лабораторных показателей крови, мочи для беременных женщин по триместрам в северной части г. Уфа, а так же средние значения общеклинических показателей крови при выписке.

ОЦЕНКА ГЕНТЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ В ЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВКАХ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Костромин А.В. (IV курс, педиатрический факультет)

Усатова К.Б. (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель: д.м.н., проф. А. Г. Ящук,
к.м.н., ассистент А.В. Масленников

Башкирский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии №2

(зав. кафедрой - д.м.н., проф. А. Г. Ящук)

Актуальность: Сложившаяся модель репродуктивного поведения современной молодежи приводит к популяризации аборта как

приемлемого метода планирования семьи. С целью изучения особенностей репродуктивного поведения среди студентов ВУЗ России и Казахстана было предпринято онлайн анкетирование по вопросам, касающихся различных аспектов репродуктивного здоровья. Анализ полученных данных проводился с использованием пакета статистического анализа программы Microsoft Office Excel 2007.

Всего было проанкетировано 255 юношей и 973 девушки. Средний возраст проанкетированных составил у юношей $21,8 \pm 2,2$ года и девушек $23,4 \pm 3,0$ года. Большинство опрошенных юношей считали 17 лет оптимальным возрастом начала половой жизни, девушки - 18 лет. Большинство юношей вступили в половую жизнь с 16 лет, раньше указываемого оптимального срока. У девушек реальный возраст начала половой жизни совпадал с их представлением об оптимальном. Запланированным первым половой акт среди юношей считали 52,5%, среди девушек - 65,4%, у 17,5% представителей мужского пола и 14,3% женского пола он был ассоциирован с употреблением алкоголя. При этом 10,5% респондентов не пользовались контрацепцией вообще, а 22,3% девушек и 12,1% юношей практиковали метод прерванного полового акта.

Выводы: Исходя из изложенного выше, можно сделать вывод, что юноши имеют более раннее начало половой жизни, представители обоих полов демонстрируют неудовлетворительную информированность о рациональном репродуктивном поведении.

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ПОТЕРЯ ПЛОДА: ПРИЧИНЫ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ

Т.С. Шпотина (VI курс, лечебный факультет)

М.Г. Гаджимурадова (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель к.м.н., доц.Л.В. Удодова.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

(зав.каф. – д.м.н., проф. С.П. Синчихин)

Аntenатальная гибель плода - одна из актуальных проблем современного акушерства. За последние годы отмечается увеличение частоты антенатальной гибели в структуре перинатальной смертности, в среднем на 30%.

Целью нашего исследования является анализ причин антенатальной гибели плода, разработка путей снижения перинатальных потерь.

В ходе исследования был проведен анализ отчетных архивных данных ГБУЗ КРД за 2002-2013 г, и 44 историй родов.

Результаты исследования показали, что перинатальная смертность снизилась за последнее десятилетие в 2,5 раза, но за 2013 год отмечается тенденция к росту антенатальных потерь в ее структуре. За 2002 год перинатальная смертность по Астраханской области составляла 16‰, при этом доля антенатальной смертности от этого показателя достигла - 43%. За 2013 год перинатальная смертность составила -11,6‰; антенатальная- 71,6%. Нами установлены следующие основные причины антенатальной гибели плода: декомпенсированная форма фетоплацентарной недостаточности -76%; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты- 23%; ВПР плода, несовместимые с жизнью- 21,6%. Наиболее часто антенатальная гибель плода отмечается в сроки гестации: 22-25 нед. (36,1%); 36-41 нед. (31,8%). Наряду с этим, были выделены факторы риска мертворождаемости, к которым относятся: железодефицитная анемия -42%; дефицит массы тела-20,4%;НЦД по гипертоническому типу- 12%;хронический аднексит -11,4%; дрожжевой кольпит - 27,3%; хламидийная инфекция -8,6%; миома матки- 6,8%; ОРВИ -27,7%;хронический пиелонефрит- 13,6%; цитомегаловирусная инфекция- 6,4%;угроза прерывания беременности -40,3%; ЗВУР- 28%; маловодие- 19,3%; многоводие- 15,1%;преэклампсия- 18,4%; предлежание плаценты- 9,3%. Среди причин мертворождаемости существенную роль играют патологические изменения в плаценте: воспалительные процессы-35%; циркуляторно-дистрофические-65%; гипоплазия плаценты- 33%; патологическая незрелость- 23%; преждевременное созревание- 6%; кровоизлияния в строме- 50%; децидуит- 59,1%; хорионит- 31,8%; фибриноидный некроз- 47,7%.

Таким образом, за последнее десятилетие частота антенатальных потерь выросла в 1,7 раза. Наиболее частыми причинами этой патологии являются: фетоплацентарная недостаточность, железодефицитная анемия, угроза прерывания беременности. Оптимизация акушерской тактики с учетом полученных данных может способствовать снижению антенатальной смертности.

РОЛЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В СТРУКТУРЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ

Х.Б.Асадова (VI курс, лечебный факультет)

Д.А. Абдурахманао (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Л.В. Удодова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

(зав. – д.м.н. проф., С.П.Синчихин)

Проблема охраны здоровья матери и ребенка рассматривается как важная составная часть здравоохранения, имеющая первостепенное значение для формирования здорового поколения людей с самого раннего периода их жизни. Преждевременные роды являются одним из наиболее важных аспектов этой проблемы. Актуальность проблемы преждевременных родов обусловлена прежде всего тем, что они определяют уровень перинатальной заболеваемости и смертности. В России показатель досрочных родов составляет около 6-10% и не имеет тенденции к снижению.

В настоящее время, при изучении причин невынашивания беременности, очень мало внимания уделяется изучению сопутствующим факторам, которые в значительной степени влияют на исход любой беременности. Давно доказано существенное влияние общественной среды, ее условий, характера, сопутствующего анамнеза и образа жизни на здоровье человека, это применимо и к беременным женщинам. Детальное исследование каждого случая в массовом порядке поможет нам выявить факторы риска, своевременно определить тактику и снизить перинатальную смертность.

С помощью метода сопоставления и анализа статистических данных по определенным социальным и социогенным критериям были получены несколько групп беременных женщин, у которых наиболее высокий риск преждевременных родов. Было также установлено, что показатель досрочных родов, по данным клинического родильного дома г.Астрахань, с каждым годом растет.

Таким образом, можно предположить, что определенные факторы могут в той или иной степени спровоцировать преждевременные роды. Выявление групп риска по этим факторам позволит: вовремя определить акушерскую тактику для беременной; если это необходимо, то произвести мероприятия по продлению беременности; разрешить и даже предупредить вопросы, связанные с осложнениями, к которым, собственно, и приводят

преждевременные роды.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИИ (г.АСТРАХАНЬ) И КАЗАХСТАНА (г.АКТОБЕ)

А.Г. Гоголева (V курс, лечебный факультет),

Д.К. Казиева (V курс, лечебный факультет),

А.В. Стрельникова (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц.Л.В. Удодова

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
(зав.каф. – д.м.н., проф.С.П. Синчихин)*

Актуальность. В современном акушерстве ОКС занимает ведущее положение среди всех родоразрешающих операций и способствует улучшению исходов беременности для матери и плода.

Цель исследования. Сравнительный анализ структуры показаний к абдоминальному родоразрешению и его влияние на состояние плода на территории России (г.Астрахань) и Казахстана (г.Актобе).

Материалы и методы. Проведен анализ 200 историй родов с ОКС в г. Астрахани и 56 в г. Актобе.

Результаты. Ведущими показаниями к ОКС в Астрахани являются рубец на матке (45%), слабость родовой деятельности (11,5%), внутриутробная гипоксия плода (11,5%); в Актобе - клинически узкий таз (26,8%), слабость родовой деятельности (21,4%), тазовое предлежание плода (14,3%), рубец на матке (14,3%). Отягощенный акушерский анамнез был у 42,9% женщин Актобе (ОКС у 14,3%), у 62% женщин Астрахани (ОКС у 43,5%). Женщины Актобе предъявляли жалобы во время беременности в 87,5% случаев, 32,1% и 30,4% соответственно имели сопутствующие гинекологические и соматические заболевания. Женщины Астрахани предъявляли жалобы во время беременности в 90% случаев, 74% и 95,5% соответственно имели сопутствующие гинекологические и соматические заболевания. 83,9% детей в Актобе родились в удовлетворительном состоянии, у 8,9%, 5,4% и 1,8% была асфиксия легкой, средней и тяжелой степени соответственно. 94,6% детей в Астрахани родились в удовлетворительном состоянии, у 4%, 1% и 0,4% была асфиксия легкой, средней и тяжелой степени соответственно. Частота послеоперационных осложнений составила 5,4% в Актобе, 5% в Астрахани.

Выводы. Несмотря на более отягощенный акушерский анамнез, больший процент сопутствующих заболеваний, более тяжелое течение

беременности у рожениц г.Астрахани, состояние младенцев после ОКС стабильнее, чем у рожденных в г.Актобе. Таким образом, более активное ведение родов с профилактической направленностью позволяет снизить частоту возможных осложнений для плода и матери по сравнению с выжидательной консервативной тактикой.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЮВЕНИЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИИ(г.АСТРАХАНЬ) И КАЗАХСТАНА(г.АКТОБЕ)

С.А. Зейткалиева (V курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н., доц. Л.В. Удодова
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
(зав.каф. – д.м.н., проф. С.П. Синчихин)*

Актуальность. Ювенильные кровотечения являются одной из наиболее частых форм патологий репродуктивной системы и составляют 10% от всей детской гинекологической заболеваемости, могут стать причиной стойких нарушений менструальной и генеративной функции.

Цель исследования. Сравнительный анализ характера Ювенильных кровотечений на территории России (г.Астрахань) и Казахстана(г.Актобе).

Материалы и методы. Проведен анализ 20 историй болезни детей с аномальными(ювенильными) кровотечениями в г. Астрахань и 20 в г. Актобе.

Результаты. Ювенильные кровотечения встречаются в возрасте от 11 до 17 лет в г.Астрахань и от 10 до 14 лет в г.Актобе. Девочки из г.Актобе в основном рождены от 1-х, а в г.Астрахань от 2-х срочных родов. Беременность в обеих группах половине случаев была осложнена: гестозами, гипоксией плода, посттравматический энцефалопатия, из них 1/3 девочек были рождены путем операцией кесарева сечения. Выявлен высокий процент (99%)экстрагенитальной патологии: гастродуоденит, ВСД, ОРЗ. В г.Астрахань в 100% анемия легкой степени, а в г.Актобе на долю легкой степени приходится-70,7%, средней-11,7%,тяжелой-17,6%.Уровень тромбоцитов в г.Астраханьот 125 до 400 х10х9г/л, в г.Актобе 170-364х10х9 г/л. Длительность кровотечения от 5 до 28 дней в г.Астрахань, 7-14 дней в г.Актобе. Уровень ФСГ, ЛГ, прогестерона, пролактина в обеих группах не имеет достоверной разницы. УЗИ органов малого таза в г.Астрахань – без особенностей, а в г.Актобе – 33% гиперплазия эндометрия, у 40% кисты яичников. Лечение ЮК неосложненного течения в г.Астрахань с применением консервативных

методов было эффективно, когда как в г.Актобе применялись гормональные методы остановки кровотечения, гематрансфузии в сочетании с противовоспалительной и антианемической терапиями.

Выводы. Таким образом, профилактическое направленное ведение и ранняя диагностика данной патологии в г.Астрахань по сравнению с г.Актобе позволила снизить риск развития тяжелых форм Ювенильных кровотечений.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

ДИАГНОСТИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

К.Н. Степанченко (VI курс, лечебный факультет),

А.А. Талипова (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – профессор, д.м.н. Х. К.Аминев
Башкирский государственный медицинский университет

Кафедра фтизиопульмонологии с курсом ИПО

(зав. каф. проф., д.м.н. Х. К. Аминев)

Актуальность: В настоящее время проблема туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией является одной из самых актуальных. Глобальное распространение ВИЧ-инфекции сыграло значительную роль в возникновении вторичной эпидемии туберкулеза даже в тех странах, где в течение последних десятилетий отмечалось существенное снижение заболеваемости. Среди ВИЧ-инфицированных лиц риск развития туберкулеза составляет 5-15% в год. Туберкулез, в свою очередь, способствует прогрессированию ВИЧ-инфекции.

Цель: определение эффективности лечения туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы: контингент впервые выявленных больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в Республике Башкортостан за 1999-2012 гг. Для обработки данных использовали программу Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения. За 1999-2012 гг. в Республике Башкортостан выявлено 617 больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Среди них мужчин было 445 (72,1 %), женщин – 172 (27,9%). Городские жители составили 545 (88,3%), сельские – 72 (11,7%). По возрастному составу больные распределились: подростки составили 1 (0,16%), в возрасте 18-24 лет – 46 (7,5%), 25-29 лет – 166 (26,9%), 30-34

лет – 206 (33,4%), 35-39 лет – 100 (16,2%), 40-49 лет – 84 (13,6%), 50-59 лет – 11 (1,8%), 60 лет и старше – 3 (0,5%). Средний возраст составил 38,14(±6,87) лет.

Социальный состав больных чрезвычайно сложен. Имели постоянную работу только 99 (16,0%) человек, социально незащищенные слои населения составили 438 (84,0%), в том числе временно неработающие 71,0%, инвалиды 6,0%, бомжи 0,8% и единичные случаи – пенсионеры, домохозяйки и др. Страдали наркоманией, алкоголизмом (диагнозы подтверждены специалистами) – 364 (59,0%) больных, что оказывало значительное влияние на результаты лечения, преимущественно из-за нарушения режима химиотерапии.

Пациентам проводилась антибактериальная терапия 4 и более препаратами и антиретровирусная терапия. В данном исследовании преобладали инфильтративный туберкулез легких 57,5%, диссеминированный и милиарный 24,0% и туберкулезный плеврит 5,2%. Клиническое излечение наступило у 11,3%, умерло 41,8%, состоит на учете 29,7%.

Заключение: Таким образом, в Республике Башкортостан наблюдается неуклонный рост заболеваемости туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. У 20,0% заболевания диагностируются одновременно, но у большинства (67,3%) ВИЧ-инфекция уже в IVB, IVB, V стадиях. Это в определенной степени обусловлено накоплением контингента ВИЧ-инфицированных больных. ВИЧ-инфекция в эпидемии туберкулеза становится все более значимой. Позднее выявление и высокая летальность (41,8%) требует оптимизировать работу по химиопрофилактике и своевременному выявлению туберкулеза (проба Манту и флюорография 2 раза в год) у больных ВИЧ-инфекцией через кабинеты инфекционных заболеваний поликлиник.

САНИТАРНАЯ ГРАМОТНОСТЬ УЧАЩИХСЯ ГОРОДА АСТРАХАНИ В ОТНОШЕНИИ ТУБЕРКУЛЁЗА

Д.А.Абдурахманова (VI курс лечебный факультет)

И.Э. Ремиева (VI курс лечебный факультет)

Научный руководитель- к.м.н., асс. О.А. Рыжкова

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра фтизиатрии(зав.каф.- д.м.н., проф. Е.Н. Стрельцова)*

В России в течение последних 20 лет отмечается подъем заболеваемости туберкулезом. Туберкулезом заболевают население разных слоев, но преимущественно молодого возраста. В связи с этим, получение

информации по данному заболеванию в доступной форме является очень актуальным и должно занимать одно из ведущих мест среди различных видов профилактических мероприятий.

Цель: выявить уровень информированности учащихся г. Астрахани о туберкулезе, как заболевание и методах его профилактики.

Материалы и методы: проведено социологическое исследование (анкетирование) по программе «Красный крест против туберкулеза в России» среди 98 учащихся школ и колледжей г. Астрахани.

Результаты исследования: преобладающая возрастная группа респондентов - 16 - 20 лет, что составило 87%. Молодые люди были достаточно осведомлены о туберкулезе, как об опасном инфекционном заболевании (80%), но не в полной мере имели представление о мерах защиты и профилактики туберкулеза (31%). Оптимальную частоту проведения бесед и лекций о туберкулезе респонденты для себя определили - 1 раз в год - 74%.

Выводы: для повышения информированности населения о туберкулезе, особенно среди лиц молодого возраста, следует как можно чаще освещать вопросы профилактики и раннего выявления этого заболевания в СМИ. Только целенаправленная, систематическая санитарная пропаганда среди населения может дать положительные результаты в борьбе с туберкулезной инфекцией и предотвратить ее распространение.

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Я.А. Белецкий(V курс, лечебный факультет)

А.С. Саранчин(V курс, лечебный факультет)

М.А. Хохлова(V курс, лечебный факультет)

Т.В. Фунтусова(V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Л.Б. Кижло
Читинская государственная медицинская академия
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии
(зав.каф. – д.м.н. А.Н. Емельянова)

Актуальность. В большинстве случаев, дальнейшая тактика лечения и направления на госпитализацию зависит от ранней и безошибочной диагностики заболевания врачами первичного звена, которые работают с широким диапазоном заболеваний, огромную и значимую долю среди которых занимают инфекционные болезни.

Цель работы. Определить распространенность и структуру ошибок направительного диагноза инфекционных заболеваний на госпитальном

этапе.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ случаев, зафиксированных в журналах «Госпитализации и отказов от госпитализации больных» приемного покоя ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница» г.Чита с 2012 по 2014 года.

Результаты. Из 9278 случаев выявлено 465 ошибочных диагнозов(5%). Воздушно-капельные инфекции ошибочно выставлены в 17% случаев, из них ошибки приходились преимущественно на острую респираторную вирусную инфекцию в 59,5% случаев, тонзиллит - 21,5%. В конечном итоге в приемном покое преимущественно выставлен диагноз ХОБЛ в 20,2% случаев, паратонзиллярный абсцесс – 10,1% и пиелонефрит – 7,6%. Самый большой процент ошибок пришелся на кишечные инфекции, которых было ошибочно зарегистрировано в 46,5% случаев. Пациенты поступали в приемный покой преимущественно с острым инфекционным гастроэнтероколитом – 95,8%. У этих больных в приемном покое были диагностированы чаще всего панкреатит - 79,4% случаев; холецистит - 13,3%. При постановке диагноза - инфекции наружных кожных покровов ошибочно выставлен направительный диагноз в 10,3% случаев, преимущественно за счет гипердиагностики рожи – 60,9%, ветряной оспы – 17,4%. Приемный покой же отказывал в госпитализации за счет ошибок инфекционных патологий с аллергическим дерматитом – 42% и патологией профиля гнойно-септической хирургии – 58%.

Выводы. 1) Очень часто наблюдается выставление диагнозов ОРВИ и тонзиллитов, при упущении из вида, в большинстве случаев, таких диагнозов как ХОБЛ, паратонзиллярный абсцесс и пиелонефрит. 2) На госпитальном этапе наблюдается гипердиагностика кишечных инфекций. 3) Выявлен большой удельный вес неправильной диагностики аллергических дерматитов и патологии профиля гнойно-септической хирургии с преимущественным выставлением ошибочных диагнозов рожи, ветряной оспы.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ ДЕКРЕТИРОВАННЫХ ГРУПП В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

В.В. Целишенко(V курс, педиатрический факультет)

Н.Э. Султанова (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – асс. кафедры, к.м.н. О.Н.Чабанова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра фтизиатрии(зав.каф. – д.м.н., проф. Е.Н.Стрельцова)

Цель: анализ заболеваемости и клинической структуры туберкулеза

среди декретированных групп (ДГ) в Астраханской области (АО) в период с 2012-2014 гг.

Материалы и методы: проведен анализ случаев заболевания туберкулезом среди декретированных групп в АО в период с 2012-2014 год на основании сведений программы регистрации впервые выявленных (ф. 33). Всего за три года на территории АО впервые выявлено больных туберкулезом из ДГ 149 человек: 2012 год-34,2%, 2013г.-35,6%, 2014г.-30,2%. Из них проживали в городе 19ч.(12,8%), в сельских районах-26(17,5%). Из общего числа больных медицинские работники составили-54(39,2%), работники детских учреждений-33(22,2%), продавцы-24(16,2%), повара-9(7,2%), кухонные работники-5(4,4%), другие специальности –24(10,8%). Из числа медработников: врачи-13(24%), медсестры –17(31%), прочие-24(45%). В клинической структуре преобладает очаговая-4(7,5%), инфильтративная-38(70,1%), кавернозная-2(3,7%), туберкулома-5(9,3%), туберкулез плевры-1(1,9%), цирротическая форма туберкулеза-1(1,9%), внелегочный туберкулез-3(5,6%).

Результаты: заболеваемость медработников-39,2%. В 60% случаев заболевают средний и младший медперсонал. Высокий уровень заболевания работников детских воспитательных учреждений-22,2%, продавцов-16,2%. В клинической структуре заболевания преобладает инфильтративный туберкулез легких-70,1%. В 90% случаев заболевание выявлено при плановых медосмотрах.

Выводы: с 2012-2014гг. заболеваемость имеет тенденцию к снижению. Из декретированного населения наиболее уязвимы в отношении туберкулеза – медработники. Благодаря проводимым ежегодно плановым медосмотрам, выявляются ограниченные процессы, и имеется положительная динамика в снижении заболеваемости среди лиц декретированного контингента.

ВЛИЯНИЕ ПРИРОДНОГО ФАКТОРА НА ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ЗООНОЗНЫХ ИНФЕКЦИЙ: ЧИСЛА ВОЛЬФА

А.Н. Ирмагамбетова(IV курс, медико-профилактический факультет)

А.С. Жанзаков(IV курс, медико-профилактический факультет)

Научный руководитель – к.б.н., доц. А.Г. Корнеев

Оренбургский государственный медицинский университет

Кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней

(зав. каф. - д.м.н., проф. А.С. Паньков)

Еще в 1936 г. В.И. Вернадский утверждал, что солнечная

активность влияет на развитие эпидемий на земле. Один из параметров солнечной активности – число Вольфа («международное число солнечных пятен», «относительное число солнечных пятен», «цюрихское число»), названное в честь швейцарского астронома Рудольфа Вольфа. Это числовой показатель количества солнечных пятен, наблюдаемые на солнце в конкретный год. Число Вольфа является одним из самых распространённых показателей солнечной активности.

Цель работы – изучить влияние природного фактора (солнечная активность) на эпидемический процесс зоонозных инфекций.

Изучалась заболеваемость геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) населения административных районов (всего 35) Оренбургской области за 1994-2014 гг. Были получены коэффициенты корреляции Пирсона (r) среднегодовых показателей заболеваемости населения и чисел Вольфа. С учетом того, что изменения на солнце имеют циклический характер, провели транскорреляционный анализ со сдвигом 1-10 лет в обе стороны. Для оценки тесноты связи использовали шкалу Чеддока. В работе приводятся только статистически достоверные показатели ($p \leq 0,05$).

Во всех районах, где за изучаемый срок ежегодно регистрировались случаи ГЛПС, выявлялась, по крайней мере, умеренная зависимость ($|r| \geq 0,3$). Однако определить каких либо выраженных закономерностей в распределении полученных коэффициентов не удалось. Определялись как прямые, так и обратные зависимости. Не удалось выявить связи заболеваемости и солнечной активности в зависимости от среднесноголетнего уровня заболеваемости ГЛПС, плотности населения района, процента лесистости. Впрочем, $|r|$ тех районов, которые исторически относились к природным очагам ГЛПС, колебался от 0,46 до 0,86.

Таким образом, нельзя отрицать влияние солнечной активности на интенсивность эпидемического процесса инфекционных болезней, но его доля среди других факторов в большинстве случаев не существенна. Возможно, что в первую очередь подвержен солнечной активности эпизоотический процесс, а эпидемический в большей степени зависит, например, от социального фактора.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛИХОРАДКОЙ ЗАПАДНОГО НИЛА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 1997-2014 г.г.

М.С. Азарян(VI курс, лечебный факультет)

А.Е. Горбань (VI курс, лечебный факультет)

В.А. Каракешишев (III курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Г.К. Курытникова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав.каф. – д.м.н,проф., Х.М. Галимзянов)

Лихорадка Западного Нила (ЛЗН) - зоонозная природно-очаговая арбовирусная инфекция с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя, протекающая у человека в виде острого лихорадочного заболевания с симптомами общей интоксикации, головными болями, миалгией, артралгией, сыпью, в тяжелых случаях - с развитием серозного менингита и менингоэнцефалита.

Ареал вируса ЗН в России охватывает ландшафтные пояса пустынь, полупустынь, степи, лесостепи на территории юга европейской части (Астраханская, Волгоградская, Ростовская области, Краснодарский край), южные районы Сибири и Дальнего Востока. За период с 1997 года по 2014 год в Астраханской области было лабораторно верифицировано 549 случаев ЛЗН. При анализе заболеваемости ЛЗН выявлено, что в 1997, 1998, 2003, 2006, 2008, 2009, 2010 и 2014 годах регистрировалось от 1 до 14 случаев ежегодно. От 18 до 33 случаев ЛЗН выявлено в 2000, 2002, 2004, 2007 и 2011 годах. Наибольшее количество лабораторно подтвержденных случаев ЛЗН зарегистрировано в 1999, 2001, 2005, 2012 и 2013 годах (95, 49, 73, 68, 70 случаев соответственно). В 1999 году была расшифрована вспышка серозных менингитов вызванная вирусом Западного Нила, когда было верифицировано 95 случаев, в том числе 5 случаев с летальным исходом.

IgM-антитела к вирусу ЛЗН обнаруживались уже с 3-го дня от начала заболевания.

Первые случаи лихорадки Западного Нила в области по результатам многолетних исследований появляются в конце июня (5,1%) и регистрируются до октября месяца (1,4 %), а пик заболеваемости приходится на август-сентябрь: август - 56 % , сентябрь - 24,9 % случаев.

Наибольшее количество случаев ЛЗН регистрировалось в г. Астрахани (56,8%) и в четырех районах области: Приволжском (10,4%), Наримановском (7,8%), Икрянинском и Красноярском (по 5,8%).

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЛЯМБЛИОЗА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

М.А. Аджибаев(IV курс, лечебный факультет)

А.В. Лымарь (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

Целью нашего исследования являлось изучение распространенности заболевания лямблиозом среди населения Астраханской области в период 2012-2013гг.

Данная цель достигается решением следующих научных задач: Определить частоту выявления лямблий у различных возрастных групп (детей до 1 года, до 17 лет и взрослых), обратившихся за медицинской помощью в амбулаторно-поликлиническое учреждение. А так же провести изучение факторов риска заражения лямблиозом.

В результате исследования в 2013 году на территории АО выявлено паразитарных заболеваний: среди всего населения - 3374 человек (2012 - 2967 чел.), детей до 1 года - 10 человек (2012 - 6 чел.), детей до 17 лет - 3085 человек (2012 - 2629 чел.), из них заболеваемость лямблиозом в 2013 году увеличилась у детей до 1 года на 1,67%, у детей до 17 лет на 1,28 %, у взрослых на 1,08% по сравнению с 2012 г.

Таким образом, можно сделать вывод, что лямблиоз в Астраханской области в последние годы имеет тенденцию к нарастанию, при чем заболевание чаще регистрируется у детей дошкольного возраста.

БАКТЕРИОФАГИ – АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ БУДУЩЕГО

Л.А. Бирюкова (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс. Стулова М.В.

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра микробиологии и вирусологии

(зав. каф. – д.м.н., член-корреспондент РАЕН О.В. Рубальский)

В конце XX века стало ясно, что бактерии безусловно доминируют в биосфере Земли, составляя более 90% ее биомассы. У каждого вида имеется множество специализированных типов вирусов.

По предварительным оценкам, число видов бактериофагов составляет около 1015. Чтобы понять масштаб этой цифры, можно сказать, что если каждый человек на Земле будет каждый день открывать по одному новому бактериофагу, то на описание всех их понадобится 30 лет. Таким образом, бактериофаги — самые малоизученные существа в нашей биосфере.

Бактериофаги впервые были описаны в 1915 г. англ. бактериологом Фредериком Туортом, в России бактериофагов впервые наблюдал рос. микробиолог Н.Ф. Гамалея. Хотя бактериофаги и были открыты раньше антибиотиков, но широкого применения в медицинской практике тех лет не нашли. В основном их использовали для определения зараженности изучаемой среды (к примеру, водоемов) теми или иными колониями бактерий и предотвращения эпидемий.

Сегодня микробиология и медицина рассматривают возможности глобального использования бактериофага в лечении бактериальных инфекций, однако, во-первых, не все бактерии, даже подходящие под тип бактериофага, гибнут. Во-вторых, воздействие бактериофага на бактерии узкоспециализированно. В-третьих, еще не ко всем бактериям были найдены соответствующие фаги. В этом смысле у антибиотиков более выгодное положение. Они не столь избирательны и могут воздействовать губительно на широкие спектры бактериальных штаммов. Но бактерии со временем склонны приобретать резистентность (устойчивость) к антибиотикам, а к бактериофагам такой устойчивости у них не вырабатывается. К тому же, бактериофаги воздействуют губительно только лишь на определенный вид бактерии, под который они выведены, а антибиотики убивают все живое на своем пути, в том числе и жизненно необходимые человеческому организму бактерии.

Таким образом, чтобы фаготерапия заняла определенное место в борьбе с инфекциями и была результативной, все эти противоречивые возможности двух агентов (бактериофагов и антибиотиков) должны учитываться в построении тактики лечения бактериальных инфекций.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕНИНГИТОВ

Ж.А. Джакслыкova (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс. М.В. Стулова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра микробиологии и вирусологии

(зав. каф. – д.м.н., член-корреспондент РАЕН О.В. Рубальский)

Цель исследования: проанализировать различные случаи менингитов в условиях инфекционного стационара, научиться правильно

дифференцировать различные виды менингитов на основе данных лабораторного исследования СМЖ.

Нами было проанализировано 7 случаев менингококкового менингита, 5- туберкулезного и 3 случая краснушного менингита. Среди больных преобладали мужчины. Возраст больных от 20 до 45 лет. Все поступали в стационар от 3 до 8-ми суток. В ГБУЗ АО «ОИКБ им А.М. НИЧОГИ» ежегодно диагностировали 1-2 случая туберкулезного менингита. Больные направлялись с различными диагнозами: менингит, ОРВИ, лихорадка неясной этиологии. В стационаре всем больным был поставлен диагноз вирусный менингит. В стационаре больницы при проведении рентгенографии легких в 60% случаях выявлялся туберкулез легких. Характерные признаки менингита были у всех больных. Больные жаловались на интенсивную головную боль, повторную рвоту. У всех больных наблюдался симптом Кернига, Брудзинского. Ригидность мышц затылка была слабо выраженной, но в процессе болезни нарастала. Характер цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) не позволяет на ранних этапах болезни дифференцировать туберкулезный менингит с вирусным менингитом. Анализ ликвора у больных с туберкулезным менингитом – давление-300 мл. рт. ст., цвет - опалесцирующий, лимфоцитоз 70%, белок-0,9 г/л, сахар-0,1 г/л., с краснушным – давление-200 мл. рт. ст, лимфоцитоз, сахар-2,3 г/л. Осложнение в виде менингоэнцефалита было в 2-х случаях. Летальных исходов не было. При обследовании на наличие туберкулезных палочек в мокроте, антител к микобактериям туберкулеза, ПЦР, диаскинтест положительные результаты были в единичных случаях. Больные были неоднократно консультированы фтизиатром. Ранняя диагностика туберкулезного менингита была в 32% случаев. У большинства больных, несмотря на повторные консультации фтизиатра, туберкулезный менингит был диагностирован на второй-третьей неделе пребывания в стационаре. Характерным признаком гнойного менингита явилась лихорадка, которая наблюдалась в 100-% случаев у больных менингококковым менингитом. Первоначально ставился диагноз «менингококковая инфекция, менингит», который подтверждался исследованием ликвора (давление-200 мл. рт. ст., жидкость мутная, зеленовато-желтого цвета, плеоцитоз- нейтрофильный, белок-0,7 г/л.) также в крови был выделен возбудитель *Neisseria meningitidis*.

