ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖЛЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

«СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.И.МЕЧНИКОВА»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова Минздрава России)

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

87-й КОНФЕРЕНЦИИ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА, «МЕЧНИКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ-2014» 22-23 апреля 2014 г.

2-й НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ «ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ»

24 апреля 2014 г.

Часть І

Первый студенческий научный кружок в университете основан в 1923 г.

СНО организовано в 1928 г.

Санкт-Петербург 2014 УДК 61-052.63:06.053. ББК 51/58

«Мечниковские чтения-2014»: Материалы 87-й конференции студенческого научного общества. 22-23 апреля 2014 года. «Трансляционная медицина: от теории к практике»: Материалы 2-й научнопрактической конференции молодых ученых и специалистов. Часть I / под ред. д.м.н. А. В. Силина и д.м.н. С. В. Костюкевича. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014. – 252 с.

В настоящем издании приведены результаты научных исследований студентов, молодых ученых и специалистов представленные на 87-й конференции студенческого научного общества СЗГМУ им. И.И. Мечникова «Мечниковские чтения-2014» и 2-й научно-практической конференции молодых ученых и специалистов «Трансляционная медицина: от теории к практике».

В конференциях приняли участие студенты, молодые ученые и сотрудники следующих организаций:

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Белоруссия; Бюро судебномедицинской экспертизы, Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург: Волгоградский государственный медицинский университет. Волгоград: Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н.Бурденко, Воронеж; Гимназия № 56 Петроградского района Санкт-Петербурга; Городская больница Святого Великомученика Георгия; Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы; Государственный медицинский университет города Семей, Семипалатинск. Казахстан: Гродненский государственный медицинский университет. Гродно. Белоруссия; Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала; Детская республиканская клиническая больница Республики Татарстан; Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан; Ивановская государственная медицинская академия, Иваново; Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск; Институт Физики, нанотехнологий и телекоммуникаций; Институт эволюционной физиологии и биохимии им.И.М. Сеченова РАН: Институт цитологии РАН. Санкт-Петербург. Казанский государственный медицинский университет. Казань: Кировская государственная медицинская академия. Киров: клиника "Айгерим": Курский государственный медицинский университет, Курск; Ленинградский государственный университет имени А.С.Пушкина; Луганский государственный медицинский университет, Луганск:Медико-генетическая консультация на базе ОПП: Медицинский университет Астана. Астана. Казахстан; Медико-санитарная часть ГУВД Санкт-Петербурга и Ленинградской области; Научноисследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта; Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины СЗО РАМН Национальный исследовательский университет информационных технологий, механики и оптики; НИИ Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе; ООО "Медхелп", Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Первый Московский государственный медицинский университет им.И.М. Сеченова, Москва; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад.И.П.Павлова, Санкт- Петербург; Ростовский государственный медицинский университет. Ростов-На-Дону: Самарский государственный медицинский университет, Самара; Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский Политехнический университет; Санкт-Петербургский Государственный Университет, Петербургский государственный университет; Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии. СПб ГКУЗ Лиагностический центр (медико-генетический). Санкт-Петербургский фельдшерский медицинский колледж; Саратовский государственный медицинский университет им.В.И.Разумовского, Саратов; Северный государственный медицинский университет, Архангельск; Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им. И. И. Мечникова; Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья: Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ; ЦКиЗ «Айгерим»; Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент; Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А.Алмазова, Санкт- Петербург; ФГБУ РосНИИГТ ФМБА России.

Материалы представляют интерес для специалистов различного медицинского профиля, врачей, научных сотрудников, студентов.

ОГЛАВЛЕНИЕ

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА	
СЗГМУ ИМ.И.И.МЕЧНИКОВА. РУКОВОДИТЕЛИ И КОНФЕРЕНЦИИ	
СНО	15
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ, ПЕРИНАТОЛОГИЯ	
АНАЛИЗ ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИН НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ	21
АНАЛИЗ ПРИЧИН ПРИВОДЯЩИХ К ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМ	
МАТОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЯМ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ У	
ЖЕНЩИНЗАВИСИМОСТЬ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОТ	22
СТЕПЕНИ СКОЛИОЗА	23
К ВОПРОСУ О КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ	
ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ	24
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ РОДОВ ПОСЛЕ	
КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ (ПО ДАННЫМ ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО	
ЦЕНТРА Г. АКТОБЕ ЗА ПЕРИОД 2010-2013 ГГ.)	25
ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	26
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ	
ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ НА	
АНТЕНАТАЛЬНОМ ЭТАПЕ (ПО ДАННЫМ ОБЛАСТНОГО	
ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА АКТОБЕ ЗА 2013 Г.)	. 27
СОДЕРЖАНИЕ КАТЕХОЛАМИНОВ В МОЗГЕ ПЛОДОВ КРЫС ПРИ	
НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ	•
ОСТРОЙ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ БОЛЬЮ	28
СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО БАРЬЕРА У	
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ В УСЛОВИЯХ	••
иммобилизационного стресса и электрического поля	. 29
СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В ГРОДНЕНСКОЙ	20
ОБЛАСТИ И ВЕРОЯТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ	. 29
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО МЕТОДА КОРРЕКЦИИ И	21
ПРОФИЛАКТИКИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	31
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАТОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ	22
ВЛИЯНИЕ БАРБИТУРАТОВ НА РЕТИКУЛЯРНУЮ ФОРМАЦИЮ КАК ОДИН	32
	22
ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ВАРИАНТОВ ТЕОРИИ НАРКОЗА	
ДВС- СИНДРОМИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ РЕЖИМЫ ИВЛ	24
ИНТЕЛЛЕК ГУАЛЬНЫЕ РЕЖИМЫ ИВЛКЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	. 34
	24
ПРИ ОНМККРИТЕРИИ ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО	.54
	35
/INC.TEC.U=CNID/IEU/VIA HEN LZIACHUNI CEHCNICE	

КРОВООБРАЩЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И	
ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ РЕАНИМАЦИЯ	. 36
ПОСТПУНКЦИОННЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ	. 37
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ СЕПТИЧЕСКОГО	
ШОКА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД С 2008 ПО 2013 ГОД	. 38
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ	
ЖИЗНЕННЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ	
ОПИАТАМИ.	. 39
ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ	40
ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ	. 40
РОНИ	44
БОЛИ.	. 41
БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ ВЛИЯНИЕ ДЭНС НА ОБМЕН КОЛЛАГЕНА В ПОЧКАХ И ПЕЧЕНИ КРЫС С	. 42
	42
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПАИСТИВНИЕ В БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМИССЛЕДОВАНИЕ АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ	.42
ИССЛЕДОВАНИЕ АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ ВОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ КОМПОНЕНТЫ АМИНОКИСЛОТНОГО ПУЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС	. 43
ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ВЫСОКИХ ДОЗ ЭТАНОЛА	13
ОЦЕНКА СЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ЛПС-ИНДУЦИРОВАННЫХ	. 43
ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ МАКРОФАГОВ	15
СТРУКТУРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВОДЫ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА МОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ.	46
УРОВНИ СЕРУСОЛЕРЖАННИХ СОЕЛИНЕНИИ МОЗГА КРЫС ПРИ	
РАЗЛИЧНОЙ КРАТНОСТИ ВВЕДЕНИЯ ЭТАНОЛА	. 47
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ	. 48
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПИТАНИЯ И	
БИОРИТМА КИШЕЧНИКА НА ИЗМЕНЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА	. 48
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	. 49
ОСОБЕННОСТИ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ОРГАНИЗМА У	
ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА	. 49
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ	
ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ	
ИССЛЕДОВАНИЯМ	. 50
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ	
ГОСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЖАЛОБ У УЧАЩИХСЯ СЗГМУ	
ИМ И. И. МЕЧНИКОВА Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА	. 51
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ	
ГОСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЖАЛОБ У УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ И	
ВЫСШИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧЕРЕЖДЕНИЙ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА	
ХРОНИЧЕСКИЙ ХЕЛИКОБАКТЕРНЫЙ ГАСТРИТ И РАК ЖЕЛУДКА	
ГЕПАТОЛОГИЯ, НЕФРОЛОГИЯ	. 54
К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-	- 1
СИНДРОМА: БЕТА-ЛАКТАМНЫЕ АНТИБИОТИКИ?	. 54
СТАТИНЫ: БЕЗОПАСНОСТЬ ИЛИ ГЕПАТОТОКСИЧНОСТЬ?	. 55
ФОСФАТ-СВЯЗЫВАЮЩИЕ СПОСОБНОСТИ СОЕДИНЕНИЙ	F.(
АКТИВИРОВАННОГО УГЛЯ	. 30