Выводы: Диф.диагноз менингитов должен проводиться с учетом ряда особенностей их клинического течения на современном этапе. Особое внимание должно уделяться современной лабораторной диагностике заболевания на ранних этапах болезни.

ТОКСОКАРОЗ ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.Ю. Донскова(IV курс, лечебный факультет)

О.В. Мартынова(IV курс, лечебный факультет)

А.В. Щербина(IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц.Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

Несмотря на то, что Астраханская область не входит в число субъектов РФ с наиболее высокими показателями заболеваемости токсокарозом, данная проблема остаётся для нас актуальной, так как показатель по данному заболеванию с 2009-го года увеличился в 4,5 раза.

Астраханская область расположена на юго-востоке России. Занимает площадь 49,024 тыс. км². Плотность населения – 20,83 чел/км². Особенности географического положения области: высокие температуры и влажность воздуха, глинистые и песчаные почвы, являются оптимальной средой для быстрого размножения возбудителей паразитарных заболеваний.

В возрастной категории высокие показатели токсокарозной инвазии выявлены среди детей от 1 года до 7 лет (39,3 %) интенсивно контактирующие с почвой, песком на детских и игровых площадках и животными. Так же в группе риска находятся взрослые от 35 до 60 лет (46,4 %): ветеринары и работники питомников; продавцы овощных магазинов; владельцы приусадебных участков, огородов; лица, занимающиеся охотой с собаками и т.д.

Согласно статистическим данным, более высокие показатели токсокарозной инвазии обнаружили среди городского населения (72,4 %). Это может быть связано с увеличением численности бродячих собак и кошек, несоблюдением правил содержания домашних животных их владельцами. Детские площадки зачастую используются для выгула собак, так как специальных для этих целей места не выделены, при этом в практической жизни отсутствуют методы дезинвазии экскрементов животных.

У сельских жителей были выявлены менее высокие показатели, что является опровержением нашей гипотезы. Среди районов области лидерами по числу заболеваний являются: Красноярский (6,9 %) и Наримановский (6,9 %).

Заключение: данные наших исследований позволяют сделать вывод

о более высоких показателях токсокарозной инвазии среди детского населения от 1 года до 7 лет, а так же взрослых от 35 до 60 лет. Население средней от 18 до 35 возрастной группы оказалось наименее подверженным данному заболеванию. Так же был выявлен больший процент поражения городского населения, по сравнению с сельским.

АСТРАХАНСКАЯ РИККЕТСИОЗНАЯ ЛИХОРАДКА КАК ПРОБЛЕМА НАСТОЯЩЕГО И БУДУЩЕГО

А.А. Дружинина (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс. М.В. Стулова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра микробиологии и вирусологии

(зав. каф. – д.м.н., член-корреспондент РАЕН О.В. Рубальский)

Каждые 10 лет с момента установления нозологической самостоятельности данного типа лихорадки установлено резкое увеличение числа выявленных случаев заболевания в 2011 г. было 142 случая, в 2012 – 167, в 2013 г. – 239. Рост заболеваемости в 2013 году в 1,7 раз. В 2014 г. заболеваемость АРЛ снизилась в 1,3 раза и составила 189 случаев. Летальность при АРЛ в 2013 и 2014 г. по сравнению с 2012 г. возросла в 4,2 раза. Целью исследования является изучения клинко-лабораторных данных и течения средне-тяжелых и тяжелых форм Астраханской риккетсиозной лихорадки с учетом временных промежутков. Нами проведен анализ 12 историй болезни больных АРЛ средне-тяжелой и тяжелой форм. Среди заболевших преобладали лица мужского пола (8 больных – 58,8%). Женщин было 4 (41,2%). Возраст больных колебался от 30 лет до 88 лет. От 30 до 50 лет было 2 больных (10,8%), от 51 до 60 – 3 (8,2%), от 61 до 70 – 4 (32,4%), от 71 до 80 лет – 3 больных (37,8%). Диагноз устанавливался на основании эпидемиологических данных, анамнеза, клиники, результатов реакции ПЦР. Первичный аффект обнаружен у 8 больных (21,6%). Клиническая картина АРЛ характеризовалась типичными симптомами. Лихорадка наблюдалась у всех больных: до 38 гр. – у 2 больных (19%); до 39 гр. – у 9 больных (46%); выше 39 гр. до 40,1 гр. – у 2 больных (35%). Средняя продолжительность лихорадки была 9,8 дней. У всех больных отмечалась пятнисто-папулезная сыпь, в ряде случаев сыпь была угасающая. У 7 больных на фоне пятнисто-папулезной сыпи наблюдалась геморрагическая сыпь. Сыпь появлялась с 3 до 7 дня болезни. В среднем сыпь появлялась на 4,2 день. Симптомы интоксикации – слабость, головная боль, снижение аппетита наблюдались у всех больных. Миалгии были

выраженными у 12 больных (84,8%), артралгии – 9 больных (73%). У больных с тяжелым течением болезни наблюдались следующие осложнения: пневмония, ИТШ, ДВС-синдром, полиорганная недостаточность. Выводы: В сезон заболеваемости АРЛ необходимо иметь настороженность в отношении возможности развития тяжелых осложнений у больных АРЛ. При оценке тяжести течения болезни учитывать критерии тяжести АРЛ.

САНИТАРНО-ПАЗИТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОБЪЕКТОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.С. Иванова, (V курс, лечебный факультет)

Б.Ю. Кузьмичев (V курс, лечебный факультет)

О.В. Мартынова (IV курс, лечебный факультет)

А.В. Чернова* (V курс, факультет биологии и природопользования)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

** Астраханский государственный технический университет*

Кафедра прикладной биологии и микробиологии

(зав. каф. – д.б.н., проф. О.Б. Супрунова)

За 2014 – 2015 гг. были проведены санитарно-паразитологические исследования воды, фруктов, овощей, зелени и рыбы. Всего было исследовано 129 проб, в т.ч. 15 проб воды (10,8%), 75 проб плодоовощной продукции (54%) и 39 проб рыбы (30,2%). Отбор проб воды мы проводили согласно Методическим указаниям МУК 4.2.1884-04 «Санитарно-микробиологический и санитарно-паразитологический анализ воды поверхностных водных объектов». Было исследовано 15 проб воды (10,8%) из поверхностных водоемов, как в городской – 40% (6 проб), так и в сельской местностях – 60% (9 проб). Исследование плодоовощной продукции мы проводили согласно, методическим указаниям МУК 4.2.1881-04 «Санитарно-паразитологические исследования плодоовощной, плодово-ягодной и растительной продукции»: исследовано 75 проб плодоовощной продукции (54%), в т.ч. огурцов – 15 проб (20%), баклажанов – 18 проб (24%), кабачков – 7 проб (9,3%), картофеля – 32 пробы (42,7%), капусты – 1 проба (1,3%) и свеклы – 2 пробы (2,7%). Результат исследования: в смывах с капусты и со свеклы (по 1 пробе) были обнаружены мертвые личинки *Strongyloides stercoralis*. В остальных

пробах результат исследования был отрицательный. Исследование рыб и рыбной продукции мы проводили согласно, методическим указаниям МУК 3.2.988-00 «Методы санитарно-паразитологической экспертизы рыбы, моллюсков, ракообразных, земноводных, пресмыкающихся и продуктов их переработки» - было исследовано 39 проб рыбной продукции (30,2%), выловленной из различных рек Астраханской области. В результате исследования в 1 пробе рыбы (линь) – 2,6% были обнаружены личинки метацеркарий, одетые черным пигментом.

Несмотря на рост паразитарной заболеваемости в регионе, санитарно-паразитологическое состояние воды из поверхностных водоемов остается в удовлетворительном состоянии в отличие от состояния плодоовощной и рыбной продукции, отобранной для исследования у частных лиц.

ЭХИНОКОККОЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Е.С. Иванова(V курс, лечебный факультет)

Л.А Асадова(V курс, лечебный факультет)

Р.В. Гандаев(V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц.Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав. кафедрой - д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

Частота заболеваемости эхинококкозом в Астраханской области составляет 0.89 на 100 тыс. человек. Первичные поражения головного мозга эхинококкозом встречается относительно редко и составляет от 0,4 до 4-9,9% всех случаев эхинококкоза человека. Характерно длительное бессимптомное течение заболевания, поскольку киста увеличивается медленно (в среднем на 1 см в год) и обычно не вызывает реактивных изменений в ткани мозга. Диагностика: Как правило, вначале предполагается диагноз — опухоль мозга, который можно верифицировать при магнитно-резонансной томографии или во время операции головного мозга. Уточняется диагноз в случаях выявления эхинококкоза во внутренних органах (чаще всего в печени), при кожных пробах Кациони и РСК Гедина-Вейнберга и получении некоторой анамнестической информации о профессии (контакт с животными). Лечение эхинококкоза ЦНС - преимущественно хирургическое, поскольку на момент диагностики пузыри практически всегда достигают большого размера. При наличии признаков внутричерепной гипертензии промедление с операцией может быть более опасным, чем риск

диссеминации, и в большинстве случаев операция выполняется без предоперационной подготовки, вскоре после постановки диагноза.

Клинический пример: Пациент поступил с жалобами на приступы потери сознания, появившиеся в марте 2010 г., сопровождающиеся потемнением в глазах, головокружением, судорогами. Диагноз: Эхинококкоз. Множественный эхинококкоз головного мозга. Паразитарная киста ЛЖ.

СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО МАЛЯРИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.С. Иванова (V курс, лечебный факультет),

Д.С. Адамова (I курс, лечебный факультет)

А.Ю. Коровушкин (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Р.С. Аракельян
ст. пр. В.А. Шаталин

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

Кафедра биологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Л.Г. Сентюрова)

В Астраханской области за период с 2000 по 2014 гг. зарегистрировано 90 случаев малярии человека.

Возраст лиц, подвергшихся заражению малярией, колебался от 5 мес. до 70 лет, в т.ч. на долю детей в возрасте до 17 лет пришлось – 21 сл. (23%), а на долю лиц старше 17 лет – 69 сл. (77%). Так, у детей регистрировалась трехдневная – 20 сл. (95%) и четырехдневная малярия – 1 сл. (5%).

В половом соотношении, заболеваемость распределялась следующим образом: мужчины – 72 сл. (80%), женщины – 18 сл. (20%).

По видовому составу в 84 сл. (94%) регистрировалась трехдневная малярия, в 4 сл. (4%) – тропическая и по 1 сл. (1%) – четырехдневная и овале-малярия.

В Астраханской области у людей регистрировались случаи завозной малярии из стран СНГ – 70 (78%), вторичные от завозных – 11 (12%) и рецидивы – 9 (10%).

Географически малярия распределялась таким образом: г. Астрахань – 58 сл. (65%), в т.ч. Ленинский район – 27 сл. (46% от числа всех городских случаев), Кировский и Советский районы – по 15 сл. (по 26%) и Трусовский район – 1 сл. (2%), а также проездом через Астрахань – 2 сл. (2%); Астраханская область – 30 сл. (33%), в т.ч. Красноярский

район – 9 сл. (30%), Наримановский район – 8 сл. (27% от числа всех сельских случаев), Ахтубинский район – 5 сл. (17%), Харабалинский район – 4 сл. (13%), Черноярский район – 2 сл. (7%), Лиманский и Камызякский районы – по 1 сл. (по 3%).

Таким образом, на территории Астраханской области наиболее чаще регистрировалась трехдневная малярия – 94%. Завоз малярии в регион осуществлялся в 78% случаев из Азербайджана и Таджикистана.

ЛИХОРАДКА ЭБОЛА

А.Ю. Коровушкин(I курс, лечебный факультет)

Д.С. Адамова (I курс, лечебный факультет)

Р.Г. Курбанов (V курс, лечебный факультет)

Научные руководители – к.м.н., доц.Р.С. Аракельян

ст. пр. В.А. Шаталин

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

Кафедра биологии(зав. каф. – д.м.н., проф. Л.Г. Сентюрова)

Лихорадка Эбола – зоонозная природно-очаговая острая инфекционная болезнь с различными механизмами передачи возбудителя. Главными признаками лихорадки Эбола, определяющими её опасность на международном уровне, являются тяжесть клинического течения, высокая летальность, контагиозность, высокий потенциал территориальной экспансии в странах Африки.

Впервые лихорадка Эбола была зарегистрирована на Африканском континенте в 1976 г., когда эпидемии геморрагической лихорадки вспыхнули в Южном Судане и на севере Заира. В Судане летом 1976 года, в посёлке Нзара, городке Мариди заболело 280 человек (из них 150 погибли), в том числе и персонал госпиталя, где лечили больных.

По официальной информации ВОЗ общее число лиц пострадавших от вспышки лихорадки Эбола в Западной Африке составляет 13268 человека, в том числе 4960 летальных случаев: Гвинея – 1760 случаев, в т.ч. 1054 летальных; Либерия – 6619 случаев, в т.ч. 2766 летальных; Сьерра Леоне – 4862 случаев, в т.ч. 1130 летальных; Мали – 1 летальный; Нигерия – 20 случаев, в т.ч. 8 летальных; Сенегал – 1 случай; США – 4 случая, в т.ч. 1 летальный; Испания – 1 случай.

Летальность составляет 37,4%. Случаи регистрируются и среди медицинского персонала – 549 медицинских работников пострадало от лихорадки Эбола, из них 311 с летальным исходом.

Согласно оценкам специалистов ВОЗ прирост случаев заболеваний в Гвинее стабилизировался, в Либерии наблюдается спад активности эпидемического процесса, в то время как в Сьерра-Леоне ситуация продолжает ухудшаться. Около 20 % новых случаев заболеваний происходит во время проведения похорон лиц, погибших от лихорадки Эбола, в связи с чем, ВОЗ разработала новый протокол, предписывающий алгоритм действий для безопасного захоронения погибших лиц.

Сегодня ситуация по лихорадке Эбола остается на контроле Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО ДИРОФИЛЯРИОЗУ ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.В. Курскова(IV курс, лечебный факультет)

Е.С. Хаустова(IV курс, лечебный факультет)

О.В. Мартынова(IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц.Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

Дирофиляриозы – тканевые филяриозы животных, проявляющиеся у человека образованием подвижной опухоли под кожей на различных участках тела, а также под конъюнктивой глаза (инвазия *Dirofilaria repens*), при инвазии *Dirofilaria immitis* поражаются кровеносные сосуды легких и сердца.

На территории Астраханской области за период 2001 – 2012 гг. зарегистрировано 43 случая дирофиляриоза человека, в т.ч. женщины – 74,4% (32 чл.), мужчины – 25,6% (11 чл.). В 2013 и 2014 гг. дирофиляриоз в Астраханской области не регистрировался.

Гельминт локализовался: в области век – 20 сл. (46,5%), в области лба – 6 сл. (14,0%), в области волосистой части головы – 4 сл. (9,4%), в области верхних конечностей – 7 сл. (16,3%). Единичные случаи локализации отмечались в области лица, груди и нижних конечностей – по 2 сл. (4,6%). Во всех случаях больные предъявляли жалобы на боль, жжение, гиперемию и отечность пораженного участка. Более половины всех больных – 23 чл. (53,5%) отмечали миграцию паразита под кожей. Размеры извлеченных гельминтов колебались от 40 до 150 мм. В 19 сл. (44,2%) размер колебался от 100 до 130 мм. Все паразиты были удалены

хирургическим путем и идентифицированы специалистами, как самка нематоды *Dirofilaria repens*.

Таким образом, за последние годы отмечается увеличение числа случаев дирофиляриоза среди людей. Увеличение числа социально неблагоприятных факторов, отсутствие качества профилактических исследований, как и потепление климата, способствуют повышению риска заражения и увеличению числа случаев местной передачи возбудителя дирофиляриоза.

ЗАВОЗНАЯ МАЛЯРИЯ

О.В. Мартынова(IV курс, лечебный факультет)

А.Ю. Донскова (IV курс, лечебный факультет)

Д.С. Адамова (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

В 2014 году в Астраханской области зарегистрировано 2 случая завозной малярии – малярия овале и тропическая малярия.

Случай 1. Больной Н,1991г.р., студент, гражданин государства Кот д Ивуар, прибыл в г. Астрахань 24 августа 2014 г., до этого проживая на эндемичной по данному заболеванию территории. 8.02.2014 почувствовал ухудшение самочувствия и через пять дней обратился за медицинской помощью в ССМП. С жалобами на недомогание, слабость, боли в мышцах и суставах, повышение температуры до 40°C был госпитализирован в инфекционную больницу с диагнозом «аденовирусная инфекция». 13.02.2014 было проведено лабораторное исследование крови на наличие малярийных плазмодиев с отрицательным результатом. В контрольном анализе обнаружены *P. ovale* (+++). Был поставлен окончательный диагноз - Овале малярия, завозная. Назначено лечение хлорохином. При проведении эпидемиологического обследования вероятные источники, механизм и условия передачи инфекции выявить не удалось.

Случай 2. Больной К,1972 г.р., гражданин России, до 5 июня 2014 года находился в командировке в Экваториальной Гвинее. Больным себя считал с 15 июня 2014 года, когда появились жалобы на недомогание, слабость, озноб, головную боль в лобно-височной области, суставах. Обратился за медицинской помощью 16.06.2014 в ССМП, однако от госпитализации отказался. 17.06.2014 был госпитализирован в ОИКБ с предварительным диагнозом «Лихорадка неясной этиологии». В анализе крови от 17.06.2014 были обнаружены кольца *P. falciparum* (++). В контрольном анализе, обнаружены кольца *P.falciparum* (+++). Был

поставлен клинический диагноз - «Тропическая малярия, завозная». При проведении эпидемиологического обследования вероятный источник инфекции, механизм и условия передачи инфекции выявить не удалось.

Выводы: в связи с наличием граждан, выезжающих за пределы Астраханской области в эндемичные по малярии территории, а также за счет приезжих лиц, в Астрахани не только возможно обнаружение случаев завозной малярии, но и существует риск осложнения эпидемиологической ситуации по данному инфекционному заболеванию, т.к. возникает опасность диссеминации инфекции.

ЭХИНОКОККОЗ С ИЗОЛИРОВАННЫМ И СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКОГО В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

О.В. Мартынова(IV курс, лечебный факультет)

Н.Ф. Имамутдинова (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц.Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

Первые упоминания о заболеваемости эхинококкозом относят еще к временам Гиппократов. Но, несмотря на значительные достижения в области изучения этой проблемы, актуальность ее все еще велика. Достаточно часто встречаются случаи с локализацией паразита в легком – либо изолированно, либо в сочетании с поражением других органов.

На территории Астраханской области в период с 2008 по 2014 год установлено 56 случаев эхинококкоза с различной локализацией возбудителя. При этом локализация паразита в легком составляет 19,6% (11 сл.). Из них 10,7% (6 сл.) составляет поражение легкого и печени, и 8,9% (5 сл.) - изолированное поражение легкого.

Наибольшее количество случаев в 2014 году – 36,4% (4 сл.). В 2008, 2009 и 2011 году зарегистрировано по 2 случая; в 2013 году – 1 случай; в 2010 случаи эхинококкоза легкого не регистрировались.

Заболевание встречается у больных в любом возрасте (дети до 17 лет – 27,3%; взрослые – 72,7%).

В половом соотношении эхинококкоз преобладает у женщин – 72,7% (8 сл.); у мужчин – 27,3% (3 сл.).

По территориальному критерию: 45,5% зарегистрировано в г. Астрахани (5 сл.); 36,4% в Астраханской области (4 сл.) и 18,1% у лиц, находящихся в регионе проездом (2 сл.).

Ведущая жалоба является боль в области предполагаемой

локализации паразита (7 сл.), причем, при поражении легкого и печени, на первый план выходят жалобы со стороны ЖКТ. Отмечены жалобы на кашель и одышку (3 сл.). У 18,2% (2 сл.) жалобы отсутствовали.

В диагностике заболевания наиболее показательны были гистология и УЗИ.

Таким образом, эхинококкоз легкого встречается довольно часто, (изолированно и сочетано), заболеванию подвержены люди, независимо от возраста и профессии. В 2014 году резко возрастает число случаев. Преобладающей жалобой являются боли.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АСКАРИДОЗА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ И ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ К ЕГО РАСПРОСТРАНЕНИЮ

К.Ю. Мельникова(V курс, лечебный факультет)

И.С. Гасаналиева (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Р.С.Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М.Галимзянов)

Актуальность. К настоящему времени клинические проявления аскаридоза изучены достаточно полно, однако глобальные экологические изменения последних десятилетий, широкое применение противомикробных, иммуностропных и прочих лекарственных препаратов и ряд других факторов изменили распространенность заболевания по отдельным территориям и затруднили его своевременную диагностику и выявление.

Цель исследования. Выявить распространенность аскаридоза по территории Астраханской области; дать оценку состоянию заболеваемости на данной территории по гельминтозу.

Материалы и методы. Исследования проводились в период с 2013 по 2014 год в городе Астрахань и по области по контингенту всех жителей указанной территории. Диагностика аскаридоза осуществлялась с помощью: 1) обнаружения яиц аскарид в мазках фекалий; 2) визуального обнаружения аскарид в фекалиях; 3) обнаружении антител в сыворотке крови больных.

Результаты и их обсуждение. На территории Астраханской области с 2013 по 2014 год зарегистрировано 43 случая аскаридоза среди населения. По территориальному признаку зараженность лиц, заболевших

аскаридозом между городом и областью не одинаковая: город Астрахань – 30,2% (13 человек), Астраханская область – 69,8% (30 человек). Наиболее часто заболевание встречалось у лиц, проживающих в Ахтубинском районе – 46,7% (14 человек), в Харабалинском – 20% (6 человек), в Икрянинском – 13,3% (4 человека). В редких случаях – по 3,3% (по 1 человеку) пациенты проживали в Володарском, Красноярском, Лиманском, Наримановском, Приволжском и Черноярском районах Астраханской области. По возрастным категориям по Астраханской области среди детей до года выявлено 2,3% (1 человек), до 17 лет – 55,8% (24 человека), взрослое население – 41,9% (18 человек).

Выводы. В целом, оценка состояния заболеваемости аскаридозом по городу Астрахань и Астраханской области благоприятная, не смотря на то, что в последние годы число случаев заражения аскаридозом продолжает увеличиваться. Заболеванию подвержены все возрастные группы населения, но в основном лица, до 17 лет и взрослое население, преимущественно в районах области с развитой сельскохозяйственной промышленностью (Ахтубинск, Харабали).

АМЕБИАЗ ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.В. Нифонтова (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц.Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

Амебиаз – протозойный антропоноз, в клинически выраженных случаях проявляющийся преимущественно язвенным поражением толстого отдела кишечника, а также развитием абсцессов в печени и в других органах.

В 2013 г. в Астраханской области зарегистрировано 3859 случаев паразитарных заболеваний, в т.ч. амебиаза 44 сл., что составило 1,1% от общего числа всех зарегистрированных в регионе гельминтозов. Эндемичными по амебиазу регионами в РФ считается Закавказье, Калмыкия, Астраханская область и районы, прилегающие к среднеазиатским республикам.

В наших наблюдениях, амебиаз встречался в основном только у взрослых в возрасте от 18 до 57 лет – 43 сл. (97,7%). У детей за анализируемый период зарегистрирован 1 случай амебиаза у девочки 15 лет – 2,3%. По возрастному контингенту среди взрослых заболевание распределялось следующим образом: 18 лет – 5 сл. (11,4%), 25 лет – 7 сл.

(15,9%), 27 лет – 5 сл. (11,4%), 35 лет – 10 сл. (22,7%), 40 лет – 8 сл. (18,2%), 42 года – 3 сл. (6,7%) и 57 лет – 5 сл. (11,4%).

Амебиаз на территории Астраханской области был распространен в большинстве случаев в городской черте – 36 сл. (81,2%). В сельских районах заболевание регистрировалось только в некоторых районах: наиболее часто амебиаз выявлялся у жителей Красноярского района – 3 сл. (37,5%). В единичных случаях был выявлен в Володарском, Икрянинском, Наримановском, Приволжском и Харабалинском районах Астраханской области – по 1 сл. (12,5%). В остальных районах заболевание не регистрировалось. В большинстве случаев – 27 сл. (61,4%) заболевание протекало бессимптомно. В остальных случаях больные предъявляли жалобы на вздутие живота – 6 сл. (13,7%), боль в животе – 3 сл. (6,7%), постоянную боль в правой подвздошной области – 8 сл. (18,2%). В 88,7% (39 сл.) отмечался обильный, кашицеобразный стул до 3-5 раз в сутки с незначительным количеством слизи и крови. Во всех случаях диагноз был подтвержден лабораторным путем.

Вывод. Таким образом, несмотря на сравнительно небольшой процент встречаемости заболевания в Астраханской области, проблема амебиоза остается актуальной как в плане клинической, так и эпидемиологической картины.

ДИРОФИЛЯРИОЗ ГЛАЗ

Х.Р. Салгереева (IV курс, лечебный факультет),

С.Р. Салгереева (I курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

Дирофиляриоз человека регистрируется в Астраханской области с 1951 г. В настоящее время в регионе зарегистрировано 76 случаев дирофиляриоза человека, из них 29 случаев (38,2%) приходится на поражения органов зрения.

Возраст больных колебался от 13 до 61 лет. Максимальное число случаев заболевания зарегистрировано у лиц в возрасте от 30 до 39 лет – 27,8% (8 чл.). По остальным возрастам гельминтоз регистрировался у лиц от 1 до 14 лет – 6,9% (2 чл.), от 15 до 19 лет – 3,4% (1 чл.), от 20 до 29 лет – 20,6% (6 чл.), от 40 до 49 лет – 17,1% (5 чл.) и старше 50 лет – у 24,2% (7 чл.). Гельминт локализовался в области век – 16 сл. (55,2%), в области орбиты – 13 сл. (44,8%). В половом соотношении: мужчины – 2 сл. (6,9%),

женщины – 27 сл. (93,1%). Как правило, в большинстве случаев (72,4%), больные за помощью обращались к врачам различных специальностей, где выставлялись неправильные диагнозы: атерома – 8 сл. (27,8%), новообразование и липома – по 3 сл. (по 10,3%), аллергический отек и инородное тело – по 2 сл. (6,9%), токсидермия, саркома, фиброматоз – по 1 сл. (3,4%). В 1 случае (3,4%) больной за помощью не обращался – паразит выделился самостоятельно. И только в 7 сл. (24,2%) специалистами был выставлен правильный диагноз «Дирофиляриоз». Во всех случаях больные предъявляли жалобы на боль, жжение, гиперемию и отечность пораженного участка. Часть больных – 34,5% (10 чл.) отмечали чувство шевеления и подкожного переползания гельминта в пораженном участке. В 28 случаях (96,6%) гельминт был удален хирургическим путем в различных хирургических клиниках и поликлиниках г. Астрахани и Астраханской области и идентифицирован сотрудниками паразитологической службы г. Астрахани, как нематода *Dirofilaria repens* (самка). Размеры извлеченных гельминтов колебались от 50 до 170 мм (93,1%), в т.ч. менее 100 мм – 37,9% (11 сл.) и более 100 мм – 55,2% (16 сл.). В 2-х случаях (6,9%) доставлялись фрагменты гельминта, идентифицированные также как самка нематоды *Dirofilaria repens*.

Вывод. Увеличение числа социально неблагоприятных факторов, низкое качество профилактических исследований, потепление климата способствуют повышению риска заражения и увеличению числа случаев местной передачи возбудителя дирофиляриоза.

АНАЛИЗ ПРОДАЖ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕПАРАТОВ В АПТЕКЕ «НА ЗДОРОВЬЕ» ГОРОДА АСТРАХАНИ

С.Г. Спиридонова (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц.Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

По данным ВОЗ инфекционные и паразитарные болезни занимают одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости населения. На их долю приходится более 7 миллиардов человек. В России ежегодно регистрируются более 30 миллионов больных инфекционными и паразитарными болезнями. Истинное их число, по экспертным оценкам и данным выборочных обследований превышает в несколько раз.

Свои исследования мы проводили на базе аптеки «На здоровье», расположенной по адресу ул. Боевая, 25, ТРК «Alimpric», 1 этаж.

В 25% случаев посетители аптек приобретали препарат «Арбидол», который также отпускается без рецепта врача. В остальных случаях – по 15% приобретались такие препараты, как «Тамифлю», «Орвирем» и «Эргоферон». Таким образом, в эпидемический сезон заболеваемости воздушно-капельными инфекциями, население чаще всего приобретало те препараты, которые были более доступны в финансовом плане – препарат «Римантадин» (25%), который хорошо себя зарекомендовал на отечественном рынке. Другой препарат, «Арбидол», цена которого составила 231 р. покупатели приобретали в 25% случаев.

Из группы противопротоzoйных препаратов, наиболее часто жителями г. Астрахани приобретались препараты «Трихопол», «Клион», «Гайро» и «Дазолик» - по 25%. Среди противогельминтных препаратов, наиболее часто посетителями приобретались «Немозол» - 35%, «Декарис» - 30%, «Пирантел» и «Вермокс» - по 15%, и в единичных случаях – «Бильтрицид» - 5%.

В лечении вирусных инфекций население Астрахани применяет дешевые по ценовой категории препараты, которые более доступны и отпускаются без рецепта специалиста. При приобретении противопротоzoйных препаратов цена не играет существенной роли. В лечении гельминтной инвазии, несмотря на разницу в цене, наиболее часто приобретались препараты «Немозол» и «Декарис».

ДИРОФИЛЯРИОЗ У ДЕТЕЙ

Е.С. Хаустова(IV курс, лечебный факультет)

А.В. Курскова, (IV курс, лечебный факультет)

О.В. Мартынова(IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

Проблема дирофиляриоза, вызываемого нематодами *Dirofilaria repens* и *Dirofilaria immitis*, изучена недостаточно и остается сложной в эпидемиологическом плане и в плане ранней диагностики. Отсутствие клинических признаков заболевания у животных, различный инкубационный период заболевания у человека, плохое знание данной проблемы медицинскими работниками – все это способствует поздней и некачественной постановке диагноза «Дирофиляриоз». Выявление новых случаев дирофиляриоза требует обязательного и своевременного эпидемиологического расследования.

Всего за период с 1915 по 2014 гг. на территории Российской Федерации зарегистрировано более 800 случаев дирофиляриоза человека.