ГИГИЕНА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	. 57
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И	
ПОДРОСТКОВ	. 57
ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ ПО ВЫБОРУ НАПИТКОВ,	
РЕАЛИЗУЕМЫХ В БУФЕТАХ УНИВЕРСИТЕТА	
ГИГИЕНА ПИТАНИЯ И ДИЕТОЛОГИЯ	. 59
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ КАЛЬЦИЯ НА СОСТОЯНИЕ	
ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	. 59
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БЕЛКОВОГО СПОРТИВНОГО ПИТАНИЯ ЛИЦ,	
ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПАУЭРЛИФТИНГОМ	
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ	. 61
ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ Г.	
СЕМЕЙ	. 62
КОНТРОЛЬ (НАДЗОР) ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РФ О	
ЗАЩИТЕ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ В СФЕРЕ УСЛУГ ОБЩЕСТВЕННОГО	
ПИТАНИЯ	. 63
КОНТРОЛЬ (НАДЗОР) ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РФ О	
ЗАЩИТЕ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПРИ РОЗНИЧНОЙ ПРОДАЖЕ	
ПРОДОВОЛЬСТВЕННЫХ ТОВАРОВ	. 64
КОНТРОЛЬ (НАДЗОР) ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НА	
ИНФОРМАЦИЮ О ПРОДОВОЛЬСТВЕННЫХ ТОВАРАХ	. 65
ПЕСТИЦИДЫ: ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА БЕЗОПАСНОСТИ	
ПИТАНИЯ	. 66
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОДУКТЫ ИЗ ГМО	. 67
СОСТОЯНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ СЗГМУ ИМ И. И.	60
МЕЧНИКОВА	
ГИГИЕНА ТРУДА И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ЛАЗЕРНЫХ ПРОЕКТОРОВ ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОМЫШЛЕННОЙ ЛАЗЕРНОЙ УСТАНОВКИ	. 69
	70
TRUELASER 7040 NEWГИГИЕНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АЭРОНИЗАЦИИ В ПРОМЫШЛЕННОСТИ НА	. /0
ПРИМЕРЕ ОАО НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ	
ПРИМЕРЕ ОАО НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ «ЛАЛЬНЯЯ СВЯЗЬ»	71
«ДАЛЬПИЯ СБИЗЬ» ОЦЕНКА РИСКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА	. /1
ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН-РАБОТНИЦ ПОЧТОВОЙ СВЯЗИ Г. САНКТ-	
эдоговые женщин-гавотниц почтовой связит. санкт- ПЕТЕРБУРГА	72
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПОСЛЕ	. 12
ПРОВЕДЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ШОУ.	73
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ	
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ	
«ОГАДИВАЛЬ» В ЛЕЧЕНИИ АКТИНИЧЕСКОГО ХЕИЛИТА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕРМАТОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ	. /4
НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИНОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ	75
ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ АКНЕ	
инфекционные болезни	
ОСОБЕННОСТИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	. / 0
ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	. 76

АНАЛИЗ ВСПЫШКИ ЭНТЕРОВИРУСНОИ ИНФЕКЦИИ В ВОРОНЕЖСКОИ	
ОБЛАСТИ	77
АНАЛИЗ ОБМЕНА ГЛИКОПРОТЕИДОВ У ДЕТЕЙ С РОТАВИРУСНОЙ	
ИНФЕКЦИЕЙ.	78
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ИНФЕКЦИОННОГО	
МОНОНУКЛЕОЗА АССОЦИИРОВАННОГО С ВИРУСОМ ГЕРПЕСА 6 ТИПА	79
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КРИПТОКОККОВОГО МЕНИНГИТА БЕЗ ВИЧ-	
ИНФЕКЦИИ	80
ИНФЕКЦИИОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ	
СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ	81
ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ НА	
СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭКСПЕРТИЗЫ СЛУЧАЕВ С	
ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ	82
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ	
ТЕРАПИИ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ	83
СКРИНИНГ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ	
БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ ИНГИБИТОРАМИ ФНО-А.	
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДОВ СКРИНИНГОВОГО	
ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ	
БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.	84
СОСТОЯНИЕ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ БЕЛКОВ И	
СОДЕРЖАНИЕ СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПЕПТИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У	
БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ	85
СОСТОЯНИЕ СИСТЕМНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ	
БРУЦЕЛЛЕЗОМ	86
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА БИОХИМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК	
СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ И КРОВИ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ В	
СРАВНЕНИИ С НЕИНФИЦИРОВАННЫМИ БОЛЬНЫМИ	87
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАГНОЗОВ НАПРАВЛЕНИЯ И	
КЛИНИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ НА ПРИМЕРЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО	
ОТДЕЛЕНИЯ КИБ ИМ. БОТКИНА	
КАРДИОЛОГИЯ	89
АНАЛИЗ ТРЕХЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ВЛИЯНИЯ	
КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ НА РАЗВИТИЕ СМЕРТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ	
OT XCH	89
АНАЛИЗ ТРЕХЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ	
СРОКОВ РАЗВИТИЯ СМЕРТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОТ ХСН	
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	91
К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ	
ПРЕДСЕРДИЙ	92
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ	
ЗАБОЛЕВАНИЯ И РИСК СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	93
ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА БОЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИАЛЬНЫМ	
СИНДРОМОМ Х.	94
ПРИЕМ МАЛЫХ ДОЗ АСПИРИНА КАК ФАКТОР РИСКА НПВП-	
ГАСТРОПАТИЙ	95

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМОВ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДБОРА	
ЭФФЕКТИВНОЙ ДОЗЫ МЕТОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ	
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	97
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИБС У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТОВ	98
РОЛЬ ЦИТОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ	
C KCX	99
СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ	
ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ	
ЦИТОПРОТЕКТОРОМ МЕКСИКОР И ТРАДИЦИОННОЙ	
АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	100
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН	
РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.	101
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА 4 ТИПА	102
КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА	102
ПОТРЕБЛЕНИЕ ВИТАМИНА К, ПРОФИЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ	
/БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ГЕНОТИП У БОЛЬНЫХ, ПРИНИМАЮЩИХ	
ВАРФАРИН	102
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТИРОВАНИЯ ОПТИКО-ЭЛЕКТРОННОЙ СИСТЕМЫ	
НЕИНВАЗИВНОГО КОНТРОЛЯ ГЛЮКОЗЫ	103
КЛИНИЧЕСКАЯ НЕВРОЛОГИЯ	104
ИЗУЧЕНИЕ МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ	
МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	104
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО	
МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТАКЛИНИТОНЬНЫХ ЛАКУНАРНЫХ	105
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МАЛОСИМПТОМНЫХ ЛАКУНАРНЫХ	
ИНСУЛЬТОВ	106
МИКРОКРОВОИЗЛИЯНИЯ В ВЕЩЕСТВО ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК	
МАРКЁР ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ	107
КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ	
АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ В РСО АЛАНИЯ	108
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	
ЛЕКАРСТВЕННОГО ПНЕВМОНИТА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО	
СЛУЧАЯ	109
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА	
ОАТР1В1*5 У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, И ЕГО	
СВЯЗЬ С ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ СТАТИНОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ	
ПРАКТИКЕ	
КОММУНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА	111
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА САНИТАРНО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ	
ИССЛЕДОВАНИЙ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ ЦЕХА ВАКУУМНЫХ ФИЛЬТРОВ	
ОЧИСТНЫХ СООРУЖЕНИЙ ЦЕЛЛЮЛОЗНО-БУМАЖНОГО КОМБИНАТА	111
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ КЛАДБИЩ	112
ИССЛЕДОВАНИЕ СВОЙСТВ ВОДЫ НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ ПОЧВЕННЫХ	110
FOPN3OHTOB	113
МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ЛИСТЬЕВ БЕРЁЗЫ	114

Оценка Риска здоровью населения при эксплуатации	
ЗАПАДНОГО СКОРОСТНОГО ДИАМЕТРА (ЗСД)РОЛЬ БРЮХОНОГИХ МОЛЛЮСКОВ В ФОРМИРОВАНИИ БЕНТОСНЫХ	115
СООБЩЕСТВ МУРИНСКОГО ПРУДА	116
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ	
ЗАГРЯЗНЕНИЙ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ С ЭЛЕМЕНТАМИ ОЦЕНКИ РИСКА	
ЗЛОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ.	117
СРАВНЕНИЕ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В РОДНИКАХ СЕРАФИМА	
САРОВСКОГО В П. ПЕСОЧНОЕ	118
УРБАНИЗАЦИЯ КАК ПРИЧИНА УХУДШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ	
МЕГАПОЛИСА	119
ХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И БИОТЕСТИРОВАНИЕ ОБВОДНОГО КАНАЛА	120
ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ	
ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ИНДУКЦИЮ АПОПТОЗА	
КЛЕТОК МЕЛАНОМЫ КОЖИ ЧЕЛОВЕКА	121
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ ПЛОДА: ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ И ЧАСТОТЫ	
ВЫЯВЛЕНИЯ МЕТОДОМ УЗИ ДИАГНОСТИКИ В Г. АКТОБЕ	122
ДАКРИОЦИСТОРЕНТГЕНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ	123
ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (ФДТ) В НЕОАДЪЮВАНТНОМ РЕЖИМЕ	
В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ	124
МЕДИЦИНСКАЯ БИОЛОГИЯ	125
ЕС-КЛЕТКИ ЭПИТЕЛИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ МОРСКИХ	
СВИНОК ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА	125
МЕЛИПИНСКАЯ МИКРОБИОЛОГИЯ	126
АНАЛИЗ РАСПРОСРЕНЕННОСТИ БЕТА-ЛАКТАМАЗ СТАФИЛОКОККОВ	
КАК ПРИЧИНЫ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ИНДИКАЦИИ	
МЕТИЦИЛЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ РУТИННЫМИ СПОСОБАМИ	126
ИЗМЕНЕНИЕ ФАКТОРОВ ПАТОГЕННОСТИ STAPHYLOCOCCUS AUREUS	
ПРИ ЧАСТОТНО-РЕЗОНАНСНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ	
ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗДУХА УЧЕБНОГО КАБИНЕТА И ЖИЛОЙ КОМНАТЫ.	128
К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИММУНОДИАГНОСТИКИ У ЖЕНЩИН	
С НЕУДАЧНЫМ ИСХОДОМ ЭКОМИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ УЧЕБНОГО КЛАССА	129
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ УЧЕБНОГО КЛАССА	130
ОПРЕДЕЛЕНИЕ МУТАГЕННОЙ АКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ МИКОТОКСИНОВ	
	131
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛАССИЧЕСКОЙ БАКТЕРИОЛОГИИ И	
MALDI-TOF MACC-СПЕКТРОМЕТРИИ С ЦЕЛЬЮ РУТИННОЙ	
ИДЕНТИФИКАЦИИ СТАФИЛОКОККОВУСТОЙЧИВОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ БАКТЕРИЙ-КОНТАМИНАНТОВ	131
УСТОЙЧИВОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ БАКТЕРИЙ-КОНТАМИНАНТОВ	
ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ РАСТВОРОВ	
МОРФОЛОГИЯ	
АНАТОМИЯ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА	
АНОМАЛИИ МОЧЕТОЧНИКА И ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ.	134
АРТЕРИАЛЬНЫЕ АНАСТОМОЗЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА	135

АССОЦИАТИВНЫЕ ЗОНЫ ВТОРОИ СИГНАЛЬНОИ СИСТЕМЫ В КОРЕ	
ПОЛУШАРИЙ БОЛЬШОГО МОЗГА	136
ВАРИАНТЫ КРОВОСНАБЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА ЧЕЛОВЕКА	136
ВАРИАНТЫ МОРФОЛОГИИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО УГЛА	137
ВАРИАНТЫ СТРОЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО КРУГА БОЛЬШОГО МОЗГА	138
ВАРИАНТЫ ТОПОГРАФИИ И СТРОЕНИЯ ЖЕЛУДКА ЧЕЛОВЕКА	138
ЗАВИСИМОСТЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ЖЕЛУДКА ОТ ПОЛА И	
ТИПА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА	139
ТИПА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА	
ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕИ	139
МЕТОДИКИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА	
МОРФОФИЗИОЛОГИЯ РЕТИКУЛЯРНОЙ ФОРМАЦИИ	141
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА	
ЧЕЛОВЕКА	142
ОСОБЕННОСТИ КРОВОСНАБЖЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА	142
ОСОБЕННОСТИ МУСКУЛАТУРЫ БОРЦОВСОВРЕМЕННЫЕ ДАННЫЕ ОБ ЭНДОТЕЛИИ КРОВЕНОСНЫХ И	143
СОВРЕМЕННЫЕ ДАННЫЕ ОБ ЭНДОТЕЛИИ КРОВЕНОСНЫХ И	
ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ	143
ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВСРАВНИТЕЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНУТРЕННИХ	
ОРГАНОВ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ В УСЛОВИЯХ УПОТРЕБЛЕНИЯ	
АЛКОГОЛЯ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ	
ТОПОГРАФИЯ И КРОВОСНАБЖЕНИЕ НАДПОЧЕЧНИКОВ	145
ТОПОГРАФИЯ И МОРФОЛОГИЯ ЛИМФОИДНЫХ БЛЯШЕК ТОНКОЙ	
КИШКИ КРЫСЫ	146
ТОПОГРАФИЯ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА ШЕИ	146
ТОПОГРАФОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЕ ОСНОВНЫХ	
СТРУКТУР КОРНЯ ЛЕГКОГО ЧЕЛОВЕКА	147
НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ	148
ВЕЩЕСТВА АМФЕТАМИНОВОГО РЯДА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА	
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМАВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПОВ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И	148
ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПОВ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И	
АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ	149
ВЛИЯНИЕ БАРБИТУРАТОВ НА РЕТИКУЛЯРНУЮ ФОРМАЦИЮ	149
ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА УСТОЙЧИВОСТЬ ВНИМАНИЯ	
И ПСИХОМОТОРНЫЕ РЕАКЦИИ СТУДЕНТОВ 2 КУРСА	
ВЛИЯНИЕ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА НА ОБУЧЕНИЕ	
ВЛИЯНИЕ МУЗЫКИ НА ПСИХОФИЗИОЛОГИЮ ЧЕЛОВЕКА	
ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ НА ОБМЕН ВЕЩЕСТВ	153
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ	
МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КОНЪЮНКТИВЫ ГЛАЗА У СТУДЕНТОВ	154
ВЛИЯНИЕ СИСТЕМ АВО И РЕЗУС-ФАКТОРА КРОВИ НА	
ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ	154
ВРЕМЯ СЕНСОМОТОРНОЙ РЕАКЦИИ ПОСЛЕ ВДЫХАНИЯ ТАБАЧНОГО	
ДЫМА У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ.	155
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АКТИВНЫХ ФОРМ В ИЗУЧЕНИИ ФИЗИОЛОГИИ И ИХ	
ВЛИЯНИЕ НА МОТИВАЦИЮ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ	156

ИССЛЕДОВАНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ И МЕХАНИЧЕСКОЙ	
АКТИВНОСТИ СЕРДЦА ПОД ВЛИЯНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ1	157
ИССЛЕДОВАНИЕ РЕАКЦИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И	
СИСТЕМЫ КРОВИ У МОНОЗИГОТНЫХ БЛИЗНЕЦОВ В УСЛОВИЯХ	
ГИПОКСИИ1	158
К ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА С	
ПОМОЩЬЮ ДОЗИРОВАННЫХ ТЕПЛОВЫХ НАГРУЗОК 1	159
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГРАНУЛОЦИТОВ И	
МОНОЦИТОВ КРОВИ В НОРМЕ И ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОИДНОМ	
ЛЕЙКОЗЕ1	159
НАРУШЕНИЕ ПРОЦЕССА ПИСЬМА И КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У	
МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И	
ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ1	160
ОТРАЖЕНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ	
ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ОСОБЕННОСТЯХ	
СИГНАЛА ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ1	161
ОЦЕНКА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ	
НОСА ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ С ПОМОЩЬЮ ЛАЗЕРНОЙ	
ДОПЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ1	62
ОЦЕНКА УРОВНЯ РЕАКТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У	
СТУДЕНТОВ І И ІІ КУРСОВ1	163
ОЧЕВИДНЫЕ И НЕОЧЕВИДНЫЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	
ЭМОЦИЙ1	64
ПЕРФУЗИЯ ИЗОЛИРОВАННОГО СЕРДЦА ЖИВОТНЫХ С	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕРФУЗОМАТОВ1	165
ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ В НОРМЕ И ПРИ СТРЕССЕ1	166
СОЗДАНИЕ УЧЕБНОГО ВИДЕОФИЛЬМА	
«ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЦНС» 1	167
СРАВНЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ МОТОРНОЙ АСИММЕТРИИ У ЮНОШЕЙ И	
ДЕВУШЕК ДЛИТЕЛЬНО ОБУЧАЮЩИХСЯ ИГРЕ НА КЛАВИШНЫХ	
ИНСТРУМЕНТАХ1	168
СРАВНЕНИЕ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У КУРЯЩИХ И	
НЕКУРЯЩИХ ЛЮДЕЙ1	169
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕТИКУЛЯРНОЙ	
ФОРМАЦИИ1	170
ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ЕГО СОМАТИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ И	
ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ1	
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 1	172
АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЛЕТНЕЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ	
СТУДЕНТОВ 5 КУРСА	172
АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ	
ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ	173
АНАЛИЗ ПРИЧИН, ВЛИЯЮЩИХ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ	
ПОКАЗАТЕЛИ ОТ БСК В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН, НА ПРИМЕРЕ	
ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ1	174