Первый случай заражения человека дирофиляриями в Астраханской области был зарегистрирован в 1951г., у девочки 13 лет – в 1984г. Всего за период с 1951 по 2014 гг. было выявлено 76 больных дирофиляриозом, из них взрослых 66 человек (82,2%), дети возрастом от 4 до 17 лет 13 человек (17,8%). В 2013 и 2014 гг. дирофиляриоз в регионе не регистрировался. В половом соотношении: мальчики – 5 (38,5%), девочки – 8 (61,5%). По возрасту заболеваемость распределялась следующим образом: 4 года - 3 случая (23%), 7, 8, 11 и 13 лет по 1 случаю (по 7,7%), 12, 14 и 17 лет – по 2 случая (по 15,4%). На долю городских жителей приходилось 7 человек (53,8%), на районы Астраханской области – 6 чел. (46,2%). Гельминт локализовался в области век в 30,8% случаев (4 чел.), в области волосистой части головы – 23% (3 чел.), в области грудной клетки в области щеки – в 15,4% (по 2 сл.), в области живота и плеча – в 7,7% (по 1 сл.). В большинстве случаев выставлялись неправильные диагнозы: новообразования (атерома, липома, новообразование) – 7 случаев (53,9%), дирофиляриоз – 3 сл. (23%), паразитарная киста, токсикодермия и фурункул – по 1 сл. (по 7,7%).

Таким образом, целью данного сообщения является желание привлечь внимание специалистов к редкому гельминтозу — дирофиляриозу, который особенно часто стал встречаться практически во всех регионах России, особенно в ее южных районах.

СОВРЕМЕННАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЭХИНОКОККОЗУ ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

О.В. Мартынова(IV курс, лечебный факультет)

Н.Ф. Имамутдинова (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц.Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

На территории Астраханской области с 2008 по 2014 гг. зарегистрирован 61 случай эхинококка у человека.

Наибольшее количество случаев заражения человека эхинококком отмечалось в 2011 г. – 9 сл. (14,8%) и 2014 г. – по 16 сл. (26,2%) В остальные годы эхинококкоз регистрировался у жителей Астраханского региона, но с меньшей частотой. Так, в 2012 г. – было зарегистрировано 9 сл. (14,8%), в 2010 г. – 8 сл. (13,1%), в 2009 и 2013 гг. – по 7 сл. (по 11,5%)

и в 2008 г. – всего 3 сл. (4,9%).

В половом соотношении среди больных преимущественно были поражены женщины – 68,9% (42 сл.). На долю мужчин приходилось 31,1% (19 сл.). Длительность процесса от момента появления первых симптомов и признаков заболевания до обращения за медицинской помощью и постановкой правильного диагноза составляло меньше 1 месяца – 27,9% (17 сл.) и 1 месяц – 23% (14 сл.). В остальных случаях, длительность заболевания составляла 1 год – 6,6% (4 сл.), 5 и 2 месяца – по 6,6% (4 сл.), 3, 6 месяцев и 2 года – по 3,3% (по 2 сл.) и в редких случаях длительность заболевания составляла от 4 до 11 месяцев, а также 5 и 6 лет – по 1,6% (по 1 сл.). Эхинококкоз встречался у лиц в возрасте от 5 до 83 лет. Так, на долю детей до 17 лет приходилось 14,8% (9 чл.). На долю взрослых – 85,2% (52 чл.). По профессиональной занятости заболевание регистрировалось в следующем порядке: работающие пациенты – 34,4% (29 чл.), безработные – 19,7% (12чл.), пенсионеры – 18% (11 чл.), школьники и студенты ВУЗов – по 6,6% (по 4 чл.) и учащихся среднего образовательного учреждения и ребенок дошкольного возраста – по 1,6% (по 1 чл.). Никто из наблюдаемых нами пациентов не входил в «группу риска» по эхинококкозу.

В последние годы число случаев заражения человека эхинококком продолжает увеличиваться. Заболеванию в основном подвержены лица, имевшие постоянный контакт с собаками, при разделке павших животных и при несоблюдении правил личной гигиены. В диагностике эхинококкоза главную роль играют комплексные методы ИФА, КТ и УЗИ.

ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Г.А.Гаджиев (V курс, педиатрический факультет)

В.Х.Пирова (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель: асс. к.м.н. О.Н.Чабанова

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра фтизиатрии(зав.каф. д.м.н. проф. Е.Н.Стрельцова)*

Актуальность: Туберкулез у детей раннего возраста является серьезной проблемой в детской фтизиатрии, так как эта возрастная категория представляет особую группу риска по заболеванию туберкулезом в связи с определенными анатомо-физиологическими особенностями организма.

Цель исследования: изучение особенностей течения туберкулеза у детей раннего возраста.

Материалы и методы: Изучена медицинская документация 84

детей в возрасте 0-3-х лет с впервые выявленным туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов, находившихся на стационарном лечении филиала №5 ГБУЗ ОКПТД АО с 2009-2013гг.

Бронхоаденит в фазе инфильтрации диагностирован у 81 ребенка (96,4%). Детей в возрасте до 1 года 9(10,7%), 1-2 лет –20 (23,8%), 2-3 года – 33(45,2%), 3 года – 22 (26,2%) чел. Мальчиков 45 (53,6%), девочек 39(46,6%)чел. Из сельских районов области – 54,8%. Контакт с больным туберкулезом у 68 детей (81%), из них с бактериовыделителями – 34(50,7%). Заболевшие жили в семейном очаге – 39 (44,3%), в том числе из двойного семейного контакта – 7 (10,2%), трое детей из тройного контакта (2,9%), из очага смерти – 6 (8,8%), из асоциальных семей – 15,4%, из детских домов – 8,3%. Множественная лекарственная устойчивость микобактерий была известна у 3 источников инфекции (8,8%). Чаще страдали туберкулезом родители: мать – 28,2%, отец – 21,8%, бабушка – 20,7%, бабушка – 3,8%, тетя – 12,8, дядя – 10, 2%, старшие брат или сестра – 2,5%. У источников инфекции выявлены формы: инфильтративная – 58,9%, диссеминированная – 17,9%, фиброзно-кавернозная – 15,4%, очаговая – 5,1%, кавернозная – 2,5%.

Результаты исследования: эффективно привиты (рубчик 4-9 мм) лишь 48(57,2%) детей, некачественная вакцинация БЦЖ-17,8%(15 чел), один ребенок невакцинирован, рубчик 1-3 мм у 21(25,0%). Средний размер рубца 3,2мм. Туберкулез выявлен по контакту – 53(63,1%), при плановой туберкулинодиагностике–28(33,3%), при обращении с жалобами – 3 (3,6%). У 19 (22,6%) детей туберкулез выявлен на фоне «виража». Нарастание пробы Манту с 2 ТЕ – 5(17,8%). Средний размер папулы – 13,8мм. Гиперергическая реакция на туберкулин – 28 больных (33,3%). Отрицательный Диаскинтест – 7,2%(5чел), положительный 31(44,9%), гиперергический – 47,8% (33чел). Средний размер папула – 12,9мм. У 17 (24,6%) детей отмечено совпадение гиперергической реакции на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л и Диаскинтест. Осложненное течение у 14(16,6%). В структуре осложнений наиболее часто встречалось нарушение бронхиальной проходимости в виде гиповентиляции у 6 (42,9%), очаги отсева – 5 (35,7%), бронхолегочное поражение – 2 (14,3%), ателектаз – 1(7,1%). Туберкулез в двух группах лимфатических узлов (л/у) – 18 (21,4%), двухсторонняя локализация – 8(9,5%), в трех группах л/у – 2 (2,3%). Сопутствующую патологию имели 10 детей. Нами отмечено, что чем младше ребенок, тем более распространенный локальный процесс. При поступлении жалобы имели 17 чел(20,2%), на кашель у 3, плохой аппетит – 3, потливость-3, одышка -1 ребенка. Микрополиадения отмечена у 9 (10%), бледность кожных покровов – 6, дефицит веса – 5 детей.

Выводы. Среди причин заболеваемости детей раннего возраста

мы выделили: контакт с больным туберкулезом, неэффективная вакцинация БЦЖ, нерегулярная постановка туберкулиновых проб, проживание в асоциальной семье, несвоевременное обследование по контакту и «виражу», отсутствие сведений о проведении превентивного лечения. В целях снижения заболеваемости туберкулезом среди детей раннего возраста необходимо усилить профилактические мероприятия в очагах туберкулезной инфекции.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕКСДОРА В АМБУЛАТОРНОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Г.А.Гаджиев (V курс педиатрический факультет)

Д.А. Усмаев (V курс педиатрический факультет)

Научный руководитель: д.м.н проф. И.З.Китиашвили

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

(зав.каф. – д.м.н. проф. И.З. Китиашвили)

Целью данного исследования является улучшение качества анестезии в амбулаторных условиях у пациентов стоматологического профиля.

Материалы и методы: Предлагаемый способ апробирован на 23 пациентах, проходивших лечение на базе ГБУЗ АО “Областной клинический стоматологический центр” г. Астрахань в 2014 году. Пациенту перед хирургическим вмешательством путем внутривенной инфузии с помощью контролируемого инфузионного устройства, в течение 10 минут вводят раствор дексмететомидина с концентрацией 4,0 мкг/мл в дозе 1,0 мкг/кг массы тела пациента, после чего скорость инфузии препарата снижают до 1,0 мкг/кг/час, затем проводят местную инфильтрационную анестезию области хирургического вмешательства раствором артикаина гидрохлорида 40,0 мг/мл, затем выполняют хирургическое вмешательство, после его завершения прекращают инфузию дексмететомидина, при этом до, во время и после начала анестезии и хирургического вмешательства, а так же до полного восстановления сознания пациента, проводят непрерывное мониторное наблюдение за артериальным давлением, пульсом, сатурацией кислорода, частотой дыхания, ЭКГ.

Результаты: Применение с целью седации контролируемой

внутривенной инфузии дексмететомидина позволяет, во-первых, легко контролировать уровень седации пациента, во-вторых, избежать остаточного действия препарата после окончания вмешательства, в-третьих, сохранить полноценный контакт пациента с медицинским персоналом, в-четвертых, дексмететомидин обладает слабым анальгезирующим и анестезирующим действием, в результате чего, уменьшаются неприятные ощущения у пациента во время проведения инфильтрационной анестезии и потенцируется действие местного анестетика.

Выводы: Предлагаемый способ улучшает качество анестезии в амбулаторных условиях у пациентов стоматологического профиля, а именно:

- комфортен для пациента;
- позволяет легко контролировать глубину седации;
- достижим полноценный контакт медицинского персонала с пациентом;
- уменьшается психоэмоциональное напряжение пациента перед процедурой;
- за счет короткого периода полувыведения быстро восстанавливается сознание, в связи с чем, не требуется длительное наблюдение после завершения вмешательства.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ, УПОТРЕБИВШИХ КУРИТЕЛЬНЫЕ СМЕСИ

Н.Н.Абрамович (ординатор кафедры),

В.С.Чукарев (III курс, педиатрический факультет),

И.Д.Бестаев (II курс, медико-профилактический факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. И.З.Китиашвили

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

(зав.каф. – д.м.н. проф. И.З. Китиашвили)

Тема лечения пациентов, употребивших «спайс», в палатах интенсивной терапии, злободневна — за прошлый 2014 год в отделении токсикологии ГБУЗ АО ГKB № 3 больницы зарегистрировано около полусотни доказанных лабораторно случаев. И хотя за период с 1 января по 31 марта был 1 зарегистрированный доказанный случай госпитализации пациента с передозировкой курительными смесями, очевидно, что выработка определенных методик лечения таких больных

высоко актуально.

Целью нашей работы является обобщение существующих методов интенсивной терапии больных с передозировкой «спайс» и предложение наиболее оптимальных схем терапии.

На данный момент общепринятых стандартов лечения таких пациентов на территории РФ не существует. Согласно данным работы Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии Минздрава РФ, подход к лечению должен включать в себя: а) эфферентную терапию: гемосорбцию при острой интоксикации; плазмаферез при развитии психоза; б) инфузионную терапию: растворы с буферными добавками — ацесоль, стерофундин изотонический; препараты калия и магния - аспаркам, калия хлорид, магния сульфат; в) профилактику ишемии: метаболические средства — реамберин, цитофлавин; блокаторы кальциевых каналов — верапамил, дилтиазем; г) седативную терапию: бензодиазепины (лоразепам, диазепам), антипсихотики (галоперидол, оланзапин); д) симптоматическая терапия: кислородотерапия, ИВЛ, антиаритмические (верапамил, лидокаин), антикоагулянты, мочегонные, вазодилататоры (нитропруссид натрия).

Наше исследование особенностей ведения больных в палате интенсивной терапии отделения токсикологии ГБУЗ АО ГКБ № 3 показывает, что для адекватного выведения больного из критического состояния достаточно использовать методику форсированного диуреза (1000 мл NaCl 0,9% + лазикс, глюкоза 5% в случаях отсутствия отека мозга), в качестве детоксиканта и буфера использовать смесь аскорбиновой кислоты + глюкоза 10% 10 мл. Использование галоперидола с целью седации в подобных случаях стоит под вопросом: используется аминазин (при поступлении 2 мл, на ночь 2 мл). Подобная терапия имеет быстрый положительный клинический результат — менее чем через сутки больного с улучшением общего состояния из палаты интенсивной терапии переводят в отделение токсикологии. Из вышеуказанного следует заключить, что препаратом для седации в случаях психоза при употреблении «спайс» является аминазин. При отсутствии осложнений «спайсовые» психозы возможно лечить при помощи форсированного диуреза.

BIS – МОНИТОРИНГ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Д.И.Китиашвили (III курс, лечебный факультет)

А.А. Сало(III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. И.З.Китиашвили

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

(зав.каф. – д.м.н. проф. И.З. Китиашвили)

Факторы, воздействующие на психоэмоциональную сферу больного, находящегося в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) ведут к неблагоприятным физиологическим нарушениям: нейрогуморальным, гемодинамическим и другим. Нужно отметить что, как избыточная, так и недостаточная седативная терапия имеет неблагоприятные последствия и может влиять на исход госпитализации. В связи с этим оценка седации должна проводиться непрерывно через регулярные промежутки времени, после каждой коррекции лечения и при любых динамических изменениях состоянии пациента. Контроль глубины седации может стать неотъемлемой частью лечения пациента в ОРИТ. Основными сравнительными критериями глубины седации являются клиническая оценка по КШУС (клиническая шкала уровня седации) и соответствующие изменения величины BIS.

Нами обследовано 62 пациента в возрасте от 18 до 56 лет в ОРИТ с тяжелой соматической и хирургической патологией. У 38 больных исследовали изменения BIS на фоне седации реланиума в дозе 0,23~0,4 мг/кг внутривенно болюсно. А 25 пациентам вводили медазолам (дормикум) в дозе ~ 0,2 – 0,3 мг/кг внутривенно болюсно. Состояние больного во время седации оценивали клинически в баллах по клинической шкале уровня седации Рамзей (КШУС).

В группе больных при седации реланиумом отмечались более высокие показатели BIS и баллы по КШУС. Данные изменения указывают на то, что BIS отражает именно гипнотический эффект препарата и необходим в мониторинге седации. По КШУС и по величине BIS перед введением медазолама уровень сознания соответствовал бодрствованию. Время достижения минимального уровня BIS относительно быстрое по сравнению с реланиумом. Препарат действует более мягко на ЦНС. Длительность действия эффекта препарата в сравнение с реланиумом короче.

Зарегистрированные показатели позволяют судить о состоянии пациента и на основе этого определять уровень глубины седации. Проведенные исследования свидетельствуют о необходимости BIS – мониторинга глубины седации у больных в ОРИТ.

СОВРЕМЕННАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Д.А.Качура (V курс, лечебный факультет),
Д.И.Китиашвили (III курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – д.м.н., проф. И.З.Китиашвили
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра анестезиологии и реаниматологии
(зав.каф. – д.м.н. проф. И.З.Китиашвили)

Несмотря на наличие большого количества антибактериальных препаратов и множества научных исследований, подтверждающих их эффективность, проблема оптимизации антибактериальной терапии для лечения воспалительных заболеваний хирургических инфекций остается актуальной. До недавнего времени оптимальными в эмпирическом лечении абдоминальной инфекций принято было считать препараты из группы фторхинолонов – ципрофлоксацин. Однако существенным недостатком препарата является низкая активность в отношении пневмококков, внутриклеточных возбудителей и анаэробов. Эта проблема была разрешена с разработкой фторхинолонов III поколения, таких, как левофлоксацин, а также фторхинолонов IV поколения — моксифлоксацин (Авелокс). С их появлением расширились возможности эмпирической антимикробной терапии в ургентной хирургии. Следует отметить, что они обладают способностью в достаточной концентрации проникать через гематопростатический барьер, создавая высокие концентрации в тканях и биологических жидкостях организма.

Целью нашего исследования является разработка и широкое внедрение эмпирических схем антибактериальной терапии хирургических инфекций.

В условиях отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии НУЗ «Медико-санитарная часть» в качестве антимикробного препарата для лечения 48 пациентов с различной патологией (гангрена и эмпиема желчного пузыря, осложненные формы острого аппендицита, острый деструктивный панкреатит и др.) по эмпирической схеме был назначен Авелокс по 400 мг 1 раз в сутки внутривенно капельно.

В результате применения авелокса положительный эффект (отсутствие гнойно-септических осложнений) был отмечен у 47 (98 %) пациентов. Нежелательных эффектов не наблюдали. Только у 1 из 48 пациента развилось послеоперационное инфекционное осложнение в виде нагноения послеоперационной раны. Микрофлора, выделенная из раны (*Staphylococcus aureus* и *S. epidermidis*), оказалась не чувствительной к авелоксу.

Оценивая полученные результаты клинико-лабораторных исследований, можно сделать вывод, что авелокс проявляет высокую эффективность для лечения пациентов с тяжелой хирургической инфекцией.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНЕСТЕЗИИ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Д.И.Китиашвили(III курс, лечебный факультет)

Ш.Н. Шихшунатов (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. И.З.Китиашвили
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра анестезиологии и реаниматологии
(зав.каф. – д.м.н. проф. И.З. Китиашвили)

В двойном слепом рандомизированном исследовании 63 пациентам была выполнена гистерэктомия под эпидуральной анестезией с использованием 25 мл 0,5 %, 0,75% или 1,0% р-ранаропина или 0,5% бупивакаина. При увеличении дозы наропина наблюдался дозозависимый эффект для всех исследуемых показателей за исключением анестезии и миорелаксации ($p < 0,01$). Наропин 1% обеспечивал наивысшее качество анестезии по сравнению с бупивакаином 0,5% или наропином 0,5% или 0,75%. Глубина и скорость наступления анестезии в случае использования наропина были дозозависимы.

Наши исследования показали, что наропин более безопасен, чем бупивакаин и имеет меньший потенциал для развития токсических эффектов со стороны ЦНС и сердечно-сосудистой системы. Все описанные в литературе случаи непреднамеренного внутрисосудистого введения токсических доз наропина закончились успешным восстановлением жизненно важных функций организма в отличие от аналогичных случаев, обусловленных использованием бупивакаина. Эффективность наропина равна эффективности бупивакаина, однако, большая безопасность наропина позволяет использовать его в более высоких концентрациях и дозах, чем бупивакаин, что гарантирует

анестезию более высокого качества. По длительности анестезии, вызываемой при эпидуральном введении, он может сравниться только с бупивакаином. Однако в отличие от бупивакаина он обладает целым рядом доказанных в отечественных и зарубежных исследованиях преимуществ. В низких концентрациях (0,1-0,3%), наропин вызывает в большей степени сенсорную и в меньшей степени моторную блокаду, что выгодно отличает его от других местных анестетиков. Возможность достижения дифференцированного сенсомоторного блока особенно важна при использовании наропина для послеоперационной эпидуральной анальгезии.

Эпидуральное введение наропина является эффективным методом для обезболивания гинекологических операций, обеспечивающих купирование боли при минимальной моторной блокаде. Меньшая токсичность, прежде всего в отношении миокарда, должна быть решающим аргументом для применения нового местного анестетика в общехирургической анестезиологии.

Наропин (ропивокаин) эффективный, хорошо переносимый препарат для эпидуральной анестезии при различных хирургических вмешательствах. 7,5 мг/мл или 1,0 мг/мл в дозах до 300 мг обеспечивает анестезию высокого качества и эффективен при выполнении больших блокад без развития серьезных побочных эффектов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕДАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Д.И.Китиашвили (III курс, лечебный факультет)

С.И. Ибрагимова (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. И.З.Китиашвили

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

(зав.каф. – д.м.н. проф. И.З. Китиашвили)

Эффективная седация у пациентов, нуждающихся в лечении в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) – одно из условий адекватности интенсивной терапии.

Целью нашего научного поиска явилась проведение сравнительного анализа препаратов для безопасной седации в условиях ОРИТ.

В ОРИТ НУЗ МСЧ за период с декабря 2014 г. по февраль 2015г. под наблюдением находились 48 пациентов в возрасте от 36 до 72 лет. Дексдор (дексмететомидин) вводился внутривенно по схеме 0,2-1,5 мкг/кг/ч. Для оценки седативного эффекта применяли шкалу Ramsay. В

комплексе стандартных методов мониторинга использовались показатели периферической гемодинамики, дыхания, кислотно-основного баланса (КОБ) и газов крови, динамики гормона стресса - кортизола и глюкозы сыворотки крови.

У пациентов наблюдались стабильные показатели периферической гемодинамики – АД и ЧСС ($p < 0,05$) и не сопровождалась метаболическими, эндокринными стрессовыми реакциями по данным динамики гормона стресса - кортизола и глюкозы сыворотки крови. Анализ результатов показал отсутствие достоверных изменений показателей КОБ по сравнению с исходными данными. Уровень глюкозы у всех исследуемых пациентов практически не отличался от исходного, т.е. не было отмечено стрессовой гипергликемии. Исходный уровень кортизола находился в пределах физиологической нормы, в среднем 318 нмоль/л.

Одновременно установлено благоприятное влияние на центральную нервную систему: уменьшение вегетативных расстройств, восстановление ритма сна. Проведенный анализ показывает, что седации с применением дексдора, являются достаточно щадящими для организма, достигается стабильный уровень гемодинамической и нейровегетативной защиты (о чем говорит отсутствие существенных гемодинамических, эндокринных и метаболических реакций) и создает все необходимые условия для повышения адаптации организма.

Таким образом, управляемая седация, с использованием Дексдора, (дексмететомидина) позволила сохранить активный контакт пациента с медицинским персоналом, без опасности угнетения дыхания (по результатам анализа КОБ и газов крови), показателей периферической гемодинамики и эмоционального восприятия во время пребывания в ОРИТ вне зависимости от возраста и патологического процесса пациентов.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ТРАНЕКСАМ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ

В.С. Чукарев (III курс, педиатрический факультет)

Д.И. Китиашвили (III курс, лечебный факультет)

К.И. Красовский (асс. кафедры биологии)

О.С. Равчеева, Е.П. Белоброва

Научный руководитель – д.м.н., проф. И.З. Китиашвили

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

(зав. каф. – д.м.н. проф. И.З. Китиашвили)

В условиях ортопедической операционной, при коррекции сколиоза, врожденного вывиха бедра, сопровождающиеся массивной кровопотерей, большой длительностью и травматичностью. Этим больным с целью гемостаза проводится трансфузия свежезамороженной плазмы и коррекции развившейся анемии Ег-содержащими средами. С целью снижения операционной кровопотери, в предоперационной подготовке, интраоперационном и постоперационном периоде, используются гемостатические препараты.

Одним из которых является транексам (транексамовая кислота). Транексамовая кислота является антифибринолитическим средством, специфически ингибирующее активацию профибринолизина (плазминогена) и его превращение в фибринолизин (плазмин), а также препятствует соединению плазмينا и тканевого активатора плазминогена с фибрином. Транексамовая кислота обладает местным и системным гемостатическим действием, а также противовоспалительным, противоаллергическим, противомикробным и противоопухолевым действием за счет подавления образования кининов и других активных пептидов, участвующих в аллергических и воспалительных реакциях. Транексамовая кислота, является не только антифибринолитиком, но и подавляет избыточный кининогенез, выступая, таким образом, в качестве анальгетика периферического действия. По данным различных авторов транексамовая кислота превосходит в 10-100 раз аминокaproновую кислоту по антифибринолитической активности *in vitro* и в 10-26 раз *in vivo*. Также установлена крайне низкая степень токсичности, что расширяет ее клиническое применение.

В течение 2014 года препарат транексам применялся 22 больным в условиях ортопедической операционной, его вводили внутривенно по 10 мг/кг непосредственно перед началом операции и повторяли введение через 3 часа в той же дозе в ходе операции, затем по 10 мг/кг через 8 часов в течение суток после операции. В качестве кровосберегающего метода использовали аутогемотрансфузию посредством сепаратора клеток крови «DIDECO ELECTA». Профилактика тромбоэмболических нарушений осуществлялась фраксипарином 0,3-0,4 мл в зависимости от массы тела.

Оценивали объем кровопотери во время и после операции, а также количество донорской крови, перелитое за время лечения. Общая кровопотеря (интраоперационная и дренажные потери после операции) уменьшилась на треть. Число больных, которым переливали донорские эритроциты уменьшилось более чем в 2 раза, по сравнению с операциями где транексам не применялся.

Таким образом, применение транексамовой кислоты оказывает

кровоосберегающее действие; сокращает объем интра- и постоперационной кровопотери; снижает потребность в трансфузии донорских эритроцитов, тем самым снижая риск возникновения развития посттрансфузионных осложнений; обладает низкой токсичностью и высокой антифибринолитической активностью.

ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ КУРИТЕЛЬНЫМИ СМЕСЯМИ

А.К. Мурсалов (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель: проф., д.м.н. И. З. Китиашивили
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра анестезиологии и реаниматологии
(зав. каф. - проф. И. З. Китиашивили)

Курительные смеси, они же дизайнерские наркотики – актуальная проблема последних лет. Участились случаи отравления курительными смесями «спайс», особенно в возрасте от 15-21 лет.

По статистическим данным, 43% отравлений наркотическими веществами приходится на курительные смеси, при этом более 65% являются лица, не достигшие возраста 18 лет. 20% случаев отравлений заканчиваются летальным исходом, 15% получают неизлечимые повреждения центральной нервной системы. Статистические данные взяты по г. Астрахань за период с января 2012 года по январь 2015 года.

Помощь на догоспитальном этапе является ключевым моментом в спасении жизни и предупреждении фатальных осложнений. Разнообразие химических агентов в курительных смесях и широта их спектра действия обуславливает нетипичные клинические проявления при отравлениях, что создает проблемы при диагностике и оказании необходимых мер помощи.

Главной проблемой является выведение общих алгоритмов оказания помощи при отравлениях дизайнерскими наркотиками. Проблема решается разбором каждого клинического случая, выведение закономерностей отравления и построение соответствующего протокола оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе с целью протезирования витальных функций.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕКСДОРА В АМБУЛАТОРНОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Г. А. Гаджиев (V курс, педиатрический факультет)

Д. А. Усмаев (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель: проф., д.м.н. И. З. Китиашвили

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

(зав.каф.-проф. И. З. Китиашвили)

Целью данного исследования является улучшение качества анестезии в амбулаторных условиях у пациентов стоматологического профиля.

Материалы и методы.

Предлагаемый способ апробирован на 23 пациентах, проходивших лечение на базе ГБУЗ АО “Областной клинический стоматологический центр” г. Астрахань в 2014 году. Пациенту перед хирургическим вмешательством путем внутривенной инфузии с помощью контролируемого инфузионного устройства, в течение 10 минут вводят раствор дексметомидина с концентрацией 4,0 мкг/мл в дозе 1,0 мкг/кг массы тела пациента, после чего скорость инфузии препарата снижают до 1,0 мкг/кг/час, затем проводят местную инфильтрационную анестезию области хирургического вмешательства раствором артикаина гидрохлорида 40,0 мг/мл, затем выполняют хирургическое вмешательство, при этом до, во время и после начала анестезии и хирургического вмешательства, а так же до полного восстановления сознания пациента, проводят непрерывное мониторирование состояния пациента.

Результаты:

Применение с целью седации контролируемой внутривенной инфузии дексметомидина позволяет, легко контролировать уровень седации пациента, избежать остаточного действия препарата после окончания вмешательства, сохранить полноценный контакт пациента с медицинским персоналом и потенцируется действие местного анестетика.

Вывод: предлагаемый способ улучшает качество анестезии в амбулаторных условиях у пациентов стоматологического профиля.

ПРИМЕНЕНИЕ КСЕНОНА В СОВРЕМЕННОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

А.Е.Горбань (VI курс, лечебный факультет)

А.Н. Воровдин (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель: проф., д.м.н. И. З. Китиашвили

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

(зав.каф.-проф. И. З. Китиашвили)

Ксенон- инертный одноатомный газ без запаха, без цвета и вкуса, не горит, не детонирует и не поддерживает горение. Химически индифферентен, никакой биотрансформации в организме не подвергается, дыхательные пути не раздражает и в неизменном виде быстро выделяется через легкие. Ксенон обладает более мощной наркотической силой по сравнению с N_2O . Его МАК = 50%. Механизм наркотического действия ксенона до конца не изучен. Ксенон вправе называться идеальным анестетиком.

Клиническое применение ксеноновой анестезии сопровождается меньшим напряжением регуляторных систем, что способствует сбережению защитных ресурсов организма и развитию благоприятной стратегии адаптации. Обеспечивает надежную нейровегетативную защиту, сохранение показателей гомеостаза, стабильное состояние лейко- и лимфопоэза. Обеспечивает лучшую анестезиологическую защиту, с преобладанием анаболических процессов над катаболическими. Достоверно уменьшает (до 70%) количество осложнений, расход наркотических анальгетиков и миорелаксантов.

Ксенон может применяться в тех же ситуациях, что и закись азота, но имеет и свой спектр применения. Противопоказаний к ксеноновой анестезии нет. Есть лишь ограничения как и к N_2O .

Ксенон рекомендован пациентам с крайне высокой степенью операционно-анестезиологического риска, ослабленным больным, больным пожилого и старческого возраста, с наличием большого количества тяжелых сопутствующих заболеваний. Ксенон безвредный и эффективный лекарственный препарат безопасный для больного, медицинского персонала и экологически чистый для окружающей среды. Ксеноновая анестезия стала знаменательным явлением уходящего XX века. Ксенону принадлежит будущее. Он будет притягивать к себе ученых, его будут применять практические анестезиологи, его будут благодарить

пациенты, которые отзываются о нем, как о чудесном сне. Ксенон лучший альтернативный анестетик XXI века.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕМОДИАЛИЗА ПО АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Т. Р. Карабашева (VI курс, лечебный факультет)

Научный руководитель: д.м.н. ,проф. И. З. Кетиашвили
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра анестезиологии и реаниматологии
(зав.каф.-проф. И. З. Кетиашвили)

Основная задача почек состоит в фильтрации крови. Диализ проводят тогда, когда почки не справляются с поставленной перед ними функцией. Применение диализа позволяет значительно увеличить длительность жизни больных с хронической почечной недостаточностью. Эта процедура поможет помочь пациенту вести активный образ жизни, несмотря на нарушение работы почек.

У большинства пациентов, которым требуется гемодиализ, имеется целый ряд серьезных проблем со здоровьем. Гемодиализ продлевает жизнь многим людям, однако ожидаемая продолжительность жизни у людей, которым он необходим, по-прежнему значительно меньше, чем для населения в целом. Осложнения могут быть следствием как гемодиализа, так и заболеваний почек.