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОИ ЗРЕЛОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ В	
МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО	
ПРОСТРАНСТВА1 ИЗ ИСТОРИИ РИМСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ИСТОРИЧЕСКОГО МУЗЕЯ	174
	175
МЕДИЦИНЫ1 ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ	175
ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ1	176
ИЗУЧЕНИЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ, ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И	. 70
ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ	
В ОТДЕЛЕНИЯХ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ	
	177
ИЗУЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С	
ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ПРОЦЕССЕ	
СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ1	178
ИССЛЕДОВАНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕЛЬЮ	
СОСТАВЛЕНИЯ РЕЙТИНГА ВЕДУЩИХ СТАЦИОНАРОВ САНКТ-	
ПЕТЕРБУРГА1	179
К ВОПРОСУ О ПОСТАНОВКЕ ДОСТОВЕРНОГО ДИАГНОЗА ПРИ	
ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ СПЕЦИАЛИСТАМИ	
СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ1	180
МЕДИКО-САНИТАРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОЛИМПИЙЦЕВ, УЧАСТВУЮЩИХ	
В СОРЕВНОВАНИЯХ ПО ЛЫЖНЫМ ГОНКАМ И БИАТЛОНУ ВО ВРЕМЯ	
ПРОВЕДЕНИЯ ХХІІ ОЛИМПИЙСКИХ ЗИМНИХ ИГР (СОЧИ 2014)1	181
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ,	
НАХОДЯЩИХСЯ В ОТДЕЛЕНИЯХ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, РЕАНИМАЦИИ И	
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ1	182
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НЕПАЛА 1	183
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН	104
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА	184
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ И	105
ЗДРАВОХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ИНДОНЕЗИИ1 ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ВОЛОНТЁРСКОГО ЦЕНТРА ДЛЯ	193
ОРІ АПИЗАЦИЯ МЕДИЦИПСКОІ О ВОЛОП І ЕРСКОІ О ЦЕП ГРА ДЛЯ ПОПРОТОВИЯ И А ПВОВ	102
ПОДГОТОВКИ КАДРОВ1 ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ	100
ОСОВЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КА-ЕСТВА ЖИЗНИ НАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В МЕГАПОЛИСЕ1	197
ПОЖИЛОГО И СТАГЧЕСКОГО ВОЗГАСТА В МЕГАПОЛИСЕ ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО	107
ЖИЗНИ РАБОТНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ1	1 2 2
ОЦЕНКА УРОВНЯ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО	100
ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ1	189
СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТА С ТРАВМОЙ В ПЕРИОД	
ХОЛОДНОГО ВРЕМЕНИ ГОДА1	190
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНТОВ	- 0
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА1	191
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ	-
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭСТОНИИ И РОССИИ1	192
, ,	

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ВОЗ И	
СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХОБЛ В	
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ1 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ	193
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ	
ДИАБЕТОМ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ1	194
ФАКТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ САМОЛЕЧЕНИЯ В ГОРОДЕ СЕМЕЙ 1	195
ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ,	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН1	196
ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ	197
	197
БИОМИКРОСКОПИЯ В ИЗУЧЕНИИ МИКРОГЕМОДИНАМИКИ КИШКИ ПРИ	
ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ И ЕЕ	
ПРИДАТКОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРИТОНИТОМ 1	
ВЗГЛЯДЫ РАЗЛИЧНЫХ КОНФЕССИЙ НА КОНТРАЦЕЦИЮ1	
ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГА ПРИ РАНЕНИЯХ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ 2	200
ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ТКАНЕЙ ПЕЧЕНИ ПРИ	
ИМПЛАНТАЦИИ НОВОГО ОБРАЗЦА ПОЛИМЕРНОГО	
КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО АППЛИКАЦИОННОГО СРЕДСТВА2	201
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТАКТИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ	
ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГОЛОВЫ И	
ЖИВОТА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА	202
ИЗМЕНЕНИЕ ПЛАНТАРНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОТДАЛЁННЫЕ СРОКИ У	
БОЛЬНЫХ ПОДВЕРГШИХСЯ ОПРЕАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНО-	
НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ. 2	204
ИЗУЧЕНИЕ ТИПОВОЙ АНАТОМИИ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ	
МЕТОДОМ РЕГРЕССИОННОГО АНАЛИЗА	205
ИЗУЧЕНИЕ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ	• ^ -
ЖЕЛЕЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛАСТЕРТНОГО АНАЛИЗА	206
ИЗУЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОАКУПУНКТУРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ	305
КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ	207
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АССИМЕТРИЧНОГО «ПЛАВАЮЩЕГО» МИНИДОСТУПА ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА	
МИНИДОСТУПА ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА	300
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ2 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ	208
использование видеоассистированных оперативных ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ	200
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.	2Uソ 21A
КАЧЕСТВО ЖИЗПИ ВОЛЬНЫХ С СИПДГОМОМ ДИАВЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: 2 КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ	210
ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ2)11
КЛИНИЧЕСКОЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	211
РЕГЕНЕРАЦИИ АКСОНОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ НЕВРОПАТИЯХ	112
КОНСТРУКЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ СОВРЕМЕННЫЙ	-12
ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ	213
КОНТРАЦЕПЦИЯ СО СТОРОНЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ	
ЛЕЧЕНИЕ КРАНИООРБИТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В УСЛОВИЯХ	
МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА	215
1	_

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТКАНЕЙ ПОЧКИ ПОСЛЕ	
ВНЕДРЕНИЯ В НЕЁ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИХ ИМПЛАНТАТАТОВ	216
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ У ПАЦИЕНТОК	
С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ	216
НОВЫЙ ПРИНЦИП ИЗУЧЕНИЯ ТОПОГРАФИИ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ	
ЖЕЛЕЗ: ОТ МОРФОЛОГИИ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ	217
ОДИН ИЗ СПОСОБОВ ЗАВЕРШЕНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С	
ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ВЫРАЖЕННЫМИ РУБЦОВЫМИ	
ИЗМЕНЕНИЯМИ В ОБЛАСТИ ШЕЙКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ	219
ОСОБЕННОСТИ ПОСТНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА ОКЛОЩИТОВИДНЫХ	
ЖЕЛЕЗ	220
ЖЕЛЕЗОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С	
ДИАГНОЗОМ «ЭНДОМЕТРИОЗ»	221
ДИАГНОЗОМ «ЭНДОМЕТРИОЗ»О ПРИМЕНЕНИЯ	
МЕТРОНИДАЗОЛА В СРАВНЕНИИ С ОРАЛЬНЫМ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ	
ВАГИНОЗЕ	221
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВНУТРИБРЮШНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ,	
ТРЕБУЮЩИЕ РЕЛАПАРОТОМИИ	222
ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ	
ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ	223
ПРОЛАНГИРОВАННЫЙ РЕЖИМ ПРИЕМА КОМБИНИРОВАННЫХ	
ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ	
СИСТЕМЫ	224
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ 15-ЛЕТНЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭНДОКРИННОГО ЦЕНТРАТОТО В НЕГОВИДНОЙ И ТРАНСФАРИНГЕАЛЬНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП К ЩИТОВИДНОЙ И	224
ТРАНСФАРИНГЕАЛЬНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП К ЩИТОВИДНОЙ И	
ОКОЛОЩИТОВИДНЫМ ЖЕЛЕЗАМХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИИРОВАННОГО РАКА	226
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИЗ АССИМЕТРИЧНОГО МИНИДОСТУПА	227
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РИНОСИНУСОГЕННЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ	
ОСЛОЖНЕНИЙ	228
ЦУКАНОВ ЮРИЙ ТИХОНОВИЧ - ОСНОВОПОЛОЖНИК МИНИМАЛЬНО	
ИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	229
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ	
	230
ЭТАПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВО-МАШОНОЧНЫХ ГРЫЖ С	
ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ	
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ	232
ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ	
ПОД ВЛИЯНИЕМ АУДИОУСТРОЙСТВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	232
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ СЛУХОВОГО	
ДИСКОМФОРТА У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ТУГОУХОСТИ	
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕСБИАКУЗИИ	234
ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДА ТИМПАНОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ	
СТРУКТУР СРЕДНЕГО УХА	234

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБЪЕКТИВНОИ ЗРИТЕЛЬНОИ ВЕРТИКАЛИ В	
ДИАГНОСТИКЕ ВЕСТИБУЛОПАТИЙ	235
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ	
КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЦЕПТИВНЫМИ	
НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА	236
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ	
	237
ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ УШНОГО ШУМА СРЕДИ ДЕТЕЙ	238
	239
О ВОЗМОЖНОСТЯХ КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕФРАКЦИОННОЙ	
ХИРУРГИИ	239
МОНИТОРИНГ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У	
СТУДЕНТОВ ТЕХНИЧЕСКИХ ВУЗОВ	240
ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА» У БОЛЬНЫХ ГЛАУКОМОЙ	
ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ МЕСТНЫХ ГИПОТЕНЗИВНЫХ	
СРЕДСТВ	241
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ БИОМЕТРИЯ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА СТУДЕНТОВ	
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА СО СНИЖЕННОЙ ОСТРОТОЙ ЗРЕНИЯ.	242
ЦВЕТОИМПУЛЬСНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ МИОПИИ	
	243
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ	244

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА СЗГМУ ИМ.И.И.МЕЧНИКОВА. РУКОВОДИТЕЛИ И КОНФЕРЕНЦИИ СНО

Силин А.В., Свиридова Д.С., Костюкевич С.В., Анисимов В.Н.

Студенческое научное общество, как координатор деятельности отдельных кружков, было организовано в 1928 году, и с тех пор не прекращает свою активную деятельность. К сожалению, в силу различных причин (смена клинических баз вуза, Великая Отечественная война и блокада Ленинграда, распад СССР и перестройка) не удалось сохранить архив материалов СНО, неизвестны и имена людей, руководивших его работой непосредственно после создания. Но некоторую часть информации нам все же удалось восстановить.

Листая страницы истории студенчества нашего Университета, необходимо вспомнить, что вуз за долгие годы своего существования неоднократно переименовывался: Психоневрологический институт - 1907г., с 1911г. - Медицинский институт, с 1920г. - Государственный институт медицинских знаний (ГИМЗ), с 1930г. - 2-ой Ленинградский медицинский институт (2-ой ЛМИ), с 1947г. - Ленинградский санитарно-гигиенический медицинский институт (ЛСГМИ), с 1994г. - Санкт-Петербургская Государственная Медицинская Академия им. И. И. Мечникова, с 12 октября 2011 года - Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, образованный в результате слияния двух старейших образовательных медицинских учреждений России - Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования и Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова.

Первый студенческий научный кружок в нашем Университете — психоневрологический — был основан в 1923 году, в то время в Государственном институте медицинских знаний (ГИМЗ). Цель его создания заключалась в углублении и расширении практических и теоретических знаний, получаемых студентами при прохождении академического курса. Впоследствии начали открываться и другие кружки, возникла необходимость в создании единого координатора научной деятельности кружков, и в 1928 году в ГИМЗ было организовано студенческое научное общество (СНО). Основная задача СНО заключалась в организации и проведении студенческих научных конференций, в процессе которых студенты делились своим опытом и идеями с коллегами из других медицинских вузов страны и из-за рубежа.

Начнем с 9 мая 1945 года. Закончилась Великая Отечественная война, постепенно жизнь входила в мирное русло. Восстановилась педагогическая, лечебная и научно-исследовательская деятельность 2-го Ленинградского медицинского института. В 1945 г. на кафедру фармакологии 2-го ЛМИ, в качестве заведующего, был приглашен Сергей Викторович Аничков, возобновивший и возглавивший работу СНО вуза [4]. С.В.Аничков родился в 1892 г. в Санкт-Петербурге в дворянской семье. В 1909 г. поступил в Императорскую Военно-медицинскую академию. Будучи студентом, занимался научными исследованиями на кафедре физиологии, которой руководил академик И.П.Павлов. В 1912г. был исключен из академии за участие в революционном кружке. После демобилизации из Русской Армии в 1917г. продолжил образование сначала в Казанском университете, затем в Петроградском медицинском институте. После окончания института преподавал на кафедре фармакологии с рецептурой ВМА (1919—1922гг.). В 1922г. под руководством академика Н.П. Кравкова выполнил докторскую диссертацию «О деятельности сосудов изолированных пальцев здоровых и больных людей». Работал в должности ассистента, затем доцента на кафедре фармакологии ВМА.

В 1937г. С. В. Аничков по доносу ассистента Н.Г.Полякова был арестован, обвинен в измене Родине и приговорен к 10 годам заключения и 5 годам «поражения в правах». Срок отбывал в Средней Азии. Некоторое время работал санитаром в лагерной медсанчасти. В 1942 г. был переведен в специальную лабораторию, в которой разрабатывались препараты-антидоты для лечения отравлений боевыми отравляющими веществами. Выполнил там 12 секретных экспериментальных работ, которые имели большое значение для повышения обороноспособности страны.

В 1944г. С.В.Аничков был досрочно освобожден за хорошую работу и примерное поведение. Непродолжительное время работал врачом в воинской части и научным сотрудником в Наркомздраве СССР в Москве. В 1945г. вернулся в Ленинград. В том же году был избран заведующим кафедрой фармакологии 2-го ЛМИ, которой руководил до 1963г. В 1948 г. создал отдел фармакологии в Институте экспериментальной медицины, где организовал исследования по наиболее актуальным проблемам нейрофармакологии [10].

В 1946г. на смену С.В.Аничкову в качестве заведующего СНО 2-го ЛМИ пришел Симон Михайлович Рысс. С.М. Рысс родился в 1896г. в г.Ростове-на-Дону. В 1920г. окончил медицинский факультет Донского университета. Затем последовательно работал врачомординатором в клинике и ассистентом на кафедре факультетской терапии Военно-медицинской академии. В 1929–1935гг. — научный сотрудник физиологической лаборатории И.П.Павлова в Институте экспериментальной медицины. В 1935г. защитил докторскую диссертацию «Клиническое значение желчной функции печени (к вопросу о желчно-пузырном рефлюксе и пигментном обмене)». Одновременно заведовал терапевтическим отделением в городской больнице «В память 25 Октября (1933–1936 гг.), работал старшим научным сотрудником и заведующим терапевтическим отделением в Ленинградском научно-исследовательском институте гематологии и переливания крови (1933–1947гг.). В 1936–1938гг. занимал должность директора Ленинградского научно-исследовательского института питания.

В 1938–1968 годах С.М. Рысс возглавлял кафедру пропедевтической терапии (пропедевтики внутренних болезней) 2-го ЛМИ (ЛСГМИ с 1947г.). В годы Великой Отечественной войны одновременно являлся консультантом ряда эвакогоспиталей Ленинградского фронта, проводил научные исследования. В 1946–1955 гг. возглавлял СНО 2-го ЛМИ — ЛСГМИ [2]. В это время были проведены XIV–XXII конференции студенческого научного общества ЛСГМИ. В 1961г. по инициативе С.М. Рысса при кафедре пропедевтики внутренних болезней были открыты гастроэнтерологическая лаборатория АМН СССР и гастроэнтерологическая клиника, которые стали научным и учебно-методическим центром

В 1955—1962 гг. научным обществом вуза руководил Юлий Михайлович Уфлянд. Ю.М. Уфлянд родился в 1897г. в г.Минске. В 1922 г. окончил биологическое отделение физикоматематического факультета Петроградского университета. Затем работал ассистентом, а с 1931 г. — доцентом на кафедре физиологии Государственного института медицинских знаний — 2-м ЛМИ в последующем. В 1935г. утвержден в ученой степени доктора медицинских наук, в 1937 г. — в звании профессора, в 1939г. избран на должность заведующего кафедрой физиологии этого вуза, возглавлял ее до 1971г. В течение ряда лет руководил секцией физиологов Ленинградского научного общества физиологов, биохимиков и фармакологов [10].

За время работы Ю. М. Уфляндом заведующим СНО в ЛСГМИ ежегодно проводились весенние конференции научного общества (в их числе «ХХХ юбилейная конференция научного студенческого общества, посвященная 40 летию ВЛКСМ и 50 летию со дня основания института», «ХХХІV конференция научного студенческого общества, посвященная ХХІІ съезду Коммунистической партии Советского союза»). Также в 1957г. появилась, ставшая впоследствии ежегодной, «Научно-практическая конференция студенческого научного общества», проводившаяся обычно в середине ноября или декабря («29-я научная студенческого конференция, посвященная 40-летию Великого Октября», «31 конференция научного студенческого общества, посвященная ХХІ съезду Коммунистической партии Советского союза», «IV научно-практическая конференция студенческого научного общества»). Стоит отметить, что они имели статус междугородних. «В конференции, кроме студентов и преподавателей нашего института, принимают участие представители медицинских институтов Киева и Риги» [6].

В рамках мероприятия проводилось награждение участников: «Конференция прошла живо и интересно. За лучшие работы ряду студентов были вручены почетные грамоты Министерства высшего образования СССР. За хорошее руководство нашим научным студенческим обществом вручена Почетная грамота и профессору Ю.М. Уфлянду» [1].