Структура осложнений в центре диализа города Астрахани распределяется следующим образом:

- В 10-30% процедур гемодиализа наблюдается артериальная гипотония.
- Тошнота и рвота во время диализа развиваются более чем в 10% случаев.
- Мышечные судороги во время сеанса гемодиализа развиваются примерно в 20% случаев.

Многочислен проведен опрос пациентов, находящихся на гемодиализе в центре диализа г.Астрахани. Опрос проведен посредством анкетирования. В исследовании приняло участие 15 человек (возраст от 41 до 69, пол: мужской, женский, сельские и городские жители, получают гемодиализ сроком от 1 до 12 лет). Результаты анкетирования были статистически обработаны.

Возрастная структура пациентов, проходящих процедуру гемодиализа, представлена преимущественно людьми старше 40 лет. Среди заболеваний, приводящих к назначению гемодиализа, лидируют хронический пиелонефрит и поликистоз почек. Доля пациентов из

сельской местности превышает долю городских, и составляет 80%.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА АНЕСТЕЗИИ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Я.У.Ибихаджиев (III курс, лечебный факультет),

М.Л. Ясуев (VI курс, лечебный факультет),

Хасиев А.А. (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – И.Ю. Арсланалиев

Астраханский государственный медицинский университет)

Кафедра анестезиологии и реанимации

(зав.каф- д.м.н., проф. И.З.Китиашвили)

Цель исследования: улучшение анестезиологического обеспечения в гинекологических операциях. Материалы и методы. В двойном слепом рандомизированном исследовании 63 пациентам была выполнена гистерэктомия под эпидуральной анестезией с использованием 25 мл 0,5 %, 0,75% или 1,0% р-ра наропина или 0,5% бупивакаина.

Результаты. При увеличении дозы наропина наблюдался дозозависимый эффект для всех исследуемых показателей за исключением анестезии и миорелаксации ($p < 0.01$). Наропин 1% обеспечивал наивысшее качество анестезии по сравнению с бупивакаином 0,5% или наропином 0,5% или 0,75%.

Вывод. Наропин дает более быстрое начало периферического блока, обеспечивающее более раннюю готовность пациента к операции. При этом показано, что глубина и скорость наступления анестезии в случае использования наропина были дозозависимы. Наши исследования показали, что наропин более безопасен, чем бупивакаин и имеет меньший потенциал для развития токсических эффектов со стороны ЦНС и сердечно-сосудистой системы. В низких концентрациях (0,1-0,3%), наропин вызывает в большей степени сенсорную и в меньшей степени моторную блокаду, что выгодно отличает его от других местных анестетиков. Возможность достижения дифференцированного сенсомоторного блока особенно важна при использовании наропина для послеоперационной эпидуральной анальгезии.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

ОТРАВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ И ЕГО СУРРОГАТАМИ

А.Т. Алиева (1 курс, лечебный факультет)
Научный руководитель - к.м.н., доц. В.В. Гуськов
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела
(зав. каф.- д.м.н., проф. Л.А. Бахмутова)

Проблема алкоголизма в России глобальна и требует безотлагательного решения, поскольку губит здоровье, разрушает семьи, отнимает работу и уважение коллег. Уровень алкоголизма в России достиг критической отметки. На сегодняшний день от алкоголизма в России ежегодно умирает около 700 тысяч человек, что сопоставимо с населением среднестатистического города. Самым страшным фактом при этом является то, что в 80% случаев алкоголиками становятся люди в возрасте до 20 лет. Проблема алкоголизма среди молодежи ставит под угрозу не только здоровье будущих поколений, но и сам факт существования нации.

Согласно сведениям Росстата, алкоголь употребляют 33 % юношей и 20% девушек в возрасте до 17 лет. Особо тревожно звучит тот факт, что растёт и детский, а также женский алкоголизм. Особое место занимает так называемый пивной алкоголизм.

Не является исключением и наша Астраханская область. Так, по данным отделения острых отравлений ГБУЗ АО ГКБ №3, в течение 2014 года в отделение поступили 334 человека в тяжелой степени алкогольной интоксикации. При этом 4 «пострадавших» спасти не удалось. Требуют специальных исследований отдаленные последствия отравления, поскольку в 46 случаях идентифицировать характер алкоголя не удалось, в виду широкой распространенности суррогатной алкогольной продукции.

В связи с изложенным, актуальным, начиная с первого курса, является обучение студентов нашего университета правилам оказания догоспитальной неотложной помощи при отравлении алкоголем и его суррогатами.

ВЛИЯНИЕ МУЗЫКИ НА ВНУТРИУТРОБНОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

Г.К. Аминова (III курс, факультет СМО)

Научный руководитель - к.м.н., доц. В.В.Гуськов

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела

(зав.каф.- д.м.н., проф. Л.А. Бахмутова)

Музыкотерапия - одно из интересных и мало исследованных направлений традиционной медицины. Терапевтический эффект этой методики базируется на частотном колебании звуков, резонирующих с отдельными органами, системами или всем организмом человека в целом. Универсальными считаются произведения Моцарта - они рекомендуются для снятия стресса, эффективного усвоения учебного материала, от головной боли, во время восстановительного периода после болезни, после экстремальных ситуаций. Это явление получило название - эффект Моцарта. Многие древнейшие учения содержат в себе утверждения положительного воздействия музыки на животных, растения, человека и даже на воду. Признавалась особая сила звуков. Так древние китайцы считали, что воспитывать ребенка стоит сразу же после зачатия, и самым действенным способом развития будет именно прослушивание музыки малышом в утробе матери. Ученые современности установили корреляцию между музыкой и развитием центральной нервной системы. Доказано, что уже на пятом месяце беременности ребенок слышит и различает звуки. Он может реагировать на громкость и ритм. Она может ему нравиться или нет. Дети матерей, которые на 28-36 неделях беременности слушали музыку, быстрее других начинают реагировать на звуки, узнавать мелодии. У них лучше развита музыкальная память. Музыка влияет на мозг плода, а так же на все жизненно важные системы ребенка - изменяется мышечный тонус, моторика кишечника. Поэтому очень важно взаимодействовать с ребенком голосом, постоянно с ним разговаривать, петь песни и слушать музыкальные произведения. В результате у ребенка будет повышаться когнитивное развитие, моторные движения, пространственная координация. Прослушивание музыки способствует выработке эндорфинов – гормонов удовольствия. Научные исследования доказали, что самой полезной и приятной для психоэмоционального состояния плода является классическая музыка, которая благотворно влияет на развитие плода, здоровье и самочувствие

мамы. Отмечено, что мелодии Брамса и Баха возбуждают ребенка и маму. А лирические композиции Вивальди и Моцарта успокаивают. Пусть беременная женщина сама выбирает любимые мелодии, которые она с радостью будет слушать. Достаточно начать слушать любимые мелодии, и волнение уйдет, улучшится расположение духа будущей мамы и наладится контакт с малышом.

АРАБСКАЯ МЕДИЦИНА ДРЕВНОСТИ И СОВРЕМЕННОСТЬ

К.Г. Ашуров(1 курс,

С.Р. Хайдарова(1 курс, ФИС)

Х.Р. Хайдарова(1 курс, ФИС)

Научный руководитель - к.м.н., доц. В.В.Гуськов

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела

(зав.каф.- д.м.н.,проф. Л.А.Бахмутова)

Арабы сделали значительный вклад в развитие медицины, культуры и науки. К самым выдающимся представителям арабской медицины относятся Мухаммад ибн Закария Рази (Аль-Рази, 850-923) и Ибн-Сина (Авиценна) (980-1037).

Авиценна – выдающийся врач, ученый древности, оставил после себя труды не только по медицине, но и по химии, астрономии, механике, философии, психологии, художественной литературе и музыке. Авиценна считал, что назначение того или иного лекарства зависит от ясного понимания врачом состояния больного и течения его болезни. Он особо подчеркивал значение доброкачественности лекарств, правильной дозы и места введения лекарства. Авиценна первым поставил диагноз сахарного диабета, заметив у больных повышенный аппетит, жажду, полиурию, сахар в моче, которую пробовал на вкус. Описал клиническую картину язвы желудка, сибирской язвы, разработал технику трахеотомии, литотомии, экстирпации опухолей, кровопусканий, предложил катетер.«Канон врачебной науки» - сочинение энциклопедического характера, где Авиценна обратил внимание на заразность оспы, определил различие холеры и чумы, описал проказу.

Аль-Рази - персидский учёный-энциклопедист, врач, алхимик и философ. Многие сочинения Аль-Рази переведены на латинский язык и получили широкую известность и признание. Аль-Рази – основатель Багдадской медицинской школы. Выбирая место для строительства больницы Аль-Рази предлагал развешивать мясо в разных местах города и строить там, где оно дольше всего сохранится. Он призывал врачей открывать новые лечебные средства для лечения заболеваний. Его 10-ти

томная книга «Аль-хави» - медицинская энциклопедия, в течение нескольких столетий служила руководством для врачей. Аль-Рази впервые рекомендовал специализацию врачей: «Один врач не может лечить все болезни», он впервые обратил внимание на необходимость медицинской помощи для нищего населения: «Медицина для тех, у кого нет врача». В труде «Об оспе и кори» он дал классическое описание этих болезней, особо отметив невосприимчивость к повторному заболеванию. Аль-Рази ввёл в медицинскую практику составление истории болезни, использование гипсовой повязки для иммобилизации конечности при переломах, применил вату при перевязках и кетгут при сшивании ран, описал специальный инструмент для извлечения инородных тел из глотки.

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. ЗАДАЧИ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

И.В.Масленников (1 курс, лечебный факультет)
Научный руководитель - к.м.н., доц. В.В. Гуськов
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела
(зав. каф.- д.м.н., проф. Л.А. Бахмута)*

Цель исследования. Изучить неблагоприятные факторы для кардиологического больного при назначении санаторно-курортного лечения. Изучить механизмы благоприятного воздействия факторов внешней среды курортов низко - и среднегорья юга России.

Задачи. Снизить факторы риска при сердечно-сосудистых заболеваниях при назначении и проведении санаторно-курортного лечения. Подчеркнуть роль адаптации к новым условиям окружающей среды и реадаптации по возвращении домой.

Резкая смена климата, особенно в пожилом возрасте, может вызвать патологические реакции и обострения заболеваний (дезадаптация). Поэтому санаторий нужно выбирать с климатом близким к климату постоянного проживания. При смене часовых поясов сбивается привычный ритм. Могут нарушаться как нормальные циклы сна и бодрствования, так и другие функции организма, которые привязаны к суточным циклам. Происходит инверсия привычного хода суточного времени.

Лечебные факторы (специфические и неспецифические): минеральные воды, климат, аэротерапия, гелиотерапия, лечебное питание, лечебный массаж, смена обстановки, режим дня, сна и бодрствования, режим питания, положительное воздействие природно-ландшафтных факторов, экскурсий, малых форм туризма, массаж, гидротерапия,

физиотерапия, медикаментозные средства. Большое значение имеет психотерапевтическое действие курорта. Значительно возрос за последние годы интерес к физической тренировке кардиологических больных.

Следует помнить, что по возвращению домой, больного поджидает реакклиматизация. Поэтому нормальным отдыхом считается 21-24 дневное пребывание в санатории, при отпуске не менее 28 дней.

Рекомендации.

Избегать чрезмерной физической активности в первую неделю - это позволит организму приспособиться к новому ритму жизни. Избегать приёма алкоголя, снотворного - это ведёт к ещё большей дезориентации организма. Проводить больше времени на свежем воздухе- это помогает организму быстрее адаптироваться к новым условиям.

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА. ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ. СЕСТРИНСКИЙ УХОД

Н.С. Рвачев (1 курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – мед.психолог ГБУЗ АО АМОКБ

Н.В.Потапова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела

(зав.каф.- д.м.н., проф. Л.А. Бахмутова)

Целью исследования является изучение отдаленных последствий черепно-мозговых травм (ЧМТ) для ознакомления семейной медицинской сестры с особенностями планирования ухода за больным в домашних условиях. Информации о роли и функции медицинской сестры при уходе за больными в острой стадии ЧМТ предостаточно (уход за больными в коме, при проведении ИВЛ, сердечно-легочной реанимации, уход за трахеостомой, и т.д.).

После выписки пациента, семейная медицинская сестра должна знать, что в результате разного характера травм (сотрясение, ушиб, сдавление), в отдаленном периоде развивается разный характер неврологических синдромов: в виде эпилептического, вестибулярного, ликвородинамического, вегетативных дисрегуляций, психических дисфункций (М.С.Тиганов,1999). У больного отмечаются нарушения памяти, речи, интеллекта, эмоциональной сферы. Все изложенное диктует необходимость разработки целенаправленных алгоритмов сестринского ухода, начиная от вегетативной дисрегуляции, вплоть до глубокой депрессии и слабоумия. В этих случаях задачей медицинской сестры является не только выполнение врачебных назначений, но и обучение

родственников приемам ухода и профилактики осложнений (пневмония, пролежни и др.).

Семейной медицинской сестре необходимо знать:

- знать и прогнозировать характер (особенности) психических нарушений при повреждении лобной доли (судороги), затылочной, теменной, височной доли (нарушение внимания, амнезия, апатия, афазия, агнозия, параличи, нарушение интеллекта и многое другое);

- факторы провоцирующие приступы эпилепсии, с обучением родственников пациента оказанию неотложной помощи при приступе;

- пути коррекции образа жизни семьи, особенно при тяжелой степени когнитивных нарушений;

Отдельно стоят задачи, формируемые в процессе последующего за травмой, периоде реабилитации, куда входит целый комплекс лечебных и медико-социальных задач, поскольку отдаленный период после черепно-мозговой травмы продолжается несколько лет, а иногда всю жизнь.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЯДОВИТЫМИ ГРИБАМИ

С.Н.Белов (1 курс, лечебный факультет)

Научный руководитель - к.м.н., доц. В.В.Гуськов

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела

(зав.каф.- д.м.н., проф. Л.А. Бахмутова)

По данным отделения острых отравлений ГБУЗАО ГКБ№3 г. Астрахани отравления грибами, среди всех отравлений, занимают не последнее место. Так в течение 2014 года в отделение поступило 19 пострадавших.

Цель исследования: изучить особенности клинической картины отравлений разными грибами с целью понимания патогенетического подхода к оказанию неотложной помощи

В разряд ядовитых отнесены грибы, при употреблении которых в обычных дозах человек получает тяжелое отравление. По характеру действия токсинов, содержащихся в ядовитых грибах, отравления поделены на три группы: грибы с местным раздражающим действием на желудочно-кишечный тракт(ЖКТ)(бледная поганка, мухомор, опенок серно-желтый и др), грибы вызывающие нарушение деятельности в центральной нервной системе (мухомор, сатанинский гриб и др), отравления, приводящие к смерти в результате повреждения паренхиматозных органов и крови(горчак, бледная поганка и др). Особенно опасными является бледная поганка. В результате действия

токсических веществ наступают необратимые изменения в жизненно важных органах. Смертность от отравления достигает 90%! Особенно опасны ядовитые грибы для детского организма. Как только заподозрено отравление грибами, нужно действовать быстро и последовательно:

-вызвать бригаду «скорой медицинской помощи»;

- Если человек в сознании, то следует вызвать рвоту, произвести промывание желудка для удаления из него остатков ядовитых грибов, дать солевое слабительное и до 10 таблеток активированного угля.

- Если человек находится без сознания, то промывание делать нельзя. Если вызвать «скорую» не представляется возможным, то необходимо срочно доставить пострадавшего в лечебное учреждение. Все оставшиеся грибы, которые употреблялись в пищу, сложить в отдельный контейнер или пакет для проведения токсикологического анализа с целью уточнения диагноза.

ГИГИЕНА ОРГАНА ЗРЕНИЯ

С.С. Ихсанов(уч-ся МБОУ СОШ №36 г.Астрахани)

Р.Б. Джусупов(уч-ся МБОУ СОШ №36 г.Астрахани)

Е.А. Сычихина(уч-ся МБОУ СОШ №36 г.Астрахани)

А.Д. Савченко(уч-ся МБОУ СОШ №36 г.Астрахани)

Научный руководитель - к.м.н., доц. В.В.Гуськов

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела

(зав.каф.- д.м.н., проф. Л.А. Бахмутова)

Цель, задачи и методы исследования. Изучение состояния органа зрения и характер его патологии у учащихся МБОУ СОШ №36 г.Астрахани. Проследить динамику этих изменений в процессе обучения, начиная с первого класса. Довести до сведения наших учащихся правила гигиены зрения в современных условиях. Проводилось изучение данных амбулаторных карт учащихся, анкетирование.

Результаты исследования. Основными отклонениями от нормы является дальнозоркость и близорукость, реже - астигматизм, косоглазие, амблиопия. Изучение динамики нарастаний изменений зрения в процессе обучения, показало резкое ухудшение показателей у старшеклассников (10-11 кл.). Количество «близоруких» и «дальнозорких» увеличилось в 5 раз. Это явилось поводом для изучения правил работы с компьютером, литературой, рекомендовать правильный рацион питания, а также продемонстрировать учащимся упражнения для глаз, которые помогут сохранить зрение.

Правила гигиены для предупреждения потери зрения.

При выполнении домашних заданий:

- следует соблюдать режим работы - чередовать труд с отдыхом;
- правильно организовать рабочее место (освещение, правильная поза).

При работе за компьютером:

- правильно организовать рабочее место и придерживаться правил работы за компьютером.

В случае возникновения чувства напряжения, боли или других неприятных ощущений в глазах необходимо им дать отдых.

Для профилактики потери зрения необходимо придерживаться правил питания – увеличить потребление продуктов, содержащих витамины А, В, С и микроэлементов.

Периодически необходимо делать комплексы упражнений для глаз с целью снятия напряжения в глазных мышцах.

При появлении признаков резкого ухудшения зрения – обязательно срочно обратиться к врачу!

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ДЕЛА

ПРОФИЛАКТИКА ИСМП-ИНФЕКЦИИ СВЯЗАННОЙ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПАЦИЕНТАМ ОБЩЕЙ РЕАНИМАЦИИ

М.И. Иванников (I курс, педиатрический факультет),

Н.Н. Байтмирова (I курс, педиатрический факультет),

Е.М. Ищенко (I курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – асс. С.П. Иванова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела

(зав. каф. – д.м.н. проф. Л.А. Бахмутова)

По данным анализа медицинских исследований нозокомиальная инфекция респираторного тракта занимает лидирующую позицию среди всех инфекционных осложнений, которые развиваются у больных отделений реанимации, что удлиняет сроки госпитализации, увеличивает риск неблагоприятного исхода. Качественная гигиена полости рта позволяет уменьшить число условно – патогенных бактерий и

предотвратить распространение инфекций из полости рта в нижние дыхательные пути. Однако данный вид мероприятий общего ухода имеет традиционно низкий приоритет у среднего медицинского персонала. Причины низкого приоритета мероприятий по уходу за полостью рта: манипуляции ухода традиционно выполняются по остаточному принципу; обычно занимают много времени; ограничена возможность специальных приспособлений.

Цель исследования. Сравнить эффективность методов ухода за полостью рта у больных, которым проводится респираторная поддержка.

Материалы и методы. Наблюдение проводилось на базе отделения реанимации клинической больницы. Проведено сравнение двух методик обработки полости рта: традиционной методики и методики с использованием специализированных наборов для ухода за полостью рта. Использование научных медицинских источников, интернет ресурсов.

По традиционной методике обработки ротовой полости используются: марлевые салфетки, корнцанг, лоток, санационный катетер. Специализированные наборы для ухода за полостью рта состоят из аспирационного катетера Янкауэра с защитным чехлом, аспирационных силиконовых зубных щеток, аспирационных тампонов, аппликаторных тампонов, контейнеров для антисептика, аспирационных катетеров для санации полости рта и носа. В результате исследования традиционному методу обработки полости рта 100% случаев дана удовлетворительная оценка, отмечена удобство и простота применения, однако 70% отмечает высокую травматичность традиционного метода, при использовании специализированных наборов риск травмы меньше, снижается на 15 минут время обработки, с учетом того, что уход за полостью рта составляет 4 раза в сутки, в среднем 30 мин., что повышает мотивацию к выполнению мероприятий ухода за больным и уменьшает частоту осложнений у больных с респираторной поддержкой.

ПРОФИЛАКТИКА ВОЗДУШНО – КАПЕЛЬНОГО МЕХАНИЗМА ПЕРЕДАЧИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

З.Р. Кабчуева(II курс, медико-профилактический факультет)

С.И. Мячин (II курс, медико-профилактический факультет)

М.А. Рамазанов (I курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – асс. С.П.Иванова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела

(зав.кафедрой – д.м.н. проф. Л.А. Бахмутова)

Риск развития профзаболеваний медицинские работники очень высок. По данным выборочных исследований, уровень заболеваемости острыми и хроническими инфекционными заболеваниями превышает аналогичную заболеваемость населения в 7 раз. В заболеваниях медработников одним из основных является респираторный путь передачи инфекции, так же поступление в организм высокоактивных лекарственных препаратов, дезинфицирующих средств, постоянный непосредственный контакт с больными и инфицированным материалом.

Цель нашей работы изучение типовых нормативов по средствам индивидуальной защиты органов дыхания медработников, сравнительные характеристики средств индивидуальной защиты.

В Типовых отраслевых нормах бесплатной выдачи средств индивидуальной защиты утвержденных постановлением Минтруда России, в прошлом веке, от 29.12.1997г №68, п.3, вообще предусмотрен «респиратор марлевый». Для работников, непосредственно работающих с возбудителями инфекционных заболеваний п.74.вообще не предусмотрена защита органов дыхания.

При изучении характеристик средств индивидуальной защиты органов дыхания выяснилось, что марлевые повязки не поглощают вредные газообразные вещества, а эффективность защиты от аэрозолей составляет всего 5%, т.е. они имеют 95% проникновения. ВОЗ уже в 1999 году заявила о неэффективности использования медицинских масок.. По данным научных источников защитная эффективность медицинской маски по протоколу №2/05 от 18.02.2005, показали, что проникновение аэрозолей под хирургическую маску составляет 34, 2%, что не соответствует требованиям ни одного из классов защиты, предъявляемым ГОСТ Р 12.4.191- 99. 1 класс –допускается проникновение аэрозолей 22%, 2-й класс – 8%, 3-й класс – 2%, в то время как для защиты от инфицированных аэрозолей необходима защита как минимум 2-го класса, а от особо опасных инфекций – 3-го класса.

Выводы: требуются изменения концепции защиты медицинских работников. Для профессиональной защиты медработников, особенно в условиях повышенного риска инфицирования воздушно – капельными инфекциями применять современные высокоэффективные средства индивидуальной защиты – облегченные респираторы, имеющие линии обтюрации и защищающий органы дыхания окружающих, от брызг и дыхания носителя повязки, так и защищающий носителя респиратора на вдохе.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОВЕРКИ ОБРАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫЕ РОСЗДРАВНАДЗОРОМ

М.Х. Дадаева(VI курс, медико-профилактический факультет)
Е.Б. Майлыбаева(VI курс, медико-профилактический факультет)
П.Х. Элиханова(VI курс, медико-профилактический факультет)

Научный руководитель – д.м.н. доц. И.А. Кудряшева

Астраханский государственный медицинский университет

*Кафедра гигиены медико-профилактического факультета с курсом
последипломного образования(зав.кафедрой – д.м.н. доц. И.А. Кудряшева)*

Государственный контроль за обращением медицинских изделий в силу положений ч.3. ст.95 Федерального закона от 21.11.2011 3323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» включает в себя: контроль за техническими испытаниями, токсикологическими исследованиями, клиническими испытаниями, эффективностью, безопасностью, производством, изготовлением, реализацией, хранением, транспортировкой, ввозом на территорию Российской Федерации и вывозом с нее медицинских изделий, за их монтажом, наладкой, применением, эксплуатацией, включая техническое обслуживание, ремонт, утилизацией или уничтожением.

Цель нашей работы проанализировать и изучить мероприятия по контролю в соответствии с названным Положением и порядком осуществления контроля.

При осуществлении государственного контроля необходимо осуществлять мониторинг безопасности изделий, включающий в себя сбор, обработку, регистрацию и анализ информации о побочных действиях, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, нежелательных реакциях при его применении, особенностей взаимодействия медицинских изделий между собой, фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации зарегистрированных медицинских изделий.

Также рассмотрение, анализ и оценка сведений (информации) содержащаяся в заявлении граждан, содержащихся в документах, обследование территорий, зданий, помещений используемых при осуществлении деятельности в сфере обращения медицинских изделий. Проверка наличия разрешений, соблюдения правил и требований,

проведения оценки соответствия, отбор образцов, проведение, анализ и оценка исследований, испытаний и экспертиз, направленных на установление причинно-следственных связей выявленных нарушений обязательных требований с фактами и обстоятельствами, создающими угрозу жизни, здоровью граждан и медицинских работников. В первую очередь проверке подлежат изделия, полученные в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ и мероприятий по модернизации государственных учреждений. В рамках мероприятий по контролю определяется можно ли отнести полученное изделие к медицинским на основе критериев, установленных ч 1. Ст. 38.ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ.

ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА ПРИ РАБОТЕ НА НОЧНОМ ДЕЖУРСТВЕ

Н.О. Ньюкина(I курс, педиатрический факультет)

А.В. Гончаров(I курс, педиатрический факультет)

К.И. Артемьева(I курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель - асс. С.П. Иванова

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела(зав.каф. –
д.м.н. проф. Л.А. Бахмутова)*

Актуальность: Около 15-20% рабочего населения развитых стран в той или иной степени занято ночным трудом. Студенты АГМУ не являются исключением, но по результатам социологического исследования было выявлено, что 98% студентов не знакомы с принципами профилактики профессионального риска при работе на ночном дежурстве.

Цель: Выявить вовлеченность студентов АГМУ в режим труда с ночными сменами. Ознакомиться с факторами профессионального риска ночного труда и принципами их профилактики.

Материалы и методы: социологический опрос в форме открытого анкетирования. Использование научных литературных источников, интернет ресурсов.

Результаты и их обсуждение: Наблюдается высокая степень вовлечения студентов АГМУ в режим труда с ночными сменами:

I курс-10%; II- 12%; III- 14%; IV-10,5%; V-9,5%; VI-11%.

Негативный эффект ночного труда многообразен и включает в себя:

- Острые физические и хронические клинические эффекты;
- Социальные и психологические эффекты;
- Травмы и инциденты.

Для минимизации риска производственных травм, ошибок и нарушения здоровья человека при ночном труде следует использовать комплекс мер, сокращающих сбой биологического суточного ритма:

- Организация условий для качественного сна в дневное время;
- Организация рационального питания в ночную смену;
- Избегание яркого освещения в часы «биологической ночи»;
- Отбор персонала с учетом данных о противопоказаниях к ночному труду, хронотипе и возрасте работника.

Выводы: в гигиенической классификации условий труда режим сменного ночного труда рассматривается как вредный фактор со степенью 3.1, независимо от прочих факторов напряженности трудового процесса. Студентам, задействованным в режиме труда с ночными дежурствами следует уделять особое внимание профилактике профессионального риска.

ПРОФИЛАКТИКА ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ТОКСИКО-ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ

Т.И.К. Гусейнова(II курс, стоматологический факультет)

Х.Р. Халухоева(II курс, стоматологический факультет)

Р. Гамидов(II курс, стоматологический факультет)

Научный руководитель - асс. С.П. Иванова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра перинатологии с курсом сестринского дела

(зав.кафедрой – д.м.н. проф. Л.А. Бахмутова)

Цель: выявить особенности поражения нервной системы от воздействия ртути и метилметакрилата у стоматологов и меры профилактики токсического воздействия на персонал и пациентов.

Контакт с ртутными соединениями и металлической ртутью у персонала происходит при технической неисправности измерительных приборов (термометры, монометры) при амальгировании металлов в зубоврачебной практики. Особенно неблагоприятным в гигиеническом отношении является способность этого вещества испаряться уже при минусовой температуре и депонировать в пористых материалах (дерево, кирпиче, штукатурке и пр.) , позволяя ему длительно сохраняться в производственной среде. Свидетельством токсического воздействия паров ртути является ряд патологических признаков: слабость, головная боль, повышенная эмоциональность, кахексия, дисбактериоз, нарушение функции печени и почек, аутоиммунные заболевания и иммунодефицит, кроме того, факт обнаружения металлической ртути и ее метаболита – метилртути в моче, сыворотки крови и слюне. Наиболее сложной является

диагностика на начальной стадии заболевания, при котором клиническая картина неспецифична. При систематической работе с амальгамами следует проводить 1 раз в 2 недели качественный и не реже 2 раза в год количественный анализ воздуха стоматологического кабинета на содержание паров ртути. Важная задача профилактических мероприятий - исключение ртутных измерительных приборов и использование ртутных соединений в лечебном процессе. Вредным фактором воздействующих на человека является метилметакрилат, который широко используется в ортопедической стоматологии и обнаруживается в воздухе стоматологических помещений в концентрации превышающих ПДК (10 мг\м³). При повышении концентрации в воздухе рабочей зоны возможна хроническая интоксикация с нарушением функций нервной системы с воздействием преимущественно на стволочную часть мозга, сопровождающуюся угнетением ее ретикулярной формации, также цитотоксическое, сенсибилизирующее действие, интенсифицирует метаболизм иммунокомпетентных клеток. Профилактика заключается в соблюдении правил хранения в вытяжном шкафу и применение акриловых пластмасс, а также соблюдение гигиенических требований.

ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ И РАЗРАБОТКИ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ, ФАРМАЦИИ И БИОТЕХНОЛОГИЙ

ИННОВАЦИОННОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

В.И. Войнова (I курс, лечебный факультет)

Научные руководители: д.м.н. М.А. Самотруева, директор ЦР
«Тинаки» И.А. Брынцева,

главный специалист ООО НПП «ВИТАФАГ» Е.О. Рубальский
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра фармакогнозии, фармацевтической технологии и
биотехнологии (зав.каф. – д.м.н. М.А. Самотруева)*

Одним из богатых источников биологически-активных веществ является сульфидно-иловая «Тинакская» лечебная грязь, являющаяся визитной карточкой Центра реабилитации «Тинаки». Оригинальный состав «Тинакской» грязи обуславливает уникальный противовоспалительный, иммуномодулирующий, антибактериальный, обезболивающий, спазмолитический эффект, способствует активации

микроциркуляции в тканях. В последние годы разработана новая технология лечения «Тинакской» грязью: нативная «Тинакская» грязь в пакетированном виде, а также одноразовые грязевые аппликации, включая тампоны.

Согласно статистике, практически каждая вторая россиянка — 52,7% — имеет гинекологическое заболевание, у 70% из них — это гинекологические инфекции. Применение грязевых аппликаций в гинекологической практике позволяет повысить эффективность фармакотерапии антибиотиками, противовоспалительными и гормональными средствами, являющимися основой для лечения гинекологической патологии. Однако, формирование резистентности к применяемым лекарственным средствам требует поиска веществ, оптимально сочетающихся с лечебной грязью, и сохраняющих эффективность даже при длительном применении.