Студенты нашего учебного заведения и сами участвовали в конференциях, проводимыми другими вузами: 19–20 апреля 1957 г. — III научная студенческая конференция в

Калининском медицинском институте [7]; 17 мая 1957г. — Студенческая конференция НСО Одесского медицинского института им. Н. И. Пирогова [3].

В 1962г. должность заведующего СНО ЛСГМИ принял Георгий Николаевич Чистович. Г. Н. Чистович родился в 1914 г. в Ленинграде. В 1936 г. с отличием окончил 1-й ЛМИ имени академика И.П. Павлова, затем обучался в аспирантуре на кафедре микробиологии. После защиты в 1939 г. кандидатской диссертации «Биология палочки Моргана и ее место в системе микроорганизмов» был призван в Красную Армию, где служил сначала в качестве начальника лаборатории кафедры инфекционных болезней ВМА имени С.М. Кирова, затем младшего преподавателя и преподавателя этой кафедры. В 1939–1948 гг. по совместительству работал доцентом на кафедре микробиологии 1-го ЛМИ. В апреле 1949 г. Министерством Обороны СССР был направлен на выполнение специальной научной темы. В декабре 1950г. был арестован органами Министерства государственной безопасности и в сентябре 1951г. осужден Особым совещанием на 5 лет лишения свободы. В апреле 1953 г. Г.Н. Чистович освобожден, а в 1957г. реабилитирован.

В 1953—1960 гг. ученый работал под руководством академика В. И. Иоффе заведующим лабораторией отдела микробиологии в Институте экспериментальной медицины. В 1957г. защитил докторскую диссертацию «Биологическая характеристика стафилококков и ее связь с условиями обитания этих микробов».

В 1960г. Г.Н. Чистович избран заведующим кафедры микробиологии ЛСГМИ и оставался в этой должности до конца жизни [10].

За время пребывания его в должности заведующего СНО вуза были проведены следующие конференции: с XXXVI по XL годичные конференции студенческого научного общества, «VI–IX научно-практические конференции студенческого научного общества», «Научная конференция студентов санитарно-гигиенических факультетов медицинских институтов РСФСР и Ленинградского санитарно-гигиенического института», «Годичная конференция аспирантов и ординаторов», «Научно-практическая конференция научного студенческого общества Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института, посвященная 100-летию со дня рождения В.И. Ленина».

В 1969г. руководителем СНО стал Ефим Шмуйлович Герловин. Е.Ш. Герловин родился в г. Харькове в 1923г. После окончания средней школы в 1941 г. был призван в Красную Армию и направлен на обучение в г.Куйбышев в Военно-медицинскую академию. В 1942г. был переведен в Военно-медицинскую академию им. С. М. Кирова (Ленинград), которую окончил в 1946г. В 1947г. был принят на обучение в аспирантуру на кафедру гистологии и эмбриологии ЛСГМИ. В 1951г. защитил кандидатскую диссертацию «Эволюционная динамика выстилки переднего отдела пищеварительной системы позвоночных животных и человека». В том же году избран ассистентом, а в 1959г. — доцентом этой кафедры. В 1962 г. защитил докторскую диссертацию «Развитие и реактивность больших слюнных желез в онтогенезе».

В 1964 г. Е. Ш. Герловин был избран заведующим кафедрой биологии ЛСГМИ. Одновременно в 1966—1978гг. работал научным руководителем морфологического отдела ЦНИЛ [10].

В период его руководства СНО были проведены «II научная конференция студенческого научного общества с докладами на иностранных языках», 43 и 44 конференция научного студенческого общества Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института, «XII научно-практическая конференция студенческого научного общества Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института», «XIII научно-практическая конференция и конференция по общественным наукам студенческого научного общества Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института».

В 1971г. его сменил Рауэль Хасанянович Яфаев. Р.Х.Яфаев родился в 1923 г. в г.Уфе. После окончания в 1944 г. военного факультета 2-го Московского медицинского института служил в рядах Советской Армии врачом мотострелкового батальона, старшим врачом самоходного артиллерийского полка, корпусным эпидемиологом на 1-м Белорусском фронте. С 1946г. — командир санэпидвзвода в Туркенстанском военном округе. В 1948–1952гг. обучался в адъюнктуре на кафедре эпидемиологии ВМА им. С. М. Кирова. В 1953–1971гг. занимал

должности младшего преподавателя, преподавателя, старшего преподавателя, заместителя начальника кафедры общей и военной эпидемиологии академии. В 1965 г. защитил докторскую диссертацию на специальную тему.

В 1971г. Р.Х. Яфаев был избран заведующим кафедрой эпидемиологии ЛСГМИ и руководил ею в течение 20 лет [10].

В 1971—1981гг. проведены «45 конференция научного студенческого общества Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института», XIV — XXI научнопрактические конференции студенческого научного общества Ленинградского санитарногигиенического медицинского института, 46 — 54-я конференции и 5 — 13-я конференции на иностранных языках научного студенческого общества Ленинградского санитарногигиенического медицинского института, «Межвузовская студенческая научная конференция посвященная 100-летию со дня рождения 3.П. Соловьева», «Научно-практическая конференция по теме: "Проблемы охраны внешней среды"», «Научно-практическая конференция студенческого научного общества по теме: "УИРС на летней производственной практике"».

К 1980гг. значительно возросла популярность научного общества: в 47 научных кружках работало свыше 2700 студентов, в день СНО студенческие доклады звучали на английском, немецком, французском языках. «Об успехах нашего студенческого научного общества свидетельствуют и награды, которые завоевывают сангиковцы на олимпиадах, выставках, конференциях, конкурсах. Так, на выставке НТТС-79 семь наших сновцев были награждены дипломами ЛГК ВЛКСМ, Облсовпрофа, городского совета НИРС. На состоявшейся городской олимпиаде по биологии команда ЛСГМИ в шестой раз заняла первое место среди вузов медицинского профиля. На Всероссийской конференции по охране окружающей среды сновцы кафедры коммунальной гигиены удостоены премии МЗ РСФСР и почетных дипломов, многие студенческие научные работы отмечены на городском конкурсе» [9].

В 1982г. к руководству СНО пришел Александр Александрович Матышев. А.А. Матышев родился в 1930г. в г.Сенно Витебской области. В 1953г. окончил военно-морской факультет при 1-м ЛМИ имени академика И.П. Павлова. В 1953–1959гг. служил в Советской Армии в должности военного врача. В 1960–1963гг. обучался в адъюнктуре на кафедре судебной медицины ВМА имени С.М. Кирова. В 1963–1981гг. работал последовательно младшим преподавателем, преподавателем, старшим преподавателем на этой кафедре. В 1975 г. защитил докторскую диссертацию «Морфологическая характеристика и судебно-медицинская оценка тупой травмы таза». В 1981–1996гг. заведовал кафедрой судебной медицины ЛСГМИ—СПбГМА им. И.И. Мечникова [10].

За время руководства А.А. Матышева были проведены две научно-практические конференции научного студенческого общества Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института, 56 и 57-я научно-практические конференции и 15 - 16-я конференции на иностранных языках студенческого научного общества ЛСГМИ, «Студенческая научнотеоретическая конференция "Вопросы медицинской этики и деонтологии"», «Межвузовская студенческая научная конференция "Актуальные вопросы современной медицины"», «Межвузовская студенческая научная конференция на тему: "Научные основы гигиены окружающей среды"», «Отчетная научная конференция студенческого научного общества посвященная 40-летию победы в Великой Отечественной войне», «Осенняя научнопрактическая конференция студенческого научного общества», «Студенческая научнопрактическая конференция, посвященная 75-летию ЛСГМИ», «Научная конференция молодых ученых и студентов, посвященная 75-летию ЛСГМИ», 61 — 63-я научно-практические конференции студенческого научного общества ЛСГМИ, «Отчетная научная конференция студенческого научного общества ЛСГМИ», Отчетные научные конференции студенческого научного общества ЛСГМИ», Отчетные научные конференции студенческого научного общества ЛСГМИ», Отчетные научные конференции студенческого научного общества ПСГМИ», Отчетные научно-практические конференции студенческого научного общества СПСГМИ.

Также студенты участвовали в «Республиканской научной студенческой конференции "Инфекция и хирургия"» в Иркутском государственном медицинском институте [2]; «Всероссийской студенческой научной конференции "Физиология и патология сердечнососудистой системы"», проводившейся в г.Воронеже [11]; «Межвузовской студенческой

конференции "Патогенез и лечение нейродермита и экземы" вместе с коллегами из ЛПМИ, 1-го ЛМИ, слушателями ВМА им. С.М. Кирова [8].

В целях лучшей организации проводимых мероприятий было разработано «Инструктивное методическое письмо по основным формам представляемой в совет СНО ЛСГМИ документации» [5].

В качестве награды в июне 1985 г. «по итогам Всесоюзного смотра-конкурса вузов на лучшую организацию НИРС за 1982–1984 нашему институту присуждено I место среди медицинских вузов страны» [12].

В 1994г. должность научного руководителя СНО вуза заняла Валентина Васильевна Семенова. В. В. Семенова родилась в 1948г. в селе Подериха Бологовского района Тверской области. В 1974г. окончила ЛСГМИ, обучалась в аспирантуре. С 1977 г. — ассистент, с 1988г. — доцент кафедры общей гигиены ЛСГМИ. В 1994г защитила докторскую диссертацию «Проблемы совершенствования санитарно-гигиенического регламентирования ксенобиотиков в окружающей среде». В том же году заняла должность профессора кафедры [10]. В 1997г. стала зав.кафедрой общей гигиены.

Под ее началом СНО были проведены две «Научно-практические конференции молодых ученых и студентов», «Отчетная научно-практическая конференция выпускников 1993 г.», а также «Отчетная научная конференция сотрудников и научно-практическая конференция молодых ученых и студентов СПбГМА».

В 1998г. В. В. Семенову сменил Александр Сергеевич Нехорошев. А. С. Нехорошев родился в 1956г. в Калининграде. В 1983г. окончил ЛСГМИ. В 1983–1986гг. обучался в аспирантуре на кафедре гигиены труда. После защиты в 1987 г. кандидатской диссертации «Гигиеническая оценка влияния низкочастотных акустических колебаний на периферическую часть органа слуха» работал в должности ассистента на кафедре гигиены труда института. В 1997г. защитил докторскую диссертацию «Гигиеническое обоснование нормирования инфразвука и разработка мер профилактики по состоянию статоакустической системы». В том же году был избран доцентом, а в 2000г. — профессором кафедры гигиены труда СПбГМА им. И.И. Мечникова [10].

За период руководства А.С. Нехорошева были проведены три «Отчетные научные конференции сотрудников и научно-практические конференции молодых ученых и студентов СПбГМА», «Отчетная научная конференция сотрудников и Российская научно-практическая конференция студентов», «Проблемы охраны здоровья населения и окружающей среды. Отчетная научно-практическая конференция сотрудников и студентов СПбГМА им. И.И. Мечникова», «Отчетная научно-практическая конференция сотрудников и студентов СПбГМА им. И.И. Мечникова, посвященная 100-летию Больницы Петра Великого», «Проблемы укрепления здоровья и профилактика заболеваний. Отчетная научно-практическая конференция сотрудников и студентов СПбГМА им. И.И. Мечникова».

Приказом №403 от 16 ноября 2004 г. назначен действующий научный руководитель СНО СПбГМА им. И.И. Мечникова Сергей Владимирович Костюкевич. Костюкевич С.В. родился в 1962 в г.Павлодаре, после службы в рядах Советской Армии (1981-1983 гг.) в 1989гг. окончил ЛСГМИ, работал на кафедре медицинской биологии и общей генетики этого института. В 1993 г. досрочно защитил диссертацию кандидата медицинских наук по теме «Эндокринный аппарат эпителия червеобразного отростка человека в индивидуальном развитии и при воспалении». С 1994г. доцент, с 1998г. заведующий кафедрой. В 2004г. защитил диссертацию доктора медицинских наук по теме: «Эндокринный аппарат эпителия слизистой оболочки толстой кишки отдельных представителей позвоночных животных и человека в норме и некоторых видах патологии».

За время работы Костюкевича С.В. организованы и проведены следующие конференции: «Человек и его здоровье — 2005». Отчетная научно-практическая конференция сотрудников и студентов СПбГМА им. И.И.Мечникова, посвященная 60-летию Победы в Великой Отечественной Войне, конференция студентов "Человек и его здоровье — 2006", 80-ая конференция СНО "Человек и его здоровье-2007", посвященная 100-летию образования академии, «Региональная научно-практическая конференция студентов, молодых ученых и

специалистов Северо-Запада России, посвященная 100-летию Санкт-Петербургской государственной академии имени И. И. Мечникова», 81-я конференция студенческого научного общества "Человек и его здоровье — 2008", посвященная 80-летию образования СНО в академии, 82-я конференция студенческого научного общества СПбГМА им. И.И. Мечникова "Мечниковские чтения — 2009", 83-я конференция студенческого научного общества, посвященная 65-летию победы в Великой Отечественной войне "Мечниковские чтения — 2010", «Профилактическая медицина — 2010», 84-я конференция студенческого научного общества, посвященная 80-летию медико-профилактического факультета "Мечниковские чтения — 2011", «Профилактического научного общества "Мечниковские чтения — 2011", «Брофилактическая медицина — 2012", «Профилактическая медицина — 2013", «Профилактическая медицина — 2013", «Профилактическая медицина — 2013", «Профилактическая медицина — 2013", «Профилактическая медицина — 2013»

Члены совета СНО приняли активное участие в подготовке и проведении I, II и III Всероссийских форумов студентов медицинских и фармацевтических вузов России.

Команда Совета СНО СЗГМУ им. И.И.Мечникова в 2013 году заняла третье место в очном этапе I Всероссийского конкурса на лучшее молодёжное научное общество медицинских и фармацевтических вузов в городе Самара.

Литература

- 1. Захарова Р. Общеинститутская конференция НСО Газета. За медицинские кадры 10 мая 1957
- 2. Конференция в Сибири Газета. За медицинские кадры март 1983.
- 3. Коротков Д. Это сближает студентов. О поездке НСО в Одессу Газета. За медицинские кадры. 17 мая 1957.
- 4. Малыгина Е. И поддается гранит науки Газета. За медицинские кадры. 30 октября 1985.
- 5. Николаева Г. Удачи и заботы Газета. За медицинские кадры 14 января 1987.
- Орлова О. Студенческая научная конференция. Газета. За медицинские кадры 23 октября 1957.
- 7. Пучков В. Обменялись опытом. О поездке на конференцию НСО в г. Калинин Газета. За медицинские кадры. 24 мая 1957.
- Пушной Г. Межвузовская студенческая. Газета. За медицинские кадры. январь 1986
- 9. Что сделано. Газета. За медицинские кадры. май 1980.
- 10. Шабров А.В., Романюк В.П. Санкт-Петербургская Государственная медицинская Академия имени И.И. Мечникова. К 100-летию со дня основания. Часть 2 (1945 2007). СПб: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2008.
- 11. Шастин Н. На Всероссийской студенческой. Газета. За медицинские кадры. март 1987.
- 12. Яфаев Р.Х. Праздник науки. Газета. За медицинские кадры июнь 1985.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ, ПЕРИНАТОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ВОЗМОЖНЫХ ПРИЧИН НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

Стремилова Я.А. 6к. 642гр. ЛФ

Руководитель темы: *Неженцева Е.Л.* доц. каф. акушерства и гинекологии №1, к.м.н. **СЗГМУ им. И.И.Мечникова**

Актуальность

Невынашивание беременности — актуальная проблема, значение которой не только не уменьшается со временем, но, пожалуй, даже возрастает. Частота самопроизвольных прерываний беременности до 37 нед. составляет по материалам разных авторов от 15 до 25%. По данным экспертов ВОЗ, 15% всех зарегистрированных желанных беременностей заканчиваются спонтанными абортами. Хотя еще в начале-середине 80-х годов XX века, по данным ВОЗ, частота спонтанных абортов колебалась в диапазоне от 8 до 10%, частота преждевременных родов составляла 2-6%.

Пель

Целью настоящего исследования является изучение причин невынашивания беременности в различных возрастных группах с учетом фоновой патологии, наследственности, а так же в зависимости от приема КОК.

Материалы и методы

Проводилось проспективное наблюдение за 111 женщинами репродуктивного возраста на базе больницы Петра Великого г. Санкт-Петербурга в 2013г. с диагнозом «Угроза выкидыша». Всем больным проводилось стандартное лабораторно-инструментальное обследование, включающие УЗИ полости матки, мазки на цитологию, флору, гормональный фон.