В последние годы возрос интерес к бактериофагам, избирательно воздействующим только на возбудителей инфекций. При этом, бактериофаги применяются не только для лечения, но и для профилактики инфекционных заболеваний. Они не токсичны, не имеют противопоказаний к применению, могут быть использованы в сочетании с любыми другими средствами. Высокая эффективность бактериофагов на фоне абсолютной их безопасности является обоснованием создания обогащенных фагосодержащих бальнеологических средств на основе лечебной грязи, что и легло в основу инновационного направления научных исследований между Астраханским государственным медицинским университетом, ЦР «Тинаки» и ООО НПП «ВИТАФАГ».

СИНТЕЗ ПРОИЗВОДНЫХ 5-БРОМ-2-(ТИЕТАНИЛ-3) -1,2,4-ТРИАЗОЛ-3-ОНА С ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Ю.Р. Латыпова (V курс, фармацевтический факультет)

Научный руководитель — д. фарм. наук, проф. Е.Э.Клен

Бакирский государственный медицинский университет

*Кафедра фармацевтической химии с курсами аналитической и
токсикологической химии*

(зав.каф. — д.фарм. наук, проф. Ф.А. Халиуллин)

Актуальность. Структуры наиболее известных противогрибковых, противорвотных, противомикробных и противоопухолевых лекарственных препаратов и биологически активных веществ содержат фрагмент 1,2,4-триазол-3-она. Поэтому исследование реакций 1,2,4-триазолона с

оксиранами и дальнейшим присоединением остатка вторичного амина, с целью синтеза потенциальных противовирусных соединений, является весьма актуальным.

Цель работы. Синтез потенциальных противовирусных производных 5-бром-2-(тиетанил-3)-1,2,4-триазол-3-она.

Материалы и методы. Синтетические методы. ИК-спектры сняты на приборе Инфралюм ФТ-02 в таблетках с калием бромидом. Данные ВЭЖХ сняты на хроматографе LC-20 «Prominence» (элюент: ацетонитрил/вода (8:2), скорость потока 1мл/мин., детектирование осуществлялось при 210 нм и 324 нм). Индивидуальность синтезированных соединений определялась методом ТСХ на пластинках Silufol в системах БУВ (4:1:2) и гексан-этанол (6:4). Пятна веществ проявляли в камере с парами йода.

Результаты и обсуждение. Согласно данным прогноза в программе PASS установлено, что с вероятностью более 0,5 противовирусной активностью должны обладать 5-бром-4-(3-амино-2-гидроксипропил)-2-(тиетанил-3)-1,2,4-триазол-3-оны.

С целью синтеза данных производных нами разработаны методы синтеза 5-бром-2-(тиетанил-3)-4-(2-гидрокси-3-хлорпропил)-1,2,4-триазол-3-она (3) и 5-бром-2-(тиетанил-3)-4-эпоксипропил-1,2,4-триазол-3-она (4), которые являются исходными продуктами для их получения. Установлено, что реакция 5-бром-2-(тиетанил-3)-1,2,4-триазол-3-она (1) с эпихлоргидрином (2) в присутствии NaOH в среде 80% этанола приводит к образованию 5-бром-2-(тиетанил-3)-4-(2-гидрокси-3-хлорпропил)-1,2,4-триазол-3-она (3) с выходом 28,6%. При проведении реакции в самом эпихлоргидрине в присутствии K_2CO_3 образуется 5-бром-2-(тиетанил-3)-4-эпоксипропил-1,2,4-триазол-3-он (4) с выходом 85,2%.

Нами исследованы реакции соединений 3,4 с 3-х кратным мольным избытком пиперидина (5). По данным ТСХ установлено, что образование 5-бром-4-(3-(пиперидинил)-2-гидроксипропил)-2-(тиетанил-3)-1,2,4-триазол-3-она (6) наблюдается в обоих случаях.

Выводы

1. Исследованы реакции 5-бром-2-(тиетанил-3)-1,2,4-триазол-3-она с эпихлоргидрином и синтезированы 5-бром-2-(тиетанил-3)-4-(2-гидрокси-3-хлорпропил)-1,2,4-триазол-3-он и 5-бром-2-(тиетанил-3)-4-эпоксипропил-1,2,4-триазол-3-он.

2. Исследованы реакции 5-бром-4-(2-гидрокси-3-хлорпропил)-2-(тиетанил-3)-1,2,4-триазол-3-она и 5-бром-2-(тиетанил-3)-4-эпоксипропил-1,2,4-триазол-3-она с пиперидином.

ИССЛЕДОВАНИЕ АУТЕНТИЧНОСТИ ИСКУССТВЕННЫХ И БИОЛОГИЧЕСКИХ ТКАНЕЙ

Н.Н. Гайнутдинов (IVкурс, педиатрический факультет)

А.С. Кис (IVкурс, педиатрический факультет)

Р.О.Матвеев (IVкурс, педиатрический факультет)

Научные руководители - д.м.н., проф. А. Г. Ящук,
к.м.н., асс.А.В. Масленников

Башкирский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии №2

(зав.каф .-д.м.н., проф. А. Г. Ящук)

Актуальность. Последнее время активно внедряют программу по обучению отработки манипуляций на высокотехнологических тренажёрах и реалистичных моделей органов и систем врачами и студентами в симуляционных центрах и в лечебно-профилактических учреждениях, с целью успешной реализации полученных навыков в практической работе.

Цель исследования: Выявить синтетические материалы наиболее идентичные по физическим и тактильным свойствам к биологическим тканям для использования их при изготовлении моделей тканей, органов и систем человека.

Материалы и методы. Исследование было основано на тактильном сравнении шести видов полимеров, отличающихся по плотности и эластичности, с различными тканями и органами человека.

Результаты и обсуждение. Для исследования всего было выбрано 6 синтетических полимеров и опрошено 50 врачей-хирургов на предмет соответствия тому или иному фрагменту органа или ткани. Каждому синтетическому полимеру был присвоен порядковый номер от 1 до 6. Каждый из 50 врачей-хирургов на ощупь оценил их физические и тактильные свойства. После чего было проведено анкетирование, в котором отражено соответствие порядкового номера исследуемого полимера с биологической тканью и органом человека.

В результате исследования, по мнению большинства опрошенных (90%) полимер №1 по физическим и тактильным свойствам был похож на кожу, а полимер №3 на мышечную ткань; у 85% полимер №2 был сопоставим с подкожно жировой клетчаткой, а полимер №5 с апоневрозом; 75% врачей полимер №4 сравнили с серозной-мышечной оболочкой кишечника; 65% полимер №6 охарактеризовали как хрящеподобную ткань.

Заключение. Данные полученные в результате исследования можно

использовать для создания трёхмерных моделей тканей, органов и систем соответствующие высокой степени реалистичности.

РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ПО ВЫБОРУ ИСКУССТВЕННОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ В ИНТЕНСИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

А.С. Евтеева^{1,*} (клинический ординатор)

К.С. Колегов^{2,3} (ст. преподаватель)

Научный руководитель – к.м.н., доц. И.П. Дорфман¹

¹*Астраханский государственный медицинский университет*

Кафедра клинической фармакологии (зав. каф. – д.м.н. А.Р. Умерова)

Каспийский институт морского и речного транспорта – филиал

ФГБОУ ВО «ВГУВТ» ³*Астраханский государственный университет*

Многочисленные исследования позволяют констатировать, что имеющаяся недостаточность питания пациентов – это более медленное выздоровление, угроза развития различных осложнений, более длительное пребывание больных в стационаре, более высокие расходы на лечение и реабилитацию, а также более высокая их летальность. Основными причинами недостаточного питания пациентов являются: неадекватно рассчитанные объемы вводимого искусственного питания; назначение искусственного питания без учета энергетических потребностей пациента, находящегося в условиях «стресс-голодания»; отсутствие у медицинских сотрудников должных специальных знаний в области клинического питания.

Цель работы заключается в оптимизации процесса назначения искусственного питания больным в интенсивной медицине. Для достижения цели необходимо выполнить следующие задачи: проанализировать алгоритмы расчета энергетических потребностей пациентов на основании их индивидуальных данных и выбора вариантов питания; создать базу данных питательных смесей по их составу; разработать кроссплатформенное программное обеспечение (локальную программу и веб-приложение); протестировать систему поддержки принятия решений (СППР) при подборе искусственного питания; внедрение продукта в массовое использование.

Программное обеспечение разрабатывается в среде Visual Express Edition. СППР на основании введенных врачом параметров будет определять степень белково-энергетической недостаточности и производить расчеты потребностей пациентов с использованием формул Харриса–Бенедикта, Миффлина–Сан Жеора и их модификаций. Внедрение базы данных всех зарегистрированных в РФ искусственных питательных

смесей позволит автоматически подбирать варианты лечебного питания.

В перспективе результаты выполнения описанного проекта позволят внедрить СППР по выбору искусственного питания для пациентов в практическое здравоохранение.

ПРИМЕНЕНИЕ КЛИНОПТИЛОЛИТОВ В ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Д.С. Адамова (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доцент Р.С. Аракельян
Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

Дезинтоксикационная терапия (от франц. *disintoxication* - борьба с отравлением, обезвреживание) — комплекс лечебных мероприятий, направленных на прекращение воздействия на организм токсических веществ или снижение его интенсивности. Включает в себя лечебную помощь при экзогенных интоксикациях и ускорение выведения токсических веществ эндогенного происхождения. Основные задачи дезинтоксикационной терапии при отравлениях экзогенными ядами: обезвреживание, фиксация и выделение их из организма.

Показанием для применения дезинтоксикационной терапии являются наличие клинических признаков интоксикации и состояние патологического процесса, позволяющее предвидеть скорое её возникновение, если функциональное состояние внутренних органов (в первую очередь печени и почек) при этом требует дезинтоксикационной терапии. Первоочередное значение в проведении дезинтоксикационной терапии имеют: парентеральное введение изотонических растворов солей, глюкозы, обильное питьё, улучшение кровоснабжения тканей для вымывания токсичных веществ (реологически активные препараты и др.), при эндогенных интоксикациях — диуретические средства.

Мы предлагаем в качестве более высокого и лучшего сорбента использовать природный минерал — опоку, которого в Астраханском регионе находится огромное количество.

Преимущество опоки в том, что по сравнению с другими видами глин, она является самым сильным сорбентом и минералом, оказывающим дезинтоксикационное воздействие на организм человека.

Опока обладает уникальными лечебными свойствами: антиоксидантными и адсорбирующими свойствами, выводит патогенные вещества из организма, прекрасно оздоравливает его.

Опока – это прочная пористая кремнистая осадочная горная порода. Опока состоит в основном из микрозернистого водного аморфного кремнезёма (до 97%) обычно с примесью глины, песка, глауконита и др. от других минералов опока отличается большой однородностью и раковистым изломом. Цвет от светло-серого до тёмно-серого, почти чёрного. Чистые разновидности опоки характеризуются высокими адсорбционными свойствами.

КЛИНОПТИЛОЛИТЫ В ХИРУРГИИ

А.Ю. Донскова (IV курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Р.С.Аракельян
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра инфекционных болезней
(зав.каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

Актуальность исследования: В последние годы, как в отечественном, так и в зарубежном здравоохранении все более пристальное внимание уделяется народным средствам лечения различных заболеваний. Одним из таких «народных препаратов» являются глина или природные минералы.

Способность глины снимать воспаление и восстанавливать поврежденные ткани используется при лечении незаживающих язв и рваных ран у собак.

Целью исследования: Доказать эффективность использования клиноптилолитов в качестве вспомогательного лечения рваных ран у собак.

Материалы и методы: Экспериментальное применение примочек опоки на 15-ти добровольно предоставленных владельцем питомника «Майн Штерн» собаках с повреждениями мягких тканей в виде рваных ран разных степеней тяжести (легкая – 9 собак, средняя – 3 собаки и тяжелая – 3 собаки). С этой целью мы смешивали опоку с кипяченой теплой водой до получения кашицеобразной массы, наносили на пораженный участок. Время экспозиции составляло от 40 до 90 минут. Такие процедуры проводили 2 раза в день в течение 30 дней.

Результаты исследования: Так после использования опоки в течение 8-10 дней отмечался положительный эффект. При ранах тяжелой степени тяжести с нагноительными процессами, наблюдалось уменьшение отека тканей по периферии раны, воспаление стихало, рост грануляций увеличивался. При ранах средней степени тяжести, появилась грануляционная ткань в виде розово-красных «зёрнышек», которая

покрывала всю поверхность раны. В процессе лечения, вся полость раны заполнилась грануляционной тканью, которая преобразовались сначала в соединительную волокнистую ткань, а затем в рубцовую. Рана легкой степени завершилась эпидермизацией.

Выводы: Использование клиноптилолитов в хирургической практике, является отличной альтернативой хирургическим манипуляциям при ранах средней и легкой степени тяжести и вспомогательной при ранах тяжелой степени тяжести.

МЕЛКОЗЕРНИСТЫЕ АМОРФНЫЕ КРЕМНЕЗЕМЫ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О.В. Мартынова (IV курс, лечебный факультет)

, Д.С. Адамова (I курс, лечебный факультет)

Е.С. Иванова (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. Р.С. Аракельян

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

(зав. каф. – д.м.н., проф. Х.М. Галимзянов)

Мы предлагаем в качестве вспомогательного метода лечения в травматологии и ортопедии использовать мелкозернистый водный аморфный кремнезем, которого в Астраханском регионе находится огромное количество.

Его преимущество в том, что по сравнению с другими видами кремнеземов, он является самым сильным сорбентом и обладает уникальными лечебными свойствами: дезинтоксикационными, адсорбирующими и противоотечными свойствами. Наружно мелкозернистый водный аморфный кремнезем можно использовать в виде аппликаций, примочек, теплых плиток, в виде лечебных ванн. Мелкозернистый водный аморфный кремнезем – это прочная пористая кремнистая осадочная горная порода, которая состоит в основном из микрозернистого водного аморфного кремнезёма (до 97%) обычно с примесью глины, песка, глауконита и др. От других минералов отличается большой однородностью и раковистым изломом. Цвет от светло-серого до тёмно-серого, почти чёрного. Чистые разновидности кремнезема характеризуются высокими адсорбционными свойствами.

Экспериментальным путем доказано, что использование мелкозернистого водного аморфного кремнезема в различных состояниях (порошок, жидкая масса, твердый минерал) дает положительный эффект в течение нескольких суток при вспомогательном лечении обширных

гематом, гнойно-некротических поражениях кожи. Путем эксперимента была доказана эффективность использования мелкозернистого водного аморфного кремнезема во вспомогательном лечении травматических повреждений мягких тканей человека (ушибы, гематомы). С этой целью мы смешивали мелкозернистый водный аморфный кремнезем с теплой кипяченой водой до получения кашицеобразной массы, наносили на пораженный участок. Время экспозиции составляло 90 минут. Такие процедуры проводили 2 раза в день в течение 10 дней. В результате исследования были получены положительные результаты.

Так, после использования кремнезема при обширных гематомах положительный эффект отмечался через 5 – 7 дней (обширная гематома – в консервативном лечении прогноз неблагоприятный, чаще всего требуется хирургическое лечение (вскрытие гематомы).

КЛИНИЧЕСКАЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ВЫЯВЛЕНИЕ АЛЕКСИТИМИИ У СТУДЕНТОВ ВУЗА И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ

А.Н. Терешкевич(IV курс, педиатрический факультет)

С.Г. Курбанова(IV курс, педиатрический факультет)

С.Б. Новрузбекова(IV курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Е.И. Гришина

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра наркологии, психотерапии и правоведения

(зав. кафедрой проф., д.м.н Л.П.Великанова)

Термин «алекситимия», означающий отсутствие слов для выражения чувств (от «а» — недостаток, «lexis» — слово, «thimos» — эмоция), был введен американским психоаналитиком П. Сифнеосом в 1969г. Изучение алекситимии, как фактора, ограничения коммуникативной сферы личности, являющегося предпосылкой психосоматических заболеваний, становится значимым и в контексте исследования образовательного процесса в вузе. Цель исследования: Выявление алекситимии и ее влияния на процесс обучения у студентов ВУЗА. Исследуемую группу - 68 человек, составили студенты разных курсов и специальностей АГМУ в возрасте 17-26 лет. Обследование респондентов проводилось с помощью «Торонтской алекситимической

шкалы (ТАШ-20)», анкетирования. Статистическая обработка проводилась с помощью ППП Statistica 6. Результаты исследования обнаружили в 9% случаев высокий уровень алекситимии; в 16% случаев - группа риска; у 75% не выявлено признаков алекситимии. Заключение: Алекситимия чаще наблюдалась у девушек в возрасте 20-22 лет, имеющих в анамнезе черепно-мозговую травму и заболевания желудочно-кишечного тракта. Успеваемость в группе лиц, демонстрирующих высокий уровень алекситимии достоверно не отличалась студентов без признаков алекситимии. Изучение алекситимии в системе других факторов риска имеет значение для лучшего понимания роли психологических механизмов в патогенезе этих заболеваний, долговременного прогноза и организации профилактических мероприятий в рамках превентивной эпидемиологии.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ НИКОТИНИЗАЦИИ МОЛОДЕЖИ (НА МОДЕЛИ СТУДЕНЧЕСТВА)

Ф.А. Курмангазиев (V курс, факультет клинической психологии)

Научный руководитель – д.м.н., проф. Л.П. Великанова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра наркологии, психотерапии и правоведения

(зав.каф. – д.м.н. проф. Л.П. Великанова)

По данным многочисленных исследований, проведенных за рубежом и в нашей стране, от последствий, связанных с курением, умирает больше людей, чем от употребления алкоголя, наркотиков, а также от СПИДа, авто и авиакатастроф, вместе взятых.

Курение и никотиновая зависимость в ряде исследований рассматривается как один из механизмов психологических защит или непродуктивного копинга.

Цель работы: изучить психологические факторы, способствующие никотинизации молодежи (на модели студенчества).

Материалы и методы: с помощью теста Лазаруса было обследовано 60 человек (29 юношей и 31 девушка), студентов Астраханского ГМУ, средний возраст которых составил 21 ± 1.8 лет. Методика позволяет определить способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий (конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка).

Результаты: В структуре копинг-стратегий в группе курящих студентов преобладали стратегии дистанцирования, планирования решения проблемы, самоконтроль и положительная переоценка в качестве уже сформированных копинг-механизмов. В группе некурящих преобладала стратегия поиска социальной поддержки; такие стратегии как самоконтроль, планирование, положительная переоценка выявлялись на стадии развития. Обнаруженные различия не достигали степени статистической достоверности (критерий Манна-Уитни, $p > 0.05$). (Гендерный аспект не анализировался ввиду недостаточного объема выборки.)

Таким образом, в группе курящих студентов выявлена тенденция к преобладанию неконструктивных копинг-стратегий и их стереотипизации, что может осложнять их социальное функционирование и служить основой для компенсаторных паттернов поведения (в частности, курения).

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Ю.Е Есаулова (III курс, факультет клиническая психология)

Научный руководитель – асс. З.Р. Еловчиева

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра психологии и педагогики(зав.каф. – к.м.н.,доц. Л.А. Костина)

Актуальность исследования продиктована тем, что эмоциональный интеллект (EQ), «как способность понимать отношения личности, репрезентируемые в эмоциях, и управлять эмоциональной сферой на основе интеллектуального анализа и синтеза» И.Н. Андреева, является одним из основных факторов в эффективности межличностных отношений.

Нами было проведено исследование для выявления взаимосвязей между некоторыми составляющими структурами эмоционального интеллекта (эмпатия, эмоциональная осведомленность, способность распознавать свои эмоции и других людей и др.) и типами межличностных отношений (агрессивность, эгоистичность, дружелюбие, подчинение, альтруистичность и др.). В ходе исследования были использованы методики на выявление уровня эмоционального интеллекта Н. Холл и типа межличностных отношений Т.Лири. Опрошено 20 испытуемых, студентов АГМУ, 17-20 лет.

Для выявления структуры взаимосвязей эмоционального интеллекта и межличностных отношений был проведен корреляционный анализ с использованием критерия корреляции Пирсона. В ходе анализа

были выявлены следующие взаимосвязи: шкала «эмпатия» имеет отрицательную корреляцию с показателями шкалы «эгоизм» ($r=-0,470$, $p<0,05$) и шкалы «агрессии» ($r=-0,661$, $p<0,01$), а с показателем шкалы «дружелюбие» в прямой взаимосвязи ($r=0,494$, $p<0,05$); шкала «распознавание эмоций других людей» имеет положительную корреляцию с показателями шкалы «дружелюбие» ($r=0,517$, $p<0,05$) и шкалы «альтруизм» ($r=0,497$, $p<0,05$), и отрицательную корреляцию с показателями шкалы «агрессия» ($r=-0,614$, $p<0,01$) и шкалы «подозрительность» ($r=-0,535$, $p < 0,05$).

В результате анализа полученных данных можно сделать вывод, что студенты, обладающие высоким уровнем эмпатии (способности сочувствовать и сопереживать) в межличностных отношениях проявляют дружелюбие, а эгоизм и агрессия им не свойственны. Учащиеся, которые способны распознавать эмоции других людей в межличностных отношениях чаще проявляют альтруизм (бескорыстную заботу о других), а агрессивность и подозрительность встречается реже.

Таким образом, эмоциональный интеллект играет важную роль в структуре межличностных отношений.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И УРОВНЯ АГРЕССИВНОСТИ У СТУДЕНТОВ

С. К. Бухарцева (III курс, факультет клинической психологии)

Научный руководитель – М. А. Сергеева

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра психологии и педагогики (зав.каф. – д.м.н. Л. А. Костина)

Актуальность темы нашего исследования заключается в том, что проблема эмоционального интеллекта является значимой для понимания процесса адаптации человека в социуме. На сегодняшний день исследования, посвященные изучению взаимосвязи эмоционального интеллекта и агрессивности, мало представлены в отечественной психологии. Проблемой эмоционального интеллекта в зарубежной психологии можно занимались такие авторы, как П. Саловей и Дж. Майер, Д. Гоулман, Д. Карузо и др.

Цель исследования заключается в выявлении взаимосвязи эмоционального интеллекта и уровня агрессивности у студентов Астраханского государственного медицинского университета.

В нашем исследовании были использованы методики: тест эмоционального интеллекта Н. Холла, предназначенная для выявления способности понимать отношения личности, репрезентируемые в эмоциях,

и управлять эмоциональной сферой на основе принятия решений) и опросник Басса – Дарки, предназначенный для выявления уровня агрессивности респондентов. В выборку вошли студенты Астраханского государственного медицинского университета в количестве 15 человек, 8 девушек и 7 юношей.

Для выявления взаимосвязей эмоционального интеллекта студентов с наличием уровня агрессивности был проведен корреляционный анализ с использованием критерия корреляции Пирсона. В ходе анализа были выявлены определенные связи шкал теста эмоционального интеллекта и агрессивности. Показатель шкалы «Эмоциональная осведомленность» возрастает одновременно с показателями шкалы «Косвенная агрессия» ($r = 0,574$, $p < 0,05$); показатель шкалы «Эмпатия» убывает одновременно с показателями шкалы «Агрессивность» ($r = -0,548$, $p < 0,05$); Показатель шкалы «Распознавание эмоций других людей» убывает одновременно с показателями шкалы «Агрессивность» ($r = -0,548$, $p < 0,05$), и убывает одновременно с показателями шкалы «Раздражение» ($r = -0,670$, $p < 0,01$).

Исходя из этих результатов, можно сделать вывод о том, что у студентов, способных распознать эмоции других людей, снижен уровень агрессивности и раздражительности, и наблюдается высокий уровень эмпатии, способности сопереживать другим людям. У испытуемых с высокой эмоциональной осведомленностью агрессия выражается в косвенной форме, она окольным путем направляется на другое лицо или же не направлена ни на кого.

АНАЛИЗ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ С КИБЕРЗАВИСИМОСТЬЮ

М.М. Иванова (V курс, лечебный факультет)

О.А. Зотова (V курс, лечебный факультет)

С.А. Малых (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ю. А. Пичугина

*Красноярский государственный медицинский университет им.
проф. В.Ф. Войно – Ясенецкого*

*Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО
(зав. каф. - д.м.н., доц. М. А. Березовская)*

Актуальность: с каждым днём в мире увеличивается количество пользователей интернета. С одной стороны это повышает уровень развития общества, но одновременно с этим рождается проблема киберзависимости, которая изучается в России сравнительно недавно. Киберзависимость влияет на уровень социальной адаптации и здоровья

пользователей, сказывается на их психическом состоянии.

Цель исследования: выявление связи между киберзависимостью и склонностью к невротическим состояниям, таким как тревожность, невротическая депрессия, астения, вегетативные нарушения, обсессивно-фобические нарушения, истерические состояния.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 65 человек в возрасте 21-27 лет, являющиеся студентами 5 курса лечебного факультета КрасГМУ. Для выявления уровня склонности к киберзависимости применялся тест Кимберли Янг, по результатам которого испытуемые были разделены на 2 группы. В первую группу, которая составила 10 человек (15%), вошли лица, предрасположенные к киберзависимости. Вторую группу, которая явилась группой контроля, составили 55 человек (85%), не склонных к киберзависимости. Обе группы испытуемых были протестированы с помощью клинического опросника на выявление и оценку невротических состояний. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica – 6.0» StatSoft.

Результаты и их обсуждение: В ходе исследования выявлена достоверная связь между наличием склонности к киберзависимости и склонностью к определенным невротическим нарушениям. Выявлено, что все испытуемые, страдающие киберзависимостью в 100% случаев подвержены невротическим расстройствам, в то время как в группе не склонных к киберзависимости встречаются лица как с невротическими нарушениями, так и без невротических нарушений.

Выводы: Невротические расстройства выявлены как у киберзависимых, так и у лиц без киберзависимости. Невротические расстройства статистически значимо преобладают у лиц с киберзависимостью в сравнении с лицами, не имеющими киберзависимости.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ АЛКОГОЛИЗАЦИИ МОЛОДЕЖИ (НА МОДЕЛИ СТУДЕНЧЕСТВА)

В.В. Елизаров (V курс, факультет клинической психологии)

Научный руководитель – д.м.н., проф. Л.П. Великанова
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра наркологии, психотерапии и правоведенья
(зав.каф. – д.м.н., проф. Л.П. Великанова)

На сегодняшний день от алкоголизма погибает огромное количество человек, при этом 4/5 зависимых от алкоголя начинают употреблять алкоголь в возрасте до 20 лет. Употребление алкоголя и

других психоактивных веществ в ряде исследований рассматривается как один из механизмов психологических защит или непродуктивного копинга.

Целью настоящего исследования явилось изучение психологических факторов, способствующих алкоголизации молодежи (на примере студенчества).

Объектом исследования явились студенты Астраханского ГМУ. С помощью методики диагностики межличностных отношений Т. Лири (1954) было обследовано 60 человек в возрасте от 20 до 24 лет (средний возраст 20.8 ± 0.8); 27 девушек и 33 юноши. Полученные результаты тестирования (гендерный аспект не учитывался) позволили выделить 2 группы в зависимости от отношения к алкоголизации: с негативным и с позитивным отношением.

В группе студентов негативно относящихся к алкоголю преобладало дружелюбное отношение к окружающим, большая открытость и открытость в межличностных отношениях.

В группе студентов, употребляющих алкоголь, проявлялась тенденция к доминированию над окружающими, к агрессивно-конкурентной позиции, препятствующей сотрудничеству и успешной совместной деятельности. Выявленные различия не достигали уровня достоверности (критерий Мана-Уитни ($p > 0,05$)).

Показатель адаптивности у студентов различных групп существенно не различался.

Вывод: Таким образом, можно предположить, что одним из психологических механизмов начала алкоголизации может служить дефицитарность в сфере межличностных отношений (в группе студентов, употребляющих алкоголь) и потребность в ее компенсации посредством употребления алкоголя (или других психоактивных веществ).

РУССКИЙ ЯЗЫК И КУЛЬТУРА РЕЧИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ИНТЕРНЕТ-КОММУНИКАЦИЙ

А.Ю. Коровушкин (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс. О.А. Уразгалиева

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра русского языка (зав. каф. к.ф.н. доц. А.Х. Сатретдинова)

Русская разговорная речь имеет богатую историю и древнее происхождение. Современная русская речь – это потомок старославянской группы языков. Распространяясь по территории нашей страны, русская речь впитывала в себя особенности не только локальных диалектов (учитывая большое число народностей и культур), но и особенности разговорной речи, присущие определённым географическим и климатическим зонам нашей страны.

Разговорная речь является отражением особенностей культурно-исторического развития и менталитета людей, которые с помощью неё общаются. Разговорная речь так же является носителем культуры (в меньшей степени, чем литературная речь) и жизненного уклада. С помощью разговорной речи мы способны передавать другим людям свои переживания и делиться сокровенными чувствами, ощущениями, полнота которых зависит от богатства языка, разговорная речь – первый и один из самых значимых источников наших знаний об окружающем мире.

Важность грамотного и правильного употребления разговорной речи безусловно велика. Сильное воздействие на формирование разговорной речи оказывает наше окружение, будь то телевидение, газеты, высказывания политиков и других знаменитостей. В связи с этим можно выделить области, оказывающие наиболее сильное влияние на развитие современной русской разговорной речи – это семья, общественность, массовые теле и радио коммуникации, и в последнее время лидирующее место занимает глобальная сеть Интернет.

С появлением новых источников информации, падением общего культурного уровня развития людей, причиной которого явились события 90-х годов 20 века, стало сложно следить за уровнем новой информации, поступающей в речевой оборот, так же массовое проникновение чужих культур, падение заинтересованности людей в собственной культуре оставило глубокий след в современной русской разговорной речи.

Так как развитие и обогащение нашего разговорного багажа производится в основном из нашего окружения, мы можем не замечать изменений в разговорной речи. Однако, анализируя массовые источники информации, можно выделить ряд проблем:

- засилье русской речи иностранными словами, а так же словами паразитами, вытесняющими нормальную речь из нашего речевого рациона;
- широкое распространение и обильное употребление жаргонной, абсцентной лексики и просторечных выражений;
- неграмотность и малая культурная образованность знаменитостей и людей, имеющих определённое влияние на общество;
- низкий уровень заинтересованности населения в обогащении и

совершенствовании индивидуального уровня культурного развития.

Однако существуют и положительные тенденции в развитии современной русской разговорной речи:

- проведение культурно-массовых мероприятий в городах и более мелких населённых пунктах;
- восстановление и пополнение библиотек и их фондов;
- введение разнообразных мероприятий, посвящённых повышению уровня нравственности среди населения;
- возобновление проведения литературных вечеров в школах и других образовательных учреждениях.

Подводя итог, можно сделать вывод, что язык является мощным орудием в формировании нравственного облика и жизненного уклада людей, и от его качества в определённой степени зависит менталитет и уровень нашей образованности. Однако сегодня наша речь претерпевает серьёзные изменения и, к сожалению, они несут в себе отрицательные черты. Нам необходимо задуматься о родной речи, следует повышать её культурный уровень, искоренять иностранные слова и жаргон, пропагандировать чтение русской литературной классики, которая является кладёзем нашей родной речи и ориентиром на дальнейшее культурное развитие.

ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО РУССКОГО ЛИТЕРАТУРНОГО ЯЗЫКА

А.Г. Шахбанова (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс. О.А. Уразгалиева

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра русского языка(зав. каф. к.ф.н.доц. А.Х. Сатретдинова)

Русский язык в последние годы активно засоряется. Филологи давно бьют тревогу: в язык постоянно проникает много словесного «мусора», в результате чего язык утрачивает многие свои черты.

Слова, проникающие в русский язык, можно подразделить на следующие группы: варваризмы, вульгаризмы, жаргон (арго), неологизмы, сленг различных социальных и профессиональных групп, простые заимствования.

Варваризмы – это иноязычное слово или выражение, не до конца освоенное заимствующим языком, чаще всего с трудностями грамматического освоения. Например, *авеню, денди, мадам, мосье, микадо.*

Вторая группа слов – вульгаризмы (простонародные слова). Вульгаризм – это грубое слово или выражение, находящееся за пределами литературной лексики. Например, вместо *лицо* – *морда*, *рыло*; *умереть* – *окочуриться*, *околеть*.

Следующая группа слов – слова, заимствованные из других языков. Заимствования способствуют обогащению словарного запаса заимствующего языка, однако, злоупотребление иноязычными словами, неоправданное использование их без надобности приводят к засорению литературного языка.

Одним из источников загрязнения русского языка являются жаргоны, складывающиеся в субкультурах. Жаргон – язык отдельных социальных групп, искусственно создаваемый с целью языкового обособления, отличающийся главным образом наличием слов, непонятных людям непосвященным: *«Мой бойфренд меня кинул, айда в фитнес на шейпинг! (Мой парень занят, пошли в спортзал)»*.

Использование в речи иностранных слов непонятного происхождения, неологизмов не только засоряет речь, но и искажает ее смысл, лишает речь одного из основных признаков – точности.

Содержание и стиль речи зависят от речевой ситуации, в которой возникает необходимость в речи. Однако во всех случаях речь должна быть литературной и стилистически выдержанной.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗГОВОРНОЙ РЕЧИ

Д.А. Безруков (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ст. пр. И.Р. Одишелашвили

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра русского языка(зав. каф. к.ф.н., доц. А.Х. Сатретдинова)

Разговорная речь – особая функциональная разновидность литературного языка и характеризуется тремя внешними по отношению к языку, признаками.

Важнейшим признаком разговорной речи является ее спонтанность, неподготовленность. Второй отличительный признак разговорной речи состоит в том, что разговорное общение возможно только при неофициальных отношениях между говорящими. Третьим признаком разговорной речи является то, что она может реализоваться только при непосредственном участии говорящих.

Нормой в разговорной речи признается то, что постоянно употребляется в речи носителей литературного языка и не воспринимается при спонтанном восприятии речи как ошибка – «не режет слуха».

Нормы разговорной речи имеют одну важную особенность. Они не являются строго обязательными в том плане, что на месте разговорной может быть употреблена общелитературная норма, которая не нарушает разговорный статус текста.

В современной речи отчетливо проявляются две противоположные тенденции: к огрублению речи, к её эвфемизации. На лексическом уровне огрубление выражается в более широком употреблении вульгаризмов и грубых просторечных и жаргонных слов и выражений: *беспредел, возникать, оттянуться, прокол, чувак, рвануть*.

Объединение литературного языка жаргона и просторечия стало наиболее интенсивно проявляться в текстах современной отечественной беллетристики, которая приобретает достаточно высокий рейтинг, все это ведет к росту использования ненормативной лексики и инициирует социальную деградацию личности, так как нарушаются все нравственные и этические нормы.

Отмена цензуры привела к тому, что поток сниженной жаргонной и нецензурной лексики вышел за пределы устной бытовой речи и буквально заполнил все жанры: газетные статьи и телепередачи, публицистические выступления, политические дебаты.

Интенсивная модификация языка провоцирует негативные процессы в повседневной речевой коммуникации. Стремление раскрепоститься привело к тому, что современная речь приобрела агрессивный характер. По мнению лингвистов, это обусловлено неблагополучным социально-культурным положением, ростом асоциальности, общим снижением уровня речевой культуры, вульгаризацией речи, пропагандой насилия в СМИ.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ РЕЧЕВОЙ КОММУНИКАЦИИ

Д.Н. Гаджиев (I курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс. О.А. Уразгалиева

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра русского языка (зав. каф. к.ф., доц. А.Х. Сатретдинова)

Как и другие языки, русский язык имеет свою разговорную речь. Но так как русский язык – это язык, на котором говорили, думали и писали такие великие деятели мирового масштаба, как Пушкин, Толстой, Лермонтов, Гоголь, так и русская разговорная речь отличается своей красотой и красочностью, она вобрала в себя все лучшее из всех языков мира. Ни в каком другом языке нет таких возможностей, как в русском

языке. Русский язык – это мощнейшее орудие не только для русских по национальности, но и для русских по духу. Недаром Тургенев отметил: «Нельзя верить, чтобы такой язык не был дан великому народу». Всей сложности русского языка мы не замечаем, так как мы говорим на русском с рождения, а вот для иностранцев русский язык дается нелегко.

Несмотря на это в русском языке имеется множество проблем, в том числе и в русской разговорной речи. На мой взгляд, основной проблемой современной русской разговорной речи является наплыв иностранных слов, словно бурный мутный поток, он вливается в чистый океан русского языка. На первый взгляд, может показаться, что этот «поток» не сможет загрязнить целый океан, но, к сожалению, на сегодняшний день этот «поток» становится все больше и больше, а наш «океан» великого русского языка становится все меньше и мутнее. Отчасти в этом виноваты и мы сами, так как вместо слова «Привет» употребляем английское слово «Hello», вместо «Хорошо» - «Okay».

Также большой проблемой является ненормативная лексика. Она не красит русскую разговорную речь. Но в истории есть пример, когда ненормативная лексика наоборот помогла.

После Второй Мировой Войны американские ученые провели исследование. Объектом исследования являлась быстрота передачи приказа командиром своему личному составу. Во время быстрых столкновений с противником исход зачастую зависел именно от быстроты передачи информации. Они исследовали систему управления войсками своих войск и войск японцев, против которых они воевали, и получили следующую информацию: длина среднего приказа у японцев составила около 11 слов, а у американцев 7 слов.

Также исследовали систему управления войсками и у СССР. Средняя длина переданного приказа составила около 6 слов, но при экстренных ситуациях советские командиры переходили на ненормативную лексику и длина приказа сокращалась до 3 слов. Пожалуй, это единственный пример, когда можно было использовать ненормативную лексику. В остальных случаях использование ненормативной лексики недопустимо.

Велик и могуч русский язык и, кажется, что такой огромный язык невозможно засорить полностью, но, к сожалению, если уже сегодня не начать бороться с проблемами, то наши потомки не застанут тот великий и могучий русский язык, который застали мы с вами.

КОММУНИКАТИВНАЯ РОЛЬ УСТНО-РАЗГОВОРНЫХ ФОРМ РЕЧИ

И.П. Калужный (I курс, факультет клинической психологии)

Научный руководитель – к.ф.н., доц. А.Х.Сатретдинова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра русского языка(зав. каф. к.ф.н.- доц. А.Х. Сатретдинова)

В последние два десятилетия значительно возросла коммуникативная роль устно-разговорных форм речи. Разговорная, просторечная, жаргонная лексика - обычное явление не только во всех видах бытового общения, но и в публичных сферах, в средствах массовой информации. Это движение «разговорности» в указанные сферы началось, по-видимому, со времени, когда политики перестали говорить по бумажке, когда в электронных средствах массовой информации (на радио и телевидении) стали популярными разного рода устные и при этом не подготовленные заранее интервью, ток-шоу и другие формы свободного общения.

Лингвисты пишут о невиданной прежде и нехарактерной для русского языка коллоквиализации публичных сфер общения (то есть насыщении их разговорными элементами). В связи с этими явлениями весьма актуальной становится изучение современной русской разговорной речи.

Молодежь, как известно, представляет собой большую социальную мобильную группу, которая играет важную роль в жизни общества. Именно представители молодого поколения отличаются стремлением ко всему новому, способностью моментально реагировать на все происходящее вокруг, уверенностью и «безоглядностью», что делает их поступки и действия решительными, смелыми, бескомпромиссными.

Подобные тенденции, как правило, находят свое непосредственное воплощение прежде всего в языке. Именно в речи молодежи, как в зеркале, находят свое максимальное отражение все социальные преобразования и изменения, которые происходят в обществе на определенном этапе его исторического развития.

По данным последних исследований, в студенческой среде степень жаргонизации речи превышает 50% для юношей и 33% для девушек (т.е. *зашибись, улет, отпад, супер, стремно* и подобные словечки наполовину вытесняют литературные выражения). Такие цифры могут вызвать удивление и уныние у блюстителей чистоты русского языка, так

как речь идет о студентах, наиболее культурной части молодежи.

Так называемый общий жаргон – заниженный стиль речи, размывающий и нормы языка, и нормы речевого этикета, – становится привычным не только в повседневном общении, но и звучит в теле- и радиоэфире.

С одной стороны, речь огрубляется, к сожалению, в ней все чаще проявляется агрессивность, негативная экспрессивность. Слова, которые раньше были ограничены в употреблении или были запретными, сейчас вошли в речевой обиход.

С другой стороны, активизировался процесс эвфемизации речи. Эвфемизмы – это слова и словосочетания, употребляющиеся вместо слов грубых или неуместных в данной ситуации. Эвфемизмы используются также для замены слов, которые могут вызвать у адресата ощущение социальной ущербности. Например, лётчики, парашютисты, артисты цирка избегают употреблять слово «последний». Оно заменяется на «крайний» (или «ещё раз», непосредственно в цирке принято говорить «заключительный» или «на бис») — например, «крайний полёт».

Каждый из функциональных стилей выработал свои собственные нормы, с которыми следует считаться. Это не значит, что современная разговорная речь всегда вступает в противоречие с литературными языковыми правилами. Отступления от нормы могут колебаться в зависимости от внутрисклового расслоения разговорного стиля. В нем есть разновидности сниженной, грубой речи, просторечие, впитавшее влияние местных говоров, и т. д. Но современная разговорная речь интеллигентных, образованных людей вполне литературна, и в то же время она резко отличается от книжной, связанной строгими нормами других функциональных стилей.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТЕ

Ю.В. Комарова (I курс, факультет клинической психологии)

Научный руководитель – к.ф.н., доц. А.Х.Сатретдинова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра русского языка(зав. каф. к.ф.н. - доц. А.Х. Сатретдинова)

Изучение вопросов, связанных с различными аспектами полоролевых стереотипов, имеет как теоретическое, так и практическое значение. Достаточно назвать лишь две сферы – семейные отношения и воспитание детей разного пола. Неслучайно вопросы полоролевых стереотипов обсуждались еще древними философами.

В современных исследованиях различия между мужчинами и

женщинами в способностях, поведении, профессиональной деятельности и семейной жизни рассматриваются как комплексная психофизиологическая проблема, включающая в себя биологические, психологические и социальные аспекты. Е.П. Кораблина считает, что «понимание жизни человеческого общества невозможно без дифференциации половых ролей и стереотипов мужественности и женственности, отражающих различия в предназначении и психике мужчин и женщин» [1998, с. 174].

В статье рассматриваются особенности поведения мужчин и женщин в конфликтах, стратегии преодоления трудных жизненных ситуаций и способы психологической защиты представителями различных полов.

Известно, что мужчины и женщины по-разному ведут себя в конфликтных ситуациях и иначе преодолевают стресс. В сознании общества есть некоторые стереотипные модели поведения в конфликте мужчин и женщин. Большинство концепций гендерных личностных конфликтов (ролевой конфликт работающей женщины, конфликт боязни успеха и др.) сформировалось на основе хорошо известных психологических и социологических ориентаций.

Что касается переживания и выражения эмоций, то по данным исследований мужчины и женщины обладают равной эмоциональностью, но выражают свои эмоции с разной степенью интенсивности. Женщины хуже справляются с эмоциональными проблемами и возникающими трудностями, сильнее переживают семейные и личные конфликты. Из сравнения результатов, полученных при оценке выражения мужских и женских лиц, следует, что по мимике большинство эмоций (страх, отвращение, радость, гнев, удивление) более точно распознается у женщин.

И.В. Грошев выявил, что мужчины и женщины по-разному разрешают конфликтные ситуации, возникающие в семейном и домашнем кругу [1996, с. 13-15]. Женщины проявляют больше терпимости и стремление к компромиссному примирению интересов. Мужчины в этой ситуации чаще прибегают к «крепким» выражениям и ругательствам, а женщины скорее готовы заплакать.

М. А. Круглова, изучая стратегии поведения при психологической защите, выявила, что у женщин разрыв между тремя видами стратегии (избегание, агрессия и миролюбие) минимален [1999, с. 44-45]. Женщинам в конфликтной ситуации ближе стратегия компромисса и примирения. Мужчины же выбирают стратегию ухода, избегания, так как не могут проявить достаточную гибкость при разрешении противоречий. Миролюбие у них выражено значительно меньше, чем у

женщин.

В процессе конфликта женщины чаще вспоминают прошлые обиды, «старые грехи» и ошибки, допущенные в прошлом. Мужчины же в конфликтной ситуации нечасто вспоминают былые промахи, а больше придерживаются проблемы, из-за которой произошел конфликт. Доказано, что женщины, испытывая подавленность, стремятся думать о возможных причинах своего состояния. Эта реакция «тщательно обдумать» приводит к навязчивой концентрации на проблеме и увеличивает уязвимость женщины по отношению к стресс-фактору. Мужчины, напротив, стремятся уйти от депрессивных эмоций, снять возникшее негативное напряжение, переключаясь на физическую активность.

Таким образом, мужчины и женщины унаследовали определенные эмоциональные реакции и шаблоны поведения, которые позволяют им решать задачи, связанные с выживанием и продлением рода. Различия в поведении мужчин и женщин объясняются гендерными ролями, диктуемыми обществом. В контексте рассматриваемой проблемы следует говорить о гендерной компетентности в конфликте как одном из путей и способов, направленных на предупреждение конфликтов.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РЕЧЕВОЙ КУЛЬТУРЫ

Д.О. Рябых (I курс, стоматологический факультет)

Научный руководитель – к.ф.н., доц. А.Х.Сатретдинова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра русского языка(зав. каф. к.ф.н.- доц. А.Х. Сатретдинова)

Речь является отражением состояния общей культуры общества, его приоритетов на данном временном этапе. Каждая историческая эпоха вносит свое содержание в представление о речевой культуре и языковой норме. Новые условия функционирования языка, появление большого количества неподготовленных публичных выступлений приводят к снижению культуры речи. В связи с этим проблема речевой культуры остается весьма актуальной и значимой во все времена.

Статья посвящена тенденциям развития современной речевой культуры. Считаю важным рассмотреть особенности, характеризующие функционирование современной литературной речи.

По мнению В. Г. Костомарова, «проблема культуры речи, в ее широком аспекте, – это проблема литературного языка. Для современного русского языка это проблемы взаимодействия письменной и устной форм речи, формирования различных жанров и видов массовой информации, научной и деловой речи, взаимодействия стилей» [Костомаров, с. 33].

За прошедшие десятилетия облик русского литературного языка изменился. Перемены произошли в таких его разновидностях, как язык художественной литературы, политики, публицистики, средств массовой информации. Наблюдается видоизменение речевых норм, проявляющееся в смешении функциональных стилей.

Новая лексика, иноязычные слова хлынули на страницы газет, в теле- и радиоэфир. Обновление языка состоит не только в появлении новых слов, но и в развитии новых значений слов. Как отмечают многие ученые, занимающиеся исследованием данной проблемы, ряд новых слов, пополнивших современную лексику, сопровождается освоением нового опыта, новых явлений и понятий.

В наши дни высок уровень агрессивности в речевом поведении людей, звучащая речь характеризуется жесткостью в оценке поведения собеседников, негативной экспрессивностью при обсуждении того, с чем не согласен говорящий. В телевизионной речи это проявляется в увеличении лексики со сниженной эмоционально-экспрессивной окраской, просторечных форм, вульгаризмов, жаргонизмов, несоблюдении тележурналистами культурно-речевых и этических норм, различными отклонениями от орфоэпических норм. Например, нередко стали словосочетания *очень драйвовые, очень позитивные треки; можно сбросить телефончик знакомого друга; главное кто отмечает сёдня* свое день рождение; *так чё у нас дальше*; *прям щас отличная заявка* (из речи ведущих радиоэфира).

Происходит и изменение в фонетике, наблюдается выпадение в речи и изменение звучания фонем. Например: «...Сё действительно почитано, *мы будем поздравлять с днем рождения тех, на чё имя придут смс-ки...*» (из речи ведущих радиоэфира).

Повышение культуры устной и письменной речи, забота о правильности и чистоте речи должна быть обязательной для всех людей. Важно всегда говорить правильно, ясно и понятно, уметь четко формулировать мысли, образно и эмоционально выражать свое отношение к предмету речи.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО ЭТИКЕТА

А.С. Яценко (I курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – к.ф.н., доц. А.Х. Сатретдинова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра русского языка(зав. каф. к.ф.н. доц. А.Х. Сатретдинова)

Одним из условий, определяющих речевой этикет, является

национальная специфика. Речевой этикет представляет собой не только систему выражений – устойчивых этикетных формул, но специфику привычек и обычаев народа.

Правила речевого этикета зависят от национального менталитета. У каждого народа могут быть свои представления о нормах поведения в быту и в профессиональной деятельности и своя система правил речевого поведения. Речевое поведение человека в той или иной роли определено культурными традициями общества. Например, в разных культурах модели речевого поведения гостя и хозяина могут существенно различаться. Национальные культурные традиции определяют разрешенные и запрещенные темы разговора, а также его темп, громкость, остроту. Например, в Таиланде не принято говорить о жаре, а Японии – о религии и политике.

Исследователи русского речевого этикета, вытекающего из особенностей менталитета, отмечают, что «русские говорят и думают быстрее, чем европейцы». Разговорчивость и многословность русских также является для сдержанных западноевропейцев, особенно северных, неожиданной.

Различны у представителей разных народов и формы приветствия. Древние греки приветствовали друг друга словом «*Раdуйся!*», современные – «*Будь здоров!*». Арабы говорят: «*Мир вам!*» или «*Мир с тобой!*». В речевом этикете некоторых народов Кавказа (осетин, адыгеев, абхазов) существует несколько десятков формул приветствий. Они учитывают пол, возраст адресата, вид занятий на момент приветствия и т.д.

Значительную роль в процессе общения играют невербальные (неязыковые) средства общения. У современного человека за счет этих средств передается до 55% информации. Увидев знакомого, не обязательно говорить «*Здравствуйте!*» – достаточно протянуть руку или кивнуть головой. Жесты, позы, мимика, взгляды, выражение лица (их называют еще соматизмами) составляют такой же национальный феномен, как и вербальные языки.

Нормы жестикуляции, принятые у разных народов, могут существенно различаться. Особенно часто ошибки в понимании происходят в тех случаях, когда одному и тому же жесту в разных культурах придается разное значение. Например, поднятый вверх большой палец сжатой в кулак руки у русских является знаком одобрения, восхищения. Этим же жестом в Америке, Австралии, Англии и в некоторых других странах Западной Европы останавливают попутную машину или такси, т.е. его используют при «голосовании» на дороге. Однако если большой палец выбрасывается вверх более резко, то такой

жест приобретает значение нецензурного ругательства; в некоторых других странах, например, в Греции данный жест означает «заткнись».

Важным элементом речевого этикета является приветствие, так как с него начинается любой вид речевого общения. В западноевропейской культуре, как и в русской, вербальные формы приветствия могут быть дополнены небольшим поклоном или рукопожатием, хотя они и не всегда обязательны. Европейец в знак приветствия при встрече пожимает руку, американец еще и похлопает по плечу. Представитель Востока низко склонится в поклоне. Свое миролюбие арабы выражают скрещиванием рук на груди, туркмены – засовыванием рук в длинные рукава, китайцы – особым поклоном, с вытянутыми вдоль боков руками.

Таким образом, в каждой стране есть выражения приветствия и прощания, извинения и благодарности, иначе говоря, речевой этикет – явление универсальное, но в то же время каждый народ сложил свою национально специфическую систему правил речевого поведения. Выполнение всех требований речевого этикета делает общение приятным, позволяет решать сложные жизненные и деловые проблемы, избавляет от многих недоразумений и конфликтов.

ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНЫ

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ

Т.А.Яшнова (I курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.ф.н., С.И.Маджаева

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра латинского и иностранных языков

(Зав. каф. – д.ф.н. С.А.Маджаева)

В настоящее время появилось достаточно большое количество работ в которых анализируются в различных аспектах медицинские термины. Обратившись к энциклопедическому словарю медицинских терминов Чернявского, мы обнаружили, что многие функционирующие в наши дни медицинские термины, несмотря на свою актуальность и «современность», имеют длительную историю.

Конечная цель работы – моделирование номинативного поля медицинских терминов как существенного сегмента языковой картины мира.

Намеченные в ходе работы в целом задачи заключаются в том, чтобы:

1) Наиболее максимально выявить корпус языковых единиц, репрезентирующих тему «Медицина» в истории русского языка;

2) Установить экстралингвистические факторы, повлиявшие на изменение состава языковых единиц, объективирующих данную тему в разные периоды истории русского языка;

Для решения поставленных задач использовались следующие методы исследования:

- 1) Дистрибутивный метод.
- 2) Метод компонентного анализа.
- 3) Контекстологический метод
- 4) Синхронно-диахронический метод.

Тема, выбранная нами для исследования, является актуальной. Процессы, происходящие в медицинской жизни России в последние десятилетия, обусловили и некоторые языковые преобразования.

Медицинская терминология достигла наибольшей степени интернационализации по сравнению с терминологией других отраслей. Это объясняется тем всеохватывающим устойчивым влиянием, которое оказывали на медицинскую и биологическую терминологию в течение многих столетий и продолжают оказывать по сей день два классических языка античного мира — древнегреческий и латинский.

МИФОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ В МЕДИЦИНЕ

С.С. Кострыкина (преподаватель)

Научный руководитель - д.ф.н., проф. Т.С. Кириллова
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра иностранных языков
(зав. каф. – д.ф.н., проф. Т.С. Кириллова)

В XIX веке знаменитый анатом И.Гиртль*, автор книги «Ономатология анатомика» иронизировал по поводу того, что мифология ссудила анатомии имена своих богов и богинь: *cornu Ammonis*, *mons Veneris*, *os Priapi*.

Мифологические термины, или мифологизмы пришли в медицину не столько из самой античности, сколько из эпохи Возрождения с её культом античности. Высоко ценилась античная медицина. В первом круге ада для добродетельных нехристиан Данте поместил среди прочих Гиппократ с Галеном. Глава итальянской анатомической школы XVI века Андрей Везалий (1514-1564) переводил Галена с древнегреческого и

написал свой фундаментальный труд «О строении человеческого тела» на языке Цицерона и Цельса, то есть на латинском. Происходит вторая в истории после Цельса латинизация медицинского словаря. В эпоху Возрождения Цельсу приписывалась эпиграмма, начинавшаяся такими строками:

Наше веление Музам- всегда говорить по-латыни, Коль Аполлона- Врача станут они излагать.

Однако, несмотря на языковой пуризм убеждённого латиниста Везалия, персонажи древнегреческой мифологии в медицине остались.

Окидывая взглядом медицинскую терминологию на протяжении двух с половиной тысячелетий (разумеется, основываясь на лексикографических источниках), можно составить целый список греко-римских богов, демонов, героев и других фантастических существ, оставивших свой след в медицинском словаре. Адонис, Арахна, Атропа, Афродита (Киприда), Бахус, Венера, Геба, Гелиос, Гигиия, Гименей, Дионис (Вакх), Марс, Меркурий, Мофей, Нарцисс, Нимфа, Панацея, Пигмалион, Приап, Психея, Сатир, Танатос, Уран, Флора, Эрот, Эскулап и другие. В слове «летаргия» зашифрована мифическая река в царстве мёртвых, глоток воды из неё заставлял души умерших забыть земную жизнь (сравните: «кануть в Лету»). «Лабиринтотомия» - при внимательном историческом анализе этого слова приходит на память сооружение критского царя Миноса и миф о Тезее и Ариадне.

Статус мифологических терминов в современной науке представляет большой лингвистический интерес. Авторы словарей спорят о том, надо ли включать в лексикографические издания имена из мифологии, которые порождены лишь фантазией и не являются отражением реальных объектов.

АФОРИЗМЫ ГИППОКРАТА

М. А. Горбачева (III курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель - д.ф.н., проф. Т.С. Кириллова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра иностранных языков

(зав. каф. – д.ф.н., проф. Т.С. Кириллова)

Большинство исследователей считают, что самые выдающиеся работы «Гиппократова сборника» принадлежат самому Гиппократу. Назовём некоторые из них:

1. «Афоризмы» (от греч. «aphorismos»- законченная мысль). В них собраны наставления по лечению болезней. Они состоят из 8 разделов, в

которых собраны диетические и врачебные наставления по лечению внутренних болезней, хирургии и родовспоможению. Это, пожалуй, единственное произведение «Гиппократова сборника», которое большинство исследователей (Диокл из Каристы, Э. Литтре, Ч. Дарамбер) признают как подлинное сочинение Гиппократ. В «Афоризмах» указаны проявления плеврита, кишечных кровотечений, непроходимости кишечника, столбняка, поражений почек и т.д. В «Афоризмах» Гиппократ приводит классификацию заболеваний по возрастам: в молодом, среднем возрасте и в старости. Афоризмы (буквально «отдельные мысли или положения») пользовались во все времена наибольшей известностью. «Афоризмы» представляют собой компендиум гиппократовой медицины, как характеризовал их Гален. Это собрание прогностических, диетических и терапевтических правил, относящихся к различным болезням - не только к внутренним. Их комментировали большинство древних комментаторов, включая Галена; издавали и комментировали в новое время бесчисленное число раз с конца XV до середины XIX века. «Афоризмы» Гиппократ неоспоримы и актуальны до настоящего времени: «Завтрак съешь сам, обед раздели с другом, а ужин отдай врагу». По-видимому, врагов у каждого из нас или совсем нет, или очень мало, поэтому ужин мы обычно съедаем сами, не смотря на теорию Гиппократ, заметившего неблагоприятное воздействие пищи принятой на ночь. «У стариков меньше болезней, чем у молодых, но эти болезни уже на всю жизнь». «Брак – это лихорадка, которая начинается жаром, а кончается холодом». «Жизнь коротка, искусство вечно, случайные обстоятельства скоропреходящи, опыт обманчив, суждения трудны». «Что не излечивают лекарства, то излечивает железо; что не излечивает железо, то излечивает огонь; что не излечивает огонь, то излечивает смерть». С.В. Вольский писал: «Если бы Гиппократ во всю жизнь не написал бы ничего более, как один этот афоризм, - и тогда врачи должны были бы признать его великим».

ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ АФФИКСОВ

В.В. Болдырева (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель - д.ф.н., проф. Т.С. Кириллова

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра иностранных языков

(зав. каф. – д.ф.н., проф. Т.С. Кириллова)

В составе структурного способа терминообразования можно выделить три основных структурных типа: аффиксация, словосложение и конверсия. Термины, полученные в результате структурных способов

словообразования, позволяют получить термин, который, во-первых, отличается по своей структуре от исходного (что способствует изоморфизму системы), во-вторых, его значение отражает связи между соотносимыми понятиями наук. Наличие структурных способов словообразования способствует языковой организации особого вида информации, «информации о том, каким образом может пополняться при необходимости словарь языка, если при этом не ограничиваться переосмыслением уже существующих слов без образования новых».

К аффиксальным относятся термины, образованные способом префиксации (hyper+lipidemia, baro+receptor, intra+thoracic, hypo+thalamus), суффиксации (amyloid+osis, abdomen+ai, cervic+al, calia+ry) или парасинтеза, т.е. префиксально-суффиксальным способом одновременно (intra+artery+al, post+gangli+onic).

Общеизвестно, что античное терминологическое наследие стало основой международного терминологического фонда, а греко-латинские словообразовательные элементы получили статус международных терминоэлементов.

Термины, искусственно создаваемые в европейских языках, на основе ставшего международным греко-латинского фонда, получили название неоклассицизм, а в дальнейшем интернационализмов.

Базирование национальных терминологий на двух источниках одновременно предопределило их формально-смысловую гетерогенность.

Национальная терминология всегда осложнена тем, что вокруг исконного термина есть ореол ассоциаций, связей, лексической сочетаемости.

Национальные термины нарушают строгость греко-латинской системы, делают ее открытой для вхождения новых терминов» отражающих современный уровень развития науки и практики.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

М.Д Семёнова (Vкурс лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. М.Н.Добренский
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой
терапии (заведующий кафедрой д.м.н., профессор В.В. Кутуков.)*

Таргетная терапия или «терапия цели» - последняя технология лечения раковых опухолей, основанная на принципах целевого воздействия на фундаментальные молекулярные механизмы, лежащие в основе того или иного заболевания. Спектр потенциальных «мишеней» и разработанных к ним таргетных препаратов достаточно разнообразен. К таким «мишеням» можно отнести геномную нестабильность, рецепторы тканеспецифических гормонов, ангиогенез и др.

Таргетные препараты могут использоваться как самостоятельно, так и в комбинации с традиционными методами лечения опухолей, причем в последнем случае это позволяет существенно снизить дозу химиопрепаратов или лучевую нагрузку. Таргетная терапия используется как с профилактическими целями для предупреждения развития рецидивов, так и в ходе лечения пациентов с распространенными, метастатическими формами болезни.

Таргетная терапия в большинстве случаев переносится существенно лучше, чем препараты химиотерапии и гормонотерапии. Типичные для химиотерапии побочные эффекты возникают только у 4% больных.

Наиболее успешными примерами использования таргетных препаратов в борьбе со злокачественными новообразованиями являются герцептин, применяемый для лечения рака молочной железы; авастин, позволяющий существенно повысить эффективность химиотерапии злокачественных опухолей легкого, почек, толстой кишки; ритуксимаб, используемый в лечении неходжкинских лимфом.

Таким образом, таргетные препараты являются новым перспективным направлением в лечении онкологических больных. Они не только продлевают жизнь, но и позволяют пациентам вести обычный образ жизни, работать, строить планы на будущее.

ОСОБЕННОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ У ДЕТЕЙ

Р.Т. Турачева (V курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – д.м.н. проф. М.Н.Добренский
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой
терапии(зав.каф. – д.м.н., проф. В.В.Кутуков)*

Среди методов комплексной терапии ЗНО у детей важнейшее место занимает специфическая лекарственная терапия. Лекарственное лечение ЗНО у детей является очень перспективным направлением комплексной терапии, в связи с высокой чувствительностью большинства

новообразований у детей к противоопухолевым препаратам. Разнообразие злокачественных опухолей практически исключает возможность создания препарата, одинаково эффективного для всех НО. Вследствие этого проводится широкий поиск препаратов различного механизма действия.

Все препараты, используемые в химиотерапии, подразделяются на гормональные и собственно химиотерапевтические синтетического и природного происхождения. Терапевтический эффект большинства химиопрепаратов связан со способностью препаратов непосредственно взаимодействовать с нуклеиновыми кислотами, нарушая тем самым их способность нормально функционировать.