Полученные результаты

Женщины были разделены на 2 группы: 1 группа- в 82% случаях (90 женщин) проводилась сохраняющая терапия с положительным эффектом, 2 группа- в 18% случаях (21 женщина) были анкетированы после самопроизвольного аборта. Было рассмотрено несколько причин потери беременности: 1- инфекционная патология преобладала в 1 группе (1гр. -16, 8%, 2 гр. -14, 3%), 2- возраст пациента до 20 дет- преобладало в 1 группе (1гр. - 5, 3%, 2гр. - 0%). старше 35 лет- преобладало во 2 группе (1гр. - 6, 3%, 2гр. - 23, 8%); 3- маточная патология (хронический аднексит) преобладала во 2 группе (1гр. - 0%, 2гр. - 9, 5%); 4- эндокринная патология преобладала во 2 группе (1гр. - 4, 2%, 2гр. - 4, 8%): 5- тромбофилическая патология у матерей преобладала во 2 группе (1гр. - 0%, 2гр. - 4, 8%); 6- отягощенная наследственность по тромбофилической патологии: а) тромбофилическая патология преобладала во 2 группе (1гр. -6, 3%, 2гр. -19%), б) ИМ до 50 лет преобладали во 2 группе (1гр. - 6, 3%, 2гр. - 9, 5%), в) инсульты до 50 лет преобладали во 2 группе (1гр. - 4, 2%, 2гр. - 9, 5%). Привычная потеря беременности для 1 группы составила 22, 1%, а для 2 группы- 38%. Количество предшествующих искусственных и самопроизвольных абортов в анамнезе в 1 группе составило 36, 8%, тогда как во 2 группе- 60, 8%. Женщины, принимавшие КОК до начала данной беременности с целью контрацепции в 1группе – 24%, во 2 группе- 46%.

Обследуемые женщины были распределены в зависимости от возраста на 4 группы: I группа — 18 лет (включает 1 женщину с сохранением беременности), II — от 19 до 28 лет (включает 63 женщин: 55 с успешным исходом беременности, 8 с выкидышем), III — от 29 до 35 лет (включает 33 женщины: 25 с успешным исходом беременности, 8 с выкидышем) и IV группа- старше 35 лет включала 11 женщин (6 с успешным исходом беременности, 5 с выкидышем).

Выволы

Анализ полученных данных показал, что при проспективном исследовании большее количество пациентов (82%) были с успешным сохранением беременности, против 18%, у которых произошел выкидыш, несмотря на проводимую терапию. Привычная потеря беременности в 38% случаев наблюдалось у женщин во 2 группе. Во 2 группе с невынашиванием в анамнезе преобладают аборты, инфекционная патология, хронический аднексит, эндокринная патология, более старший возраст, использование КОК, что и могло явиться причиной потери беременности. Наследственная тромбофилия, является предрасполагающим фактором при выкидышах, что показывает анализ тромбофилического анамнеза

АНАЛИЗ ПРИЧИН ПРИВОДЯЩИХ К ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМ МАТОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЯМ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ У ЖЕНЩИН.

Стремилова Я.А. 6к. 642гр. ЛФ, Прокудина О.А. 3к. 337гр. ЛФ Руководитель темы: Неженцева Е.Л. доц. каф. акушерства и гинекологии №1, к.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Дисфункциональное маточное кровотечение – патологические кровотечения из матки, связанные с нарушением выработки половых гормонов железами внутренней секреции. Дисфункциональные маточные кровотечения репродуктивного периода составляют около 30% всех гинекологических заболеваний, встречающихся в возрасте 18—45 лет.

Пель

Целью настоящего исследования является изучение причин приводящих к дисфункциональным маточным кровотечениям в репродуктивном возрасте у женщин, а так же гормональный гемостаз, применяемый при ДМК, в различных возрастных группах с учетом фоновой патологии и наследственности.

Материалы и метолы

Проводилось проспективное наблюдение за 20 женщинами репродуктивного возраста (средний возраст составил 27 лет) на базе больницы Петра Великого и Александровской больницы г. Санкт-Петербурга в 2013г. с диагнозом «Нарушение менструального цикла». Всем больным проводилось стандартное лабораторно-инструментальное обследование, включающие УЗИ полости матки, мазки на цитологию, флору, гормональный фон.

Полученные результаты

Обследуемые женщины были распределены в зависимости от возраста на 3 группы: 1 группа — от 18 до 28 лет (которая составила 60% обследуемых женщин); 2 — от 29 до 35 лет (которая составила 30% обследуемых женщин); 3 — старше 35 лет (которая составила 10% обследуемых женщин). Было рассмотрено несколько причин НМЦ в репродуктивном возрасте: в 1 группе преобладали стрессы (22%), далее шли такие причины как инфекционные заболевания (17%); физическое перенапряжение и нерациональное питание (по 13%); операции, травмы и аборты (по 9%); эндокринные заболевания и интоксикации (по 4%). Во 2 группе преобладали интоксикации (30%), стрессы и нерациональное питание (по 20%), инфекционные заболевания и физические перенапряжения (по 12, 5%). В 3 группе преобладали стрессы (30%), аборты (25%), интоксикации, нерациональное питание и эндокринные заболевания (по 15%).

При гормональном гемостазе в 1 группе применялся чаще регулон (67%), режеригевидон (23%), во 2 группе чаще использовался регулон (71%), режеригевидон (29%), в 3 группе в 100% случаев применялся регулон. Во всех 3 группах только в 10% случаев наблюдались побочные эффекты от применения комбинированных оральных контрацептивов, такие как тошнота, рвота, недомогание. В 90% случаев наблюдалась положительная динамика в отношении купирования дисфункционального маточного кровотечения.

Отягощенная наследственность по тромбофилической патологии во всех группах составила 84, 3%, которая так же преобладала во всех группах по отдельности.

Выволы

Анализ полученных данных показал, что при проспективном исследовании преобладали женщины более раннего репродуктивного возраста с нарушением менструального цикла (60%). У обследуемых женщин были такие показатели, как частые стрессы, физические перенапряжения, нерациональное питание, инфекционные заболевания, интоксикации, аборты, операции, травмы, что и могло явиться причиной нарушения менструального цикла. Наследственная тромбофилия может является предрасполагающим фактором для нарушения менструального цикла в репродуктивном возрасте. На фоне приема комбинированных оральных контрацептивов (регулон, ригевидон) состояние пациентов улучшилось в 90% случаев.

ЗАВИСИМОСТЬ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОТ СТЕПЕНИ СКОЛИОЗА

Гоев А.А. 4к. 433гр. ЛФ, *Прищеп И.В.* 4к. 433гр. ЛФ
Руководитель темы: *Борисова Л.И.* доц. каф. акушерства и гинекологии, к.м.н.
СЗГМУ им. И И Мечникова

Актуальность

В последние десятилетия наметилась тенденция к росту числа людей, страдающих сколиозом. Как правило, сколиоз не является противопоказанием к беременности и родам через естественные родовые пути. Но, тем не менее, беременность способна спровоцировать осложнение течения сколиоза.

Пель

Определение степени риска и формулирование рекомендаций женщинам планирующим беременность и являются целями нашего исследования.

Материалы и методы

Для исследования были отобраны 3 группы женщин в возрастной группе 23-27 лет, рост 154-173 см, имеющие индекс массы тела 21-25. В первую группу обследуемых вошли 6 женщин, у которых диагностирован сколиоз поясничного отдела 2 степени. Во вторую группу вошли 10 женщин со сколиозом поясничного отдела позвоночника 3 степени. И третья группа - 10 женщин, не имеющих патологий опорно-двигательной системы

Полученные результаты

При опросе и изучении истории родов и обменных карт были получены следующие данные. В первой группе женщин 83% отмечали тянущие боли в области поясничного отдела позвоночника при длительных физических нагрузках, проходящие в покое, на последних сроках беременности. Во второй группе 100% женщин отмечали тянущие боли в области поясничного отдела позвоночника, как при нагрузках, так и в покое, в положении сидя, начиная с начала третьего триместра. 30% женщин отметили, что боли были постоянные. В 10% боль была резкой, жгучей и с поясничной области распространялась на переднюю поверхность бедра. Так же отмечалась тянущая боль в икрах, слабость нижних конечностей, невозможность разводить нижние конечности. В результате таких клинических проявлений, больная не могла передвигаться самостоятельно. Симптоматика началась с начала третьего триместра и быстро нарастала. При обследовании был поставлен диагноз: дорсопатия поясничного отдела; помбоишиалтия в стадии ремиссии. У 90% женщин второй группы все симптомы прошли после родоразрешения. В 10% клинические проявления сохранились после родов. В группе контроля в 30% отмечалось наличие тянущих болей в поясничной области на поздних сроках беременности, проходящие в покое.

Выволы

На основании полученных данных становится возможным сделать вывод: при сколиозе 1-2 степени беременность не ухудшает его течение и не вызывает осложнения связанных с ним. При сколиозе третьей степени риск возможных осложнений заметно возрастает. На основании выше изложенного, рекомендуется беременным женщинам со сколиозом 3 степени регулярно получать консультации неврологов