Выбор препарата обычно основывается на знании его эффективности при том или другом морфологическом виде опухоли.

При проведении химиотерапии часто наблюдаются различные проявления токсичности препаратов. Большинство противоопухолевых препаратов не проникают через гематоэнцефалический барьер, что может привести к развитию нейтролейкоза. С целью профилактики применяют эндолумбальное введение метотрексата и лучевую терапию.

Отмечены токсические воздействия многих препаратов на определенные органы и ткани. К примеру, винкоалкалоиды воздействуют на нервную ткань, антрациклины – сердечную мышцу. При выраженности побочных проявлений, химиотерапию прерывают.

Таким образом, при планировании химиотерапии необходимо помнить о существующей тесной связи между организмом, опухолью и лекарством, в связи с этим показано предварительное полное обследование. При наличии серьезных физиологических нарушений из-за местного распространения новообразований и опухолевой интоксикации, а также сопутствующих заболеваний до начала химиотерапии необходимо провести дезинтоксикационную и другую направленную симптоматическую терапию.

КРИОТЕРАПИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Курбанов Р.Г. (Vкурс лечебный факультет)

Кузьмичев Б.Ю. (Vкурс лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. М.Н.Добренский
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой
терапии (заведующий кафедрой д.м.н., проф. Кутуков В.В.)*

Криотерапия – это лечение холодом. Крио - греч. kryosхолод, мороз.

Возможность воспользоваться холодом как лекарством против опухолевых образований на коже представляет локальная криотерапия. Одним из преимуществ в данном случае является поверхностное расположение опухолей, что облегчает технику замораживающих аппликаций.

Основным воздействующим фактором является не столько низкая температура, сколько скорость ее понижения. Чем выше скорость – тем успешней криотерапевтическая процедура. Для злокачественных опухолей применяется исключительно жидкий азот, воздействующая температура – 196 градусов.

Показания для кожной криотерапии

Злокачественные и предзлокачественные

- Солнечный кератоз (aktinischeKeratose)
- Карцинома Боуэна (MorbusBowen)
- Эритроплазия гениталий (ErythroplasiadeQueyrat)
- Базалиома (Basalzellkarzinom)
- Плоскоклеточный рак, или спиноцеллюлярная карцинома (Spindelzellkarzinom)

Противопоказания для кожной криотерапии

Осторожность должна быть проявлена к некоторым видам опухолей или к их большим размерам. Важна также глубина прорастания опухоли. Если глубина превышает 2 мм, то криотерапия бесполезна. Определенные виды базалиомы (склеротизирующая или так называемая ореольная) не поддаются полному устранению методом криотерапии, они принимают «замаскированный» вид оставаясь, однако, весьма опасными, поскольку и в таком виде образуют метастазы.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.Н-О. Асланов (V курс лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., проф. М.Н. Добренский

Астраханский государственный медицинский университет

*Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой
терапии (заведующий кафедрой д.м.н., проф. В.В. Кутуков.)*

Рак мочевого пузыря составляет 3-4% всех злокачественных новообразований, при этом по частоте он уступает опухолям желудка, пищевода, легких и гортани (по данным ВОЗ). Мочевой пузырь является наиболее часто поражаемым органом мочеполовой системы у мужчин.

Наметившаяся в последние годы тенденция ортотопического замещения мочевого пузыря после цистэктомии трансплантатами из

желудочно-кишечного тракта приводит к существенному улучшению качества жизни больных, избавляет их от необходимости ношения уроприёмника и восстанавливает естественное мочеиспускание

Реконструктивные операции при раке мочевого пузыря остаются одной из сложных задач онкоурологии. Данный вид хирургического лечения позволяет снизить частоту рецидивов до (10-20%) по сравнению с (50-70%) лучевой, химиотерапией или их сочетанием.

Реконструктивные операции не должны рассматриваться как “последняя надежда” после безуспешных попыток контролировать опухоль с помощью органосохраняющих операций, а выполняться по четко установленным показаниям в ранних стадиях рака мочевого пузыря.

Наиболее распространенные операции при раке мочевого пузыря это илеум-конduit (уростомы) которую выполняют урологи, создание мочевого резервуара с выведением его на брюшную стенку, создание искусственного мочевого пузыря из тонкой кишки и современная операция. Нами проведен анализ различных вариантов реконструктивных операций, показаны недостатки и преимущества различных их типов.

Таким образом реконструктивные операции при хирургическом лечении рака мочевого пузыря является основным, радикальным способом лечения, а выбор оптимального объема операции основывается на информации о локализации и распространенности опухолевого процесса, морфологическом строении опухоли и соматическом состоянии больного.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ И МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ

М.В. Ткачев (аспирант кафедры онкологии),

Д.С. Швец (аспирант кафедры онкологии),

А.М. Козлов – (аспирант кафедры онкологии)

Научные руководители - д.м.н., профессор С.В. Козлов;
д.м.н. О.И. Каганов.

*Самарский государственный медицинский университет»
Кафедра онкологии(зав. каф. - д.м.н., проф. С.В. Козлов)*

Актуальность. На сегодняшний день актуальным считается математическое моделирование в медицине.

Цель работы. Внедрение в клиническую практику метода прогнозирования на дооперационном этапе риска развития прогрессии заболевания после выполнения радиочастотной термоабляции (РЧА) метастазов колоректального рака (КРР) в печени.

Материалы и методы. Проведено исследование результатов комбинированного лечения с применением чрескожной РЧА у 93 больных с единичными и множественными билобарными метастазами КРР в печени, выявленными в различные сроки диспансерного наблюдения после удаления первичной опухоли. Изучалось влияние различных предикторов на риск развития рецидива и появления новых метастазов после проведения РЧА.

Результаты исследования. На основании проведенного исследования была создана математическая модель $P=1/1+2,71^{-z}$, где p - вероятность того, что произойдет интересное событие; 2,71 – основание натуральных логарифмов; z –формула множественной линейной регрессии: $Z= 4,68*X1+0,02*X2+0,03*X3-4,68*X4-12,03$, В настоящем исследовании математическую модель строили в модуле логистической регрессии по алгоритму Вальда, с пошаговым исключением в программе SPSS. При использовании этого метода первоначально брались в расчет все 11 предикторов, после чего они ранжировались и пошагово исключались в соответствии с их вкладом в модель. В результате была получена модель, включающая в себя 4 наиболее значимых предиктора (X1-X4): X1-число выявленных метастазов; X2-значение СЕА до операции в нг/мл; X3- значение СА19-9 до операции в Ед/мл; X4 - число метастазов размером от 2 до 3 см. Была просчитана чувствительность 95,5%, специфичность 100% и точность 96,8% данной математической модели.

Выводы. Применение математической модели позволяет выбрать наиболее эффективный алгоритм обследования больных после выполнения малоинвазивного лечения, что позволяет своевременно выявлять дальнейшую прогрессию заболевания.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ - ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА

М.В. Ткачев (аспирант кафедры онкологии),

Д.С. Швец (аспирант кафедры онкологии),

А.М. Козлов – (аспирант кафедры онкологии)

Научные руководители - д.м.н., профессор С.В. Козлов;
д.м.н. О.И. Каганов

*Самарский государственный медицинский университет»
Кафедра онкологии(зав. каф. - д.м.н., проф. С.В. Козлов)*

Актуальность. Гнойно-воспалительные осложнения являются основной группой послеоперационных осложнений у больных

колоректальным раком. Разработка эффективных мер профилактики послеоперационных осложнений является актуальной проблемой современной онкохирургии.

Цель исследования. Выявить значимые прогностические критерии развития гнойных послеоперационных осложнений (ГПО) у больных колоректальным раком (КРР).

Материалы и методы. В исследование были включены 278 больных КРР, которым были выполнены радикальные или циторедуктивные хирургические вмешательства. К первой группе были отнесены: пол, возраст, наличие тяжелой сопутствующей патологии, индекс массы тела, локализация опухоли, стадия основного заболевания, длительность догоспитального периода, характер ранее перенесенного специального лечения, наличие осложненного рака толстой кишки, наличие анемии, степень анестезиологического риска по ASA. Ко второй группе предикторов ГПО были отнесены: характер оперативного вмешательства, вариант восстановления кишечной непрерывности, стаж работы хирурга (< 5 лет, > 5 лет), длительность операции (<3 часов, >3 часов), объем кровопотери (<1 литра, >1 литра), интраоперационная контаминация брюшной полости.

Результаты. ГПО осложнения были диагностированы у 48 пациентов (17,2%). Частота ГПО при локализации опухоли в прямой кишке составила 22,2%, в правой половине ободочной кишки - 3%, в левой половине - 11,1%. ($p<0,05$). Частота ГПО у пациентов с 3-4 (34%) стадией КРР 24,2%, аналогичный показатель у пациентов с 1-2 стадией заболевания составил 13,6 % ($p<0,05$). В случае, когда интегральный прогностический критерий (ИПК) составлял 1-2 балла, частота развития ГПО составила не более 10 %. В тех случаях, когда ИПК составлял 4-5 баллов частота развития ГПО достигала 28-50%.

Выводы: Локализация опухоли в прямой кишке, стадия заболевания являются значимыми прогностическими критериями развития ГПО. Предлагаемый интегральный прогностический критерий может быть использован для определения риска развития гнойных послеоперационных осложнений у больных КРР.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Алекенова А.Ж (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н., профессор Добренский М.Н.

Астраханский государственный медицинский университет

*Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой
терапии (заведующий кафедрой д.м.н., проф. Кутуков В.В.)*

Выбор тактики хирургического лечения заболеваний молочных желез является актуальной проблемой, так как доброкачественные опухоли молочной железы одни из самых распространённых заболеваний у женщин: в популяции заболеваемость составляет 30–40%, а среди женщин, страдающих различными гинекологическими заболеваниями, — 58%. Частота мастопатии достигает максимума к 45 годам и снижается в пременопаузальном возрасте. Доброкачественными узловыми образованиями являются фиброаденома, кисты, внутрипротоковая папиллома, липома, узловатая мастопатия. Причиной считается нарушение гормонального фона: повышение уровня эстрогена, снижение уровня прогестерона, избыток пролактина. Частота выявления аденомы молочной железы не превышает 10-20%, внутрипротоковой папилломы - составляет 20%, простой фиброаденомы - составляет 8 % , листовидная фиброаденома — выявляется в 70% случаях. При достоверно установленном диагнозе доброкачественного образования молочной железы (кисты, фиброаденомы) у пациенток отсутствует необходимость лечения в многодневном стационаре (онкодиспансере), а операцией выбора может быть малая операция в хирургическом стационаре краткосрочного пребывания, которая исключает деформацию молочной железы и даёт положительный косметический эффект.

Удаление образования проводится 2 методами. В большинстве случаев используют энуклеацию (вылущивание опухоли из ее ложа), при этом соседние ткани не страдают, что не несёт значительного косметического дефекта после операции. Секторальная резекция молочной железы, т. е. удаляется узел опухоли и окружающие его ткани железы, является органосохраняющей операцией, косметический дефект зависит от индивидуальных особенностей организма, но является минимальным. Операция позволяет удалить патологически измененную ткань молочной железы, при этом сохранить здоровые ткани железы.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

З.О. Омарова (V курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – д.м.н. проф. М.Н. Добренский
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой
терапии (зав.каф. – д.м.н. проф. В.В. Кутуков)*

Большинство онкологов при лечении РМЖ на ранних стадиях придерживаются органосохраняющих операций. Органосохраняющие операции при раннем РМЖ могут быть различного объема – от лампэктомии до секторальной резекции.

Стоит отметить, что существенной разницы в 5-летней выживаемости и длительности безрецидивного периода при наличии у пациентов ЕИС после выполнения лампэктомии или секторальной резекции при условии проведения в послеоперационном периоде лучевой терапии нет.

Кроме того, наличие при лампэктомии ЕИС в ткани молочной железы за пределами опухоли не выявлено на 5-летнюю и общую выживаемость, а так же длительность безрецидивного периода пациентов, если в краях удаленного препарата не было выявлено опухолевых элементов. По результатам проведенных исследований В.В. Мартынюка, частота развития местных рецидивов опухоли у 261 больной РМЖ T1 – 2N0 – 1M0 категорий, составила 3,8%, то есть наблюдалась у больных. Все рецидивы развивались в зоне послеоперационного рубца в течении первых 3 лет.

При этом отмечено, что развитие рецидивов опухоли коррелировало с состоянием регионарных лимфатических узлов, а также, как правило, проявлялось у тех пациенток, которые ранее не проводилось исследование краев удаленного препарата. Оценка органосохраняющего лечения у больных РМЖ, которым были исследованы края препарата, показала что развития местного рецидива опухоли за 3-летний период наблюдения отмечено не было.

ФИЛОСОФСКИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ

ПРОБЛЕМА СМЕРТИ И БЕССМЕРТИЯ ЧЕЛОВЕКА В ФИЛОСОФСКО-МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКОМ КОНТЕКСТЕ

Абрамян Р.Г. (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ст. пр. Д.В.Захаров

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра философии, биоэтики, истории и социологии

(зав. каф.-к.ф.н. доц. Н.Н. Мизулин)

Философия – особая форма познания мира, которая вырабатывает знания об общих фундаментальных принципах реальности и познания, об отношении человека и мира, а также бытия человека. К таким фундаментальным принципам относится проблема смерти и бессмертия человека. Сократ вообще называл философию приготовлением к смерти.

В конце XX столетия проблема жизни, смерти и бессмертия человека проявила себя ещё и в новых био-медицинских аспектах: это проблемы клонирования человека (воспроизведение генетического "двойника" человека), проблема "эвтаназии" ("счастливой смерти") и многих других.

Смерть выступает одним из мощных, почти абсолютных ограничений для человека. Она пугает человека (и это естественно), кажется всемогущей, но, как и в вопросе о свободе, важно понять, что границы жизни придают ей настоящее содержательное наполнение. Только попытавшись понять смерть, можно подойти к тайне бессмертия. В свою очередь, под бессмертием понимается жизнь в физической или духовной форме, не прекращающаяся неопределённо (или сколь угодно) долгое время. Однако нельзя с уверенностью сказать, что неопределенная по времени продолжительность была бы совершенно лишена смысла: и в этом случае вопрос о безграничности выступает не в плане отсутствия каких-либо границ, а в плане существования возможностей для их преодоления и расширения.

С вопросом о смерти и бессмертии органично связан и вопрос о смысле человеческого существования: конечность (ограниченность) и придает человеческому существованию смысл, так как делает жизнь человека определенным и завершённым.

Если бы мы были бессмертны, то могли бы спокойно откладывать каждый свой поступок и свои дела на безграничное время. Поэтому именно смерть – неизбежный конец или граница наших возможностей определяет нашу сущность. Мы обязаны максимально использовать отведенное нам время, не потерять ни одной возможности наполнить жизнь смыслом и содержанием. Недаром в фундаментах смысла

человеческого существования лежит принцип необратимости, он накладывает на человека ответственность за свою судьбу, делает эту ответственность неповторимой.

ПРОБЛЕМА ПОЛА В ФИЛОСОФСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ

А. Р. Алмухамбедова (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель: ст. пр. Д. В. Захаров

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра философии, биоэтики, истории и социологии

(зав. каф. – к. ф. н., доц. Н. Н. Мизулин)

На протяжении веков в обществе сложилась определенная модель поведения людей, социальные роли. Пытаясь осмыслить феномен человека в науках о человеке были выдвинуты альтернативные концепции. Сторонники биологизаторской концепции абсолютизируют роль естественных начал в человеке, а социологизаторы видят его природу в социальных отношениях. Согласно первой концепции пол – абсолютный, дефинитивный, конечный показатель. Исследования по изучению различий проводятся на основе данной аксиомы. Так, Гешвинг полагает, что существует мозг женский и мозг мужской. Исследования такого рода показывают: доминирование есть мужская черта, закрепленная на уровне строения и функционирования мозга, поэтому мужчины новаторы, коммуникация же – черта женская. Биологизаторская концепция долгое время являлась господствующей, незаметно пронизывающей существующий общественный строй, влияя на отношения между мужчиной и женщиной, на их статус.

В противовес этому возникло новое движение. Социологизаторы из числа феминистов ввели понятие «гендер». Гендер – термин, продуцирующий различия. Гендерный статус связан с представлениями о своем поле. Распределение гендерных ролей зависит от самого общества. Так Мид наблюдала разную интерпретацию типично мужчин и типично женских свойств у некоторых племен. Институт труда в любом обществе играет ведущую роль: так гендерное разделение труда предполагает некую иерархию видов деятельности, которая, в конечном счете, сводится не к содержанию деятельности, а к тем, кто ее выполняет. В связи с чем, имеет смысл еще один термин, введенный феминистами "андроцентризм", суть которого заключается в том, что под нормой человека понимают мужчину. Рассматривая развитие общества в различных его аспектах даже на уровне гендерного анализа, иерархию «самых» занимает мужское начало, будь это биологический мужской пол, будь то социальный. Почему так происходит

неизвестно, но, по мнению ученых, существенное значение играет материнство как важнейшая часть жизни женщины, закрепленная эволюционно. Стоит взять во внимание и относительно недавнее появление женщин на общественно-политической арене.

ЗАКОНЫ И КАТЕГОРИИ ДИАЛЕКТИКИ В МЕДИЦИНЕ

Л.А. Бирюкова (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ст. пр Д.В. Захаров

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра философии, биоэтики, истории и социологии

(зав. каф. – к.ф.н., доц. Н.Н. Мизулин)

Развитие медицины предъявляет особые требования к философской культуре врача. Это обусловлено тем, что правильное мышление без применения основных принципов материалистической диалектики – объективности и всесторонности исследования, изучения явлений и процессов в развитии, становится практически невозможным.

Среди законов диалектики три считаются основными: 1. Закон единства и борьбы противоположностей. Одним из важнейших противоречий медицины является противоречие между знанием сущности болезни, знанием в общем виде большинства патологических процессов и отсутствием знаний конкретных механизмов возникновения болезни и ее лечения. 2. Закон перехода количественных изменений в качественные. На основе познания качественного своеобразия болезни проводится дифференциальный диагноз заболевания. 3. Закон отрицания отрицания. Согласно биогенетическому закону, каждый новый организм в процессе онтогенеза впитывает в себя те элементы старого, которые способствуют ему приспособиться к окружающим условиям.

Кроме того, существуют так называемые категории. Категории «сущность» и «явление». В повседневной деятельности врачу постоянно приходится совершать переход от доступных органам чувств явлений к скрытой от них сущности. Категории «форма» и «содержание». В медицине возникновение противоречий между структурой и функцией часто является началом патологии. Категории «необходимость» и «случайность». Применение в медицине статистических методов исследования способствует выявлению необходимой, закономерной основы изучаемых единичных явлений, кажущихся на первый взгляд совершенно случайными. Категории «причина» и «следствие». Причина находится в необходимой генетической связи с определенными

патологическими процессами и придает качественную специфику следствию - патологическому процессу. Категории «возможность» и «действительность». Болезнь человека содержит возможность выздоровления, а здоровый организм обладает возможностью заболевания. Категории «часть» и «целое», «местное» и «общее». В биологических системах имеется тесная взаимосвязь частей и в то же время относительная независимость целого от составляющих его частей и т.д.

Таким образом, без опоры на диалектическую парадигму медицины, создание её единой теоретической базы представляется маловероятным.

О ТЕХНИКАХ «ЧЕТВЕРТОГО ПУТИ» ГЕОРГИЯ ГУРДЖИЕВА

В.В. Болдырева (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель: ст.пр. Д. В. Захаров

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра философии, биоэтики, истории и социологии

(зав. – к.ф.н., доц. Н.Н. Мизулин)

Как учит нас популярная «Википедия», эзотерика – это учение о скрытой мистической сути объектов мира и человека; область изучения эзотерики – процессы, происходящие во Вселенной, синхронно отражающиеся в глубинах человеческой души. Считается, что на эзотерику XX-го столетия (а она именно в этот период достигла своего наибольшего расцвета) оказали огромное влияние философские идеи Е.П. Блаватской, основательницы Теософского общества. Также ярким представителем эзотерики был известный философ-мистик Георгий Иванович Гурджиев.

Как говорил другой философ и мистик П. Успенский, эзотерическая школа отвечает на вопрос как должно быть сделано то, что согласно религиям должно быть сделано. В отличие от других традиционных путей самопознания, учение Гурджиева не требует, чтобы человек удалялся от мира. «Четвертый путь» включает в себя широкую гамму техник, например знаменитую практику Движений Гурджиева (сакральные танцы). Фундаментом этой практики является «самовоспоминание», целью которого является осознанность, иными словами, освобождение от пут автоматизма. Гурджиев считал, что современный человек подобен роботу, он почти всю свою жизнь действует посредством неосознанных рефлексов, делающих его рабом эгоизма и страстей. Эти страсти приводят к страданиям и уведат человека от счастья

жизни. Путь к свободе лежит через постоянное умышленное разделение внимания, чтобы часть его была направлена обратно на самого себя. Считается, что постепенно это должно войти в привычку и среди множества метущихся человеческих «Я» возникнет «Я наблюдающее» или «Свидетель», постоянно находящийся в состоянии «здесь и сейчас», то есть, в своём истинном бытии.

Четвертый путь, или путь «хитрого человека», как его называл Георгий Иванович, – это один из способов достижения вышеупомянутого состояния «здесь и сейчас», к которому, на наш взгляд, стоит стремиться каждому человеку. Ведь каждый человек ищет смысл жизни, который, по сути, скрывается внутри него самого. И вот как раз методика Четвертого пути Гурджиева позволяет человеку найти себя, найти свое истинное «Я», для того чтобы быть счастливым.

МЫШЛЕНИЕ СЛЕПОГЛУХОНЕМЫХ ДЕТЕЙ: «ЗАГОРСКИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ»

З.Э. Дугужева (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ст. пр. Д.В. Захаров

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра философии, биоэтики, истории и социологии

(зав. каф. – к. ф. н., доц. Н.Н. Мизулин)

Слепоглухота является наиболее изученным видом сложного нарушения развития. Проблема социально-личностного и психического развития слепоглухого ребенка стоит очень остро. Нарушения зрения и слуха мешают ребенку познавать окружающую действительность, приобретать социальный опыт, получать навыки трудовой деятельности.

Основной задачей первоначальных этапов воспитания слепоглухонемых детей является развитие свободной ориентировки в окружающей среде, в том числе формирование понятий о важнейших предметах и явлениях, выработка навыков самообслуживания и действий с предметами. Важнейшей задачей обучения является формирование средств общения.

Актуальность психического развития данных детей определяется их трудностью, вследствие нарушения зрения и слуха, взаимодействия с окружающим миром, проблемой социальной адаптации, становления ребенка как личности, осознания своего места в обществе. Таким людям очень непросто адаптироваться к жизни, поэтому обществу (социальным службам, самим семьям) необходимо помогать им, обучать и создавать все необходимые условия для их развития.

Загорский эксперимент – так называли историю получения четырьмя молодыми слепоглухими людьми высшего образования на психологическом факультете МГУ им. Ломоносова в конце 60-х – 70-х гг. XX в. Эксперимент должен был показать, что и слепоглухие могут добиваться того же, что и обычные люди, что и перед слепоглухим человеком могут открыться полноценные жизненные перспективы. Мировоззренческие и идеологические интенции тут попросту от него неотделимы, представляют с ним единое целое в качестве объекта историко-философского анализа.

На примере слепоглухоты можно исследовать самую тайну рождения образного мышления, как она понимается в культурно-исторической парадигме: как предметно-практическая деятельность, развивающая человеческую природу.

ИСТОРИЯ И ЛОГИКА ЕВГЕНИКИ

Р.Я. Измайлова (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – старший преподаватель Д.В. Захаров

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра философии, биоэтики, истории и социологии

(зав.каф. - к.ф.н. доц. Н.Н. Мизулин)

На фоне экологических и демографических проблем, с которыми столкнулось человечество на пороге XXI в. и которые угрожают благополучию и существованию человеческого рода в ближайшем будущем, существующая проблема биологической эволюции человека, протекающей в течение многих поколений и сотен тысяч лет, остается актуальной, но возможность управления этой эволюцией не является насущной научной задачей. Утопичность евгенических взглядов и мероприятий подчеркивается современными знаниями о генетических процессах в популяциях, которые свидетельствуют об очень низких сдвигах частот аллелей в генофонде популяции при снятии пресса отбора. Идеология евгенизма обладает особой привлекательностью для людей науки, врачей и представителей средних классов.

Современная биология и медицина достигли высокого совершенства в области биотехнологии, молекулярной биологии, генетической и клеточной инженерии, интенсивно расшифровывается «геном человека», разработаны методы диагностики и генотерапии наследственных болезней. Но такие методы вмешательства в природу человека вызывают моральные, этические и юридические осложнения. Массовое использование искусственного осеменения женщин,

искусственное оплодотворение в пробирке, трансплантация зигот, идея генетического клонирования людей воспринимаются в обществе негативно. Все крупные религиозные конфессии мира осуждают вмешательство в природу человека.

Историческое значение евгеники заключается в том, что она побудила развитие генетики человека и медицинской генетики. За последние двадцать лет человек как биологический вид стал наиболее генетически изученным. Альтернативой евгенике могут служить медико-генетическое просвещение и особенно широкое развитие медико-генетических консультаций.

ПРОБЛЕМА БЕЗУМИЯ В ИНТЕРПРЕТАЦИИ МИШЕЛЯ ФУКО

Ю.М. Кукулина (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ст. пр. Д.В. Захаров

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра философии, биоэтики, истории и социологии

(зав.каф. – к.ф.н., доц. Н.Н. Мизулин)

Проблематика взаимоотношения общества с безумцем проходит свою историческую эволюцию, в процессе с которой происходит формирование определенной человеческой зрелости.

Мишель Фуко показывает, что среди образов и символов существует значимый образ психической болезни. Этот образ формирует современный опыт восприятия. Данный образ исторически подвижен, и зависит от стереотипных представлений, которые в разное время были неодинаковы и существенно видоизменялись, в течение рассматриваемого им периода с конца Средневековья до наших дней. Вместе с тем общей стороной в опыте понимания безумия являлось социальное изгнание человека, таковым признаваемого.

Так, в Средневековье сумасшествие (наряду с проказой) рассматривалось как наказание за грехи. Явным примером социального изгнания, являются "корабли безумия", на которых в открытое море отправляли сумасшедших, в XV веке. Затем на смену "кораблям" приходят "дома умалишенных", куда помещались без всякого разбора все: нищие, бродяги, преступники, безработные и сумасшедшие. То есть прежде чем изоляция приобрела медицинский смысл, какой мы придаем ей сейчас, она преследовала иные цели и задачи. И только в XX веке происходит рождение клиники. Фуко, говорит о том, что теперь уже медицинское знание претендует на то, чтобы сформулировать представление о безумии.

Только теперь последнее рассматривается как психическое расстройство, а безумцы превращаются в больных.

То есть проблема безумия является более широкой, чем медицинский диагноз: идет социальная эволюция восприятия безумца (которая будет продолжаться до тех пор, пока существует общество и цивилизация), параллельно которой следует формирование определенного представления о человеке. Согласно ему, безумие рассматривали как отчуждение, в каком-то плане, отклонение от человеческой сущности в общем, но в тоже время раскрывает человеческую сущность, истину о человеке. Поведение психически больного несовместимо с нормами общества, но в тоже время это проявление «темной стороны» человека, и эта «темная сторона» присуще каждому из нас. Можно согласиться с мыслью Жака Лакана, что бытие человека невозможно понять без его соотношения с безумием, как и не может быть человек без элемента безумия внутри себя.

ДАОСИЗМ: АЛХИМИЯ И БЕССМЕРТИЕ

О.А.Тюрбеева (III курса, лечебный факультет)

Научный руководитель – ст.пр. Д.В.Захаров

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра философии, биоэтики, истории и социологии

(зав.каф. - к.ф.н., доц. Н.Н.Мизулин)

Отличительной чертой даосизма и китайской традиции является представление о возможности достижения человеком бессмертия. Понимание бессмертия и его природы на протяжении множества столетий сильно менялось. Поиски бессмертия подстегнули также китайскую медицину, достижения которой применяются до сих пор.

Даосское представления о круговороте всего живого, заключается в том, что если следовать естественной природе, можно постоянно возобновлять себя, не умирая. Необходимо следовать тем явлениям, которые постоянны, избегая того, что разрушается. Отсюда понятно почему даосы считали, что органические вещества сами распадаются со временем, не являясь вечными. Бессмертия можно достичь, используя высокочистые минералы. Процесс приготовления снадобья требует определённых ритуалов и медитаций, праведного образа жизни, очистки своих мыслей и помыслов. Эликсир должен вызревать длительное время, готовиться в соответствии с сезонами года, днями календаря и часами дня и фазами Луны. На этой почве произошло развитие внешней алхимии. Для приготовления эликсиров использовались разные минералы. Особенно

ценились золото и киноварь, сплав которых считался эликсиром. Применялись также сера, ртуть, свинец, серебро, мышьяк.

Трудность получения эликсира заключалась в получении предельно чистых веществ, соблюдении технологии выплавления пилуоли, выбора времени начала алхимических процессов, правильных методов принятия эликсира. Приготовление оных было популярным вплоть до III—V веков.

По мере развития даосизма древние сочинения по внешней алхимии были переосмыслены, минералы и вещества стали пониматься как символы внутренних процессов в организме, и стали развиваться методы внутренней алхимии. Внутренняя алхимия опирается на представление, что бессмертие достигается за счёт определённых процессов в организме, которые поддерживаются специальной совокупностью духовных практик и упражнений. От внутренней алхимии осталось немало практических советов по здоровому образу жизни, правильному питанию, правильному дыханию, оздоравливающим упражнениям, которые рекомендуются китайскими врачами и в настоящее время.

Цивилизация старого Китая уже ушла в прошлое. Но ее мудрость, вобравшая в себя опыт духовных исканий и подвижничества сотен поколений, не умерла и не может умереть. Она продолжает свой цикл перерождений в других науках, как например в медицине, которая поставила вопрос бессмертия на новый уровень.

ОБ ОСНОВНЫХ ВОПРОСАХ ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

А.Д. Харитонов (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ст.пр.Д.В. Захаров

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра философии, биоэтики, истории и социологии

(зав.каф. – к.ф.н., доц. Н.Н.Мизулин)

Наравне с устоями западной медицины, на протяжении всей истории развивалась отдельная ветвь медицинского знания - восточная медицина, основной задачей которой было не само лечение болезней, но создание системы их предотвращения.

И сегодня считается, что биологический ресурс человека составляет, по меньшей мере, 160 лет, но на практике большинство людей не способно к полноценному существованию за порогом 80 лет. Одним из факторов, затрудняющих приближение к заветному уровню продолжительности и качества жизни, является сама установка современной медицины, сделавшей её «медициной ремонта». В связи с

этим, авторы научной статьи во всероссийском междисциплинарном медицинском журнале А.Б. Полетаев и О.В. Гринько призывают к развитию альтернативных путей развития медицинского знания. Авторы выдвигают концепцию всеобщего развития превентивной медицины, главная идея которой заключается в управлении состоянием здоровья и резервами организма, а цель состоит не столько в лечении уже имеющихся болезней, сколько в выявлении первоначальных изменений в организме конкретного пациента, способных в дальнейшем привести к развитию заболеваний и принятии опережающих мер. Базой «предупредительной медицины» являются единицы, создающие предпосылки для возникновения патологического процесса - маркеры. Молекулярно-генетические маркеры способны определить риск развития редких генетических заболеваний, но с высокой вероятностью не смогут предсказать появление многофакторных хронических болезней. Биомаркеры являются признаком уже протекающего патологического процесса. Одним из главных преимуществ данной отрасли биомедицины является более простое и менее затратное лечение заболеваний на ранних этапах. Вместе с тем здесь существует ряд недостатков и проблем, главная из которых состоит в том, что в современном обществе (особенно российском) отсутствует культура здоровья: тяжело убедить клинически здорового человека пройти профилактическое исследование. Кроме того, для внедрения превентивной медицины необходимо обеспечить создание новых технологий, методик, практик, облегчающих такие исследования, по сути, требуется создание параллельной системы здравоохранения.

Несмотря на все проблемы раннего развития «предупредительной» медицины, эта область является одним из самых перспективных путей развития общей медицины, способных сохранить здоровье на протяжении всей естественной жизни человека.

ЗДОРОВЬЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ЦЕННОСТЬ

П.Ш. Абдурахимова (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – старший преподаватель Д.В. Захаров

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра философии, биоэтики, истории и социологии

(зав.каф. – к.ф.н., доц. Н.Н.Мизулин)

Проблема здоровья одна из сложных и актуальных проблем на сегодняшний день, в силу того, что мы становимся свидетелями появления и нарастания так называемых глобальных проблем человечества, отрицательные последствия которых неизбежно связаны с нарушением

здоровья человека в планетарном масштабе. В наше время приходится сталкиваться с тем, что ценность здоровья большинством людей создается только тогда, когда оно находится под серьезной угрозой или почти утрачено. Но в период болезни человек уже «лишается свободы», он теряет «способность быть недоступным действию чуждой силы...», попадает под ее власть».

Здоровье означает свободу деятельности, оно обязательное условие полноценного участия в физическом и умственном труде, в общественной и личной жизни. Однако в условиях патологии в силу нарушения психосоматического взаимодействия творческая роль сознания и стремление человека, возможность осуществить выбор и воплотить его в жизнь резко ограничиваются. Это связано с тем, что человек начинает мыслить не путем активно положительной реализации себя, а путем пассивного отношения к своей жизнедеятельности. Конечно, не всегда болезнь индивида ведет к пассивно-приспособительному образу жизни. Так, например, человек с ограниченными возможностями, может стимулировать себя глубоким сознанием, побуждающего его к активной деятельности с целью преодоления психосоматических нарушений. Конечно, известны случаи, когда больные люди живут богатой духовной жизнью. Но, для всестороннего проявления жизнедеятельности людей здоровье является существенной ценностной характеристикой. В соответствии с этим медицина, по нашему мнению, наряду с моральной философией, искусством и механикой, должна служить благородной цели всестороннего развития человека. Здоровье служит источником духовной бодрости и формирования оптимистических идеалов, пробуждает в личности интерес к творчеству, является необходимым условием культурного развития человека. Нормальная жизнедеятельность наполняет человека чувством своей значимости в личной и общественной жизни.

Итак, можно сделать вывод, что человек формирует и воспроизводит себя как всесторонне развитую личность в многообразной общественной деятельности, творя и созидая новые формы общения, покоряя окружающую природу и изменяя свою собственную.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ

ИЗМЕНЕНИЕ ТОЛЩИНЫ И ОБЪЕМА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСИТАХ

Н. И. Полякова (IV курс, стоматологический факультет)

Научный руководитель – к.м.н., асс. Вилькицкая К. В.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Кафедра хирургической стоматологии
(зав. каф. – д.м.н., проф. И. О. Походенько-Чудакова)

Актуальность. Синусит верхнечелюстной пазухи (ВЧП) является полиэтиологическим заболеванием. В 25–30% наблюдений его развитие связывают с одонтогенной инфекцией. Актуальность исследования определяется возросшей частотой использования конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) в диагностических целях.

Цель исследования: определить изменения толщины и объема слизистой оболочки ВЧП при хроническом одонтогенном синусите по данным КЛКТ.

Материалы и методы. Проведен анализ 70 КЛКТ, на 55 из которых был диагностирован хронический синусит ВЧП (основная группа), а на 15 КЛКТ патологии выявлено не было (контрольная группа). Измерения проводились в окне многоплоскостной реконструкции. ВЧП выставлялась в исходную стандартную позицию, на сагиттальном срезе измерялась глубина синуса (l), после чего толщина верхней и нижней стенок оценивалась в сагиттальной плоскости, а медиальной, передне- и заднелатеральной стенок – в аксиальной, для чего под прямым углом к стенке пазухи проводилась максимальная толщина слизистой оболочки (h), а затем определялось ее среднее геометрическое значение (h_{cp}). Объем рассчитывался по формуле: . Полученные данные обрабатывали с помощью программы «Statistica 10.0».

Результаты и их обсуждение. В основной группе исследования толщина слизистой оболочки нижней стенки ВЧП составила 4,3 мм справа и 3,5 мм слева, верхней – 1,4 мм и 1,2 мм, переднелатеральной – 1,6 мм и 1,5 мм, заднелатеральной – 0,9 мм и 0,8 мм, медиальной – 1,3 мм и 1,5 мм справа и слева соответственно. В контрольной группе слизистая оболочка, выстилающая нижнюю стенку, соответствовала 1,2 мм с правой стороны и 1,1 мм с левой, в области верхней стенки – 0,6 мм и 0,7 мм, переднелатеральной – 0,9 мм и 0,9 мм, заднелатеральной – 0,6 мм и 0,6 мм, медиальной – 1,0 мм и 1,0 мм. В основной группе средний объем слизистой оболочки ВЧП был равен 6,3 см³ справа и 5,3 см³ слева, а в контрольной группе – 3,4 см³ и 3,1 см³ при аналогичных измерениях. При сравнении результатов в основной и контрольной группах различия между ними были достоверны ($p < 0,05$).

Выводы. При хронических одонтогенных синуситах толщина и объем слизистой оболочки ВЧП увеличивается более чем в 1,7 раза, что необходимо учитывать при проведении диагностики и планировании

лечения у пациентов с данной патологией.

ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Ю.С. Липова (врач-интерн кафедры детской стоматологии,
ортодонтии и пропедевтики стоматологических заболеваний)

Научный руководитель – асс. Р.Ю. Процук

Кемеровская государственная медицинская академия

*Кафедра детской стоматологии, ортодонтии и пропедевтики
стоматологических заболеваний(зав. каф. – д.м.н. Е.А. Киселева)*

Актуальность исследования: Проблема лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава остается одной из наиболее актуальных в стоматологии. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава – патологическое состояние, сопровождающееся периодической болью, щелчками, затруднением движений в суставе при отсутствии на рентгенограмме морфологических изменений. К факторам риска относят стресс, бруксизм, частое употребление жевательной резинки, аномалии зубочелюстной системы, травмы. Лечение пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава наряду с медикаментозным, физиотерапевтическим, мануальным методами должно включать ортодонтическое лечение и рациональное протезирование.

Цель исследования: улучшить результаты лечения болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава путем применения суставной шины.

Материалы и методы: обследовано 9 пациентов, находящихся на лечении у ортодонта с диагнозом дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, поставленным на основании клинического обследования и данных компьютерной томографии. Лечение суставной шиной проводили 5 пациентам перед ортодонтическим лечением, 4 пациентам перед протезированием. План лечения определялся индивидуально и во всех случаях состоял из двух этапов: ношение трейнера и проведение ортодонтического лечения или ортопедическая коррекция аномалии. В ходе лечения проводилось анкетирование, были даны рекомендации по ношению шины.

Результаты: по данным анкетирования пациенты почувствовали снижение болевых симптомов в течение 5-7 дней при ношении шины не менее 2 часов в день и на ночь, длительность ношения аппарата в среднем составила 3-6 месяцев.

Вывод: ношение суставной шины перед ортодонтическим лечением

и протезированием способствует улучшению функционального состояния височно-нижнечелюстного сустава, ведет к снижению частоты встречаемости клинических признаков его дисфункции.

ПОВТОРНАЯ ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ДЕЗИНТЕГРИРОВАННЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Э.Р. Яхьяева (старший лаборант)

Научный руководитель - доцент, к.м.н. А. А. Нестеров
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсом
последипломного образования (зав. каф. - доцент, к.м.н. А. А. Нестеров)*

Согласно мировой статистике процент неудачи при дентальной имплантации в первые 2-4 месяца составляет 1,5–2% по данным разных авторов (Тимофеев А.А., 2007; Вортингтон Ф., 1994; Параскевич В.Л., 2002). Причинами дезинтеграции имплантатов до начала ортопедического лечения могут быть воспалительные процессы, технические ошибки при проведении операции, отсутствие первичной стабильности и недостаточный объем костной ткани вокруг имплантата, системные заболевания (сахарный диабет, анемии различного генеза, гипотиреоз), несоблюдение пациентом рекомендаций врача. Неудача первичной операции отнюдь не всегда означает отрицательный исход имплантологического лечения в целом (Ванцян А.В., 2008).

Цель исследования настоящего исследования – оценка эффективности и прогноз при реимплантации в различные сроки после удаления дезинтегрированных имплантатов.

Материалы и методы. Нами проанализировано 422 клинических случая за 3 года по данным первичной медицинской документации частной медицинской клиники, специализирующейся на установке дентальных имплантатов. Оценка положения имплантатов и состояния костной ткани вокруг них проводилась по данным рентгенологических исследования на ортопантомографе Morita IC5. Всего за изученный период установлено 915 титановых цилиндрических и корневидных имплантатов.

Результаты. В период остеоинтеграции (2-4 месяца после имплантации) потеряно 20 имплантатов у 18 пациентов. Причинами отторжения были:

периимплантит вследствие воспалительного процесса в области имплантации – 4 случая; недостаточный объем костной ткани – 10; отсутствие первичной стабильности – 1; грубое несоблюдение пациентом рекомендаций врача – 3 случая. Спустя 2-4 месяца после отторжения

повторно была выполнена имплантация у 8 пациентов, установлено 10 имплантатов. Во всех случаях была достигнута остеоинтеграция имплантатов.

Таким образом, неудача первичной имплантации не означает невозможность дальнейшего имплантологического лечения. Причиной дезинтеграции дентальных имплантатов в первые месяцы после установки чаще всего является человеческий фактор.

ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ СТОРОНА ЖЕВАНИЯ, ПРИВЫЧНАЯ ОККЛЮЗИЯ И КЛЫКОВОЕ ВЕДЕНИЕ – ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

В.А. Блажко (V курс, стоматологический факультет),
Е.О. Старкова (IV курс, стоматологический факультет)

Научный руководитель – к.м.н., доц. К.А. Саркисов
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра ортопедической стоматологии
(зав. каф. – к.м.н., доц. К.А. Саркисов)*

До недавнего времени протезирование велось без учета индивидуальных особенностей жевательного аппарата пациента. Что являлось причиной дискомфорта со стороны пациента. Причиной тому было отсутствие необходимых методик и технологий. В настоящее время с появлением специальной регистрационной аппаратуры (ТРК, ОПТГ, МРТ, аксиографии и др.) появились возможности выявлять индивидуальные значения окклюзионно-артикуляционных составляющих при различных состояниях зубных рядов и прикуса.

Цель работы: Изучить индивидуальные особенности жевательного аппарата в различные периоды жизни.

Задачи исследования:

1. Установить наличие индивидуально-типологических особенностей жевания у лиц с интактными зубами рядами и ортогнатическим прикусом;
2. Разработать клинические метод определения функционально-доминирующей стороны жевания.
3. Изучить частоту встречаемости право- левостороннего типа жевания;
4. Изучить устойчивость преимущественной стороны жевания в различных возрастных группах в норме и при частичном отсутствии зубов,

возникновении деформации зубных рядов и при других патологических состояниях;

5. Выявить связь клыкового и группового ведения с функционально-доминирующей стороной жевания;

6. Разработать тактику альтернативных вариантов реабилитации жевательного аппарата на основании полученных результатов исследования.

Материалы и методы: Обследование 350 человек с интактными зубными рядами и ортогнатическим прикусом в возрасте от 20 до 60 лет (167 мужчин и 183 женщины), и более 250 пациентов с различными дефектами зубных рядов и ранее изготовленными зубными протезами.

Вывод: На основании исследований, удалось установить, что наличие функционально доминирующей стороны жевания выявлено у 96, 6 % детей, в 90% случаев у взрослых с наличием зубов и в 100% - у близнецов и лиц с полным отсутствием зубов. Данные результаты говорят, что на формирование преимущественной стороны жевания влияют в основном генетические факторы. В свою очередь выявление рабочей стороны позволяет нам проводить ортопедическое лечение в соответствии с индивидуальными особенностями пациента, а следовательно более успешно восстанавливать жевательную эффективность.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ, ИЗЛУЧАЕМЫХ МОБИЛЬНЫМИ ТЕЛЕФОНАМИ, НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

А.Р. Алмухамбетова (II курс, лечебный факультет)

Научный Руководитель – асс. Г.А Теплая.

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра общей гигиены(зав. каф. – д.б.н., проф. В.Г. Сердюков)*

В настоящее время практически повсеместно используются сотовые телефоны, работа которых сопровождается электромагнитными излучениями (ЭМИ). Они взаимодействуют с биологическими объектами на макро- и микроскопических уровнях.

Цель исследования: Изучить и оценить негативное влияние на организм человека ЭМИ сотовой связи.

Составили анкету и провели опрос среди 115 студентов-медиков Астраханского медицинского университета. Степень информированности о технических параметрах мобильных телефонов у пользователей не высокая.

- Из 100% опрошенных человек 60% пользуются сотовыми телефонами марки Nokia, 30% - Sonyericsson, а 20% - Samsung , Fly, Lg.

- 80% - не замечают изменений в своем организме во время использования мобильного телефона, 13% - испытывают головные боли, 4,0% - нарушение зрения, 3,0% - уменьшение внимания и концентрации.

- 49% пользователей носят телефоны в области грудной клетки и таза.

По результатам исследования большинство из них (83%) при покупке мобильного телефона не пользовались никакими источниками информации о технических параметрах мобильных телефонов. Также имеют низкую степень осведомленности о влиянии ЭМИ мобильных телефонов на здоровье человека. Желательно: разговор по мобильному телефону сделать коротким не из соображений тарифного плана, а для своего здоровья; при выборе модели телефона предпочтение отдавать аппаратам с внешними антеннами и хорошей заявленной в характеристиках чувствительностью; не подносить телефон к голове сразу же после нажатия кнопки набора номера, т.к. в этот момент ЭМИ в несколько раз больше, чем во время самого разговора.

ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫМ ПРОДУКТАМ

Ж.Д. Асылбек (II курс, лечебный факультет),

К.Д. Багиева (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс.Г.А. Теплая

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра общей гигиены(зав. каф. – д.б.н., проф. В.Г. Сердюков)*

Целью работы явилось изучение информированности населения о существовании продуктов питания содержащих ГМО в зависимости от уровня их образования.

Анкетным методом исследовали мнение 50 респондентов-добровольцев в возрасте от 18 до 25 лет. Вся выборка была разделена на 2 группы (по 25 человек): 1 группа - лица со средним и неполным средним

образованием, 2 группа – лица с высшим и неполным высшим образованием.

Результаты опроса:

✓ 70% - респондентов знакомы с понятием ГМО (1 гр. - 43%, 2 гр. - 57%);

✓ 74% - указывают источником сведений СМИ;

✓ 30% - интернет;

✓ 12% - специальную литературу;

✓ 4% - прочие источники.

О существовании продуктов питания с содержанием ГМО:

✓ знают 62% опрошенных (1 гр. - 47%, 2 гр. - 53%);

✓ 38% не знают или затрудняются ответить.

Считают продукты питания с содержанием ГМО опасными 42% респондентов (1 гр. – 37%, 2 гр. - 63%).

Наличие сведений о содержании ГМО в пищевых продуктах считают обязательными 62% респондентов (1 гр. - 42%, 2 гр. - 58%). Не купили бы продукт с содержанием ГМО 54% опрошенных (1 гр. - 46%, 2 гр. - 54%). Маркировке «Не содержит ГМО» отдают предпочтение при выборе продуктов 36% респондентов (1 гр. - 41%, 2 гр. - 59%), среди опрошенных 41% вообще не обращают внимание на состав продукта.

Таким образом, наибольшую осведомленность о существовании пищевых продуктов с содержанием ГМО демонстрируют лица с высшим образованием. Поскольку вопрос о пользе и вреде ГМО остается до конца нерешенным, населению необходимо предоставить как можно больше достоверной информации о свойствах подобных продуктов.

РОЛЬ РОДИТЕЛЕЙ В ПРОЦЕССЕ ЗАКАЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ

А.А. Ахмедова (III курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ассистент Ю.З.Демина

Астраханский государственный медицинский университет

Кафедра общей гигиены(зав. каф. – д.б.н., проф. В.Г.Сердюков)

По данным диспансерных осмотров каждый четвертый ребенок относится к категории часто болеющих детей (ЧБД). Необходимым элементом в комплексе оздоровительных мероприятий у детей является закаливание.

Цель исследования: изучение осведомленности родителей о методах закаливания.

Проведено анкетирование родителей детей дошкольного и младшего школьного возрастов (70 чел). Образовательные учреждения посещают 92% детей, 40% детей являются часто болеющими. Большинство опрошенных родителей в возрасте 30-40 лет имеют высшее образование. Имеют представление о закаливании 75% родителей. К общим закаливающим мероприятиям относятся ежедневные прогулки. Отмечено, чем старше дети, тем реже и кратковременнее их пребывание на свежем воздухе: среди дошкольников ежедневно гуляют 77% детей, среди школьников – лишь 34%, а каждый пятый – реже 2 раз в неделю. Прогулки длятся обычно 1-2 часа (53%), но 23% школьников гуляют не более 1 часа в день, при рекомендуемой продолжительности 3-3,5 часа в день.

Специальные закаливающие мероприятия проводят в 18,5% семей. Наиболее используемые методы: обтирание, обливание холодной водой, воздушные и солнечные ванны. Частота проведения, как правило, 2-3 раза в неделю преимущественно в летнее время. Следовательно, не соблюдается основной принцип закаливания – систематичность, последовательность и постепенное увеличение интенсивности. Эффективность закаливания отмечают 60%, против 20%.

По рекомендации педиатров закаливают детей только 10% опрошенных семей. О проведении закаливающих мероприятий в детских учреждениях не упомянул ни один из опрошенных.

Полученные данные свидетельствуют о малой информированности родителей о необходимости своевременного закаливания детей, о правилах и принципах его проведения. Для решения данной проблемы следует активизировать просветительскую работу педиатров среди родителей.

О ВРЕДЕ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Д.С. Волобуев (II курс, лечебный факультет),

Д.С. Есалиева (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс. Г.А. Теплая

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра общей гигиены (зав. каф. – д.б.н., проф. В.Г. Сердюков)*

Курение – одна из глобальных угроз здоровью и благополучию населения планеты.

Цель работы оценить степень негативного воздействия курения на

функциональные системы организма человеческого.

На основании разработанной анкеты провели опрос 75 студентов Астраханского государственного медицинского университета в возрасте от 18 до 21 года.

По результатам исследования выявлено, что:

- 64% - опрошенных курили сигареты хотя бы раз в жизни;
- 81% - пробовали первый раз в возрасте 14 лет;
- 19% - в возрасте 16 лет;
- 75% - пробовали первый раз из любопытства;
- 10% - по причине стресса;
- 15% - от скуки или же под влиянием сверстников;
- 37% - не стали продолжать курить после первого раза;

Из тех, кто продолжил:

- 44% - курят редко, только при определенных обстоятельствах;
- 56% - ежедневно;
- 40% - по 4-6 сигарет в день;
- 40% - по 7-10 сигарет в день;
- 20% - курят больше 10 сигарет в день;
- 11% - сумели полностью избавиться от пагубной привычки;
- 66% - пытались бросить курить, но безуспешно;
- 23% - вообще не пытались бросить курить;
- 60% - совершенно не обеспокоены перспективой развития

многочисленных заболеваний обусловленных курением.

Таким образом, установлено, что курение вызывает тяжелейшую физическую и психическую зависимость. Курение оказывает негативное воздействие на все функциональные системы человеческого организма.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ У СТУДЕНТОВ АСТРАХАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

О.В.Малова (II курс, лечебный факультет),

В.Р.Султакаева (II курс, лечебный факультет),

А.Ф.Исаева (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – асс. Ю.З. Демина

Астраханский государственный медицинский университет

В настоящее время в России наблюдается тенденции к ухудшению физического здоровья и психического состояния подрастающего поколения. Формирование и укрепление здоровья молодёжи в современном мире является одной из важнейших задач.

Цель работы: комплексное исследование частоты встречаемости заболеваний и создание модели формирования здорового образа жизни у студентов Астраханского государственного медицинского университета.

Материал для исследования: состояние здоровья студентов-медиков и их отношение к нему.

Проведенные исследования показали, что студенты АГМУ считают, что здоровье - это прежде всего: физический и психологический комфорт (69%), способность переносить нагрузки (19%), отсутствие необходимости обращаться к врачу (6%), здоровье - это то, что нужно беречь 6%.

Считают себя здоровыми 38% опрошенных, а 62% имеют различные заболевания.

Заболевания ЛОР-органов имеют 33%, желудочно-кишечного тракта 22%, заболевания сердца 19%, органов дыхания 11%, опорно-двигательного аппарата 9%, органов мочевыделительной системы 5% и органов эндокринной системы 1%. 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.

Наиболее распространенные патологии у студентов являются нарушения со стороны ЛОР-органов и ЖКТ.

Актуальность исследования заключается в том, что учащаяся молодежь, являясь специфической группой населения, активно реагируют на процессы, происходящие в обществе. Отношение к здоровью, здоровьесберегающее поведение являются одним из важнейших составляющих элементов культуры общества.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДЕЙСТВИЯ КОРАЗОЛА И ЭТИМИЗОЛА В УСЛОВИЯХ ГИПОФИЗЭКТОМИИ

А.М. Мерзаева (II курс, педиатрический факультет)

Научный руководитель – асс., к.м.н. А.А. Духовская

*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра общей гигиены(зав. каф. – д.б.н., проф. В.Г. Сердюков)*

В арсенале средств, применяемых в практической медицине с целью восстановления или нормализации функции внешнего дыхания, используются коразол и этимизол. Многие исследователи рекомендуют данные аналептики для стимуляции дыхания, другие - отрицают аналептический эффект при различных патологических состояниях.

Определенный теоретический интерес и практическую ценность имеет изучение действия дыхательных аналептиков в условиях функциональной недостаточности или удаления гипофиза. В частности гипофизэктомия в медицинской практике применяется как метод лечения целого ряда патологических состояний - ретинопатии, тяжелых форм сахарного диабета, рака четвертой степени и ряда других заболеваний.

Экспериментальные исследования выполнены на белых крысах линии Вистер. Использовались методики регистрации внешнего дыхания и электрической активности мышцы диафрагмы: электрический кимограф, игольчатые электроды, усилитель биопотенциалов, шлейфный осциллограф, прибор для трансаурикулярного удаления гипофиза.

После гипофизэктомии, на 10 сутки, понижаются рефлекторная возбудимость, функциональная подвижность, показатели биоэлектрической активности диафрагмы. Активность аналептиков в этих условиях ослабляется и укорачивается.

Аналептики понижают рефлекторную возбудимость и функциональную подвижность дыхательного центра. Большую фармакологическую активность в этих условиях проявляет этимизол, в то время как коразол не эффективен.

Таким образом, при снижении функции гипофиза и в условиях гипофизэктомии в клинической практике следует учитывать повышенную чувствительность организма к этаминалу натрия, что вызывает необходимость назначать его в меньших дозах.

ПЛАВАНИЕ – ОДИН ИЗ КОМПОНЕНТОВ ЗАКАЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

З.С. Минкаилова (II курс, лечебный факультет)
Научный руководитель – к.м.н., доц.М.И.Гололобов,
ст. лаборант Н.Н. Перова

В настоящее время одной из приоритетных задач стоящих перед врачами и педагогами является сохранение и укрепление здоровья детей и подростков.

Целью работы: определение значимости плавания в становлении и укреплении функциональных показателей у детей и подростков.

Исследования проводились на базе СДЮШОР Спортивный центр Морской и Физической подготовки г. Астрахани.

Два раза в год пловцы проходят обязательный медицинский осмотр в физкультурном диспансере, результаты его влияют на допуск пловцов к тренировкам.

Начальные показатели детей 2006-2007 г.р. пришедших в 2013-2014 г.г. в бассейн: плавание 100 м - в/с – 1.55.0 – 2.10.0 мин/сек; плавание 100 м – н/с – 2.00.0 – 2.15.0 мин/сек; различных элементов плавание 100м брасс – 2.05.0 – 2.25.0 мин/сек; бег – 400 м – 1.25.0 – 1.40.0 мин/сек; прыжок в длину с места – 1.15 – 1.40 м; отжимание в упоре лежа – 7 – 12 раз.

В ходе тренировочных занятий (6 академических часов в неделю) наблюдалось улучшение данных показателей. В тренировочном процессе применялись подводные и имитационные упражнения на суше, равномерный и челночный бег, прыжковые упражнения на гибкость.... Упражнения с выполнением различных элементов спортивных стилей плавания, дистанции, проплываемые только с помощью рук или ног и плавание в полной координации. Все задания в воде выполнялись в равномерном спокойном темпе.

Результаты 2014-2015 года: плавание 100 м - в/с – 1.40.0-1.47.0 мин/сек; плавание 100 м - н/с - 1.45.0.-1.55.0 мин/сек; плавание 100 м - брасс – 1.50.0-2.05.0 мин/сек; бег - 400 м - 1.15-1.25 мин/сек; прыжки в длину с места – 1.30 – 1.50 м; отжимание в упоре лежа – 14-20 раз.

Закаливание детей в возрасте 6-8 лет обладает специфическими и неспецифическими элементами. Специфическое воздействие закаливания в этом возрасте проявляется в совершенствовании кожно-сосудистых реакций. Неспецифические эффекты проявляются в ускорении моторного развития, вегетативный регуляторных механизмов дыхания и сердечной функции, а также повышении резистентности к ОРВИ.

На основе полученных данных мы пришли к выводу, что плавание является одним из основных компонентов закаливания и физического

развития детей и подростков.

ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ КАК ОДИН ИЗ СОВРЕМЕННЫХ АСПЕКТОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

В.Ю. Пикалова (II курс, педиатрический факультет),
А.В. Нерубальская (II курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – асс. Ю.З. Демина
*Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра общей гигиены (зав. каф. – д.б.н., проф. В.Г. Сердюков)*

Среди причин возникновения заболевания неинфекционной патологии важную роль играют правильная организация питания в образовательных учреждениях.

Проведен анализ стереотипов пищевого поведения среди школьников в возрасте 11-16 лет анкетно-опросным методом. Организованным питанием охвачено в среднем 96% школьников. Анализ ассортимента предпочитаемых блюд показал, что с возрастом уменьшается количество детей, употребляющих первые блюда. Большинство школьников предпочитает вторые блюда. В структуре потребляемых блюд и продуктов питания лидирующие позиции занимает выпечка. Фрукты, несмотря на их пищевую ценность, редко употребляются учащимися. Только 35% учащихся 5 классов и 1/3 часть – в 11 классе относят свежие фрукты к любимым продуктам питания. С возрастом увеличивается количество детей, предпочитающих кондитерские изделия.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод о том, что одним из направлений первичной профилактики неинфекционной патологии должна стать оптимизация питания детей школьного возраста. Совершенствование организации школьного питания требует активизации мер по формированию культуры здорового питания учащихся через гигиеническое воспитание и обучение работников пищеблока, школьников и их родителей.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ НАУШНИКОВ НА СЛУХ

А.Б.Фролкова (II курс, лечебный факультет),
А.Г.Веденяпин (II курс, лечебный факультет)

Научный руководитель – ассистент Г.А. Теплая
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра общей гигиены (зав. каф – д.б.н., проф. В.Г. Сердюков)

Целью работы явилось выяснение негативного влияния наушников на здоровье человека.

На основе разработанной анкеты, проведен социологический опрос среди студентов АГМУ (150 чел). На основании полученных результатов, сделан вывод о том, как правильно выбирать наушники и использовать их, чтобы сохранить свой слух.

Среди опрошенных 58% обучающихся понимают преимущества прослушивания музыки на небольшой громкости, меньше рискуют потерять слух. Рискуют своим здоровьем 42% студентов. К сожалению, 70% обучающихся слушают музыку более 1 часа в день, а это может нанести вред их органу слуху, тем более 73% обучающихся используют наушники – вкладыши. Наушники-вкладыши - самые опасные, поскольку направляют звук именно на барабанную перепонку. Другие типы наушников рассеивают звук, поэтому вредят меньше, нагрузка на органы слуха получается не такой большой.

Выводы:

- в инструкциях акустических наушников нет предупреждения о том, что их использование может нанести непоправимый вред здоровью;
- многие студенты пренебрегают элементарными правилами использования наушников;
- использование наушников с превышением громкости (более 85дБ) в течение длительного время оказывает вредное влияние на орган слуха человека.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОПАСНОСТЬ БЕЗДОМНЫХ ЖИВОТНЫХ

Е.И. Шкодина (II курс, педиатрический факультет)
Научный руководитель – ассистент Ю.Д. Жукова
Астраханский государственный медицинский университет
Кафедра общей гигиены (зав. каф. – д.б.н., проф. В.Г. Сердюков)

Бездомные животные являются одной из основных причин неблагоприятной санитарно-гигиенической и экологической обстановки населенных мест. Животные в поисках пропитания обитают рядом с жильем человека, в подвалах, с мусорными контейнерами, чем создают антисанитарные условия для распространения зоонозных инфекций.

Особой опасности бездомные животные подвергают граждан, нападая на них как в городской среде так и за городом.

Целью исследования являлось: изучение проблемы травмирования населения бездомными животными в городе Астрахани.

Проведен анализ статистических данных: о количестве бездомных животных; возрастной категории травмированного населения; оценены и сделаны выводы о состоянии проблемы в г. Астрахани и предложены рекомендации по ее решению.

По данным статистического анализа число бездомных животных в г. Астрахань в 2012 году составило более 7000 особей, в 2013 г. – 8700, в 2014 г. – 9000 и в 2015 г. – около 10000.

Большинство пострадавших от нападения бездомных животных обращались в травматологические пункты и отделения города с травмами ног, рук и лица. Среди пострадавших 31% – дети, 47% - взрослое население, 22% - лица пожилого возраста. Важно отметить сезонность агрессивного поведения бездомных животных, наибольшую опасность они представляют в теплое время года, особенно летом.

Таким образом, за последние четыре года количество бездомных животных в г. Астрахани прогрессивно увеличивается, не смотря на проведение профилактических мероприятий. Выявлено, что наиболее подвержены нападению бездомных животных люди среднего возраста, в тоже время велик процент пострадавших детей. Решение проблемы заключается в регулировании численности животных на основе санитарного, гигиенического и ветеринарного контроля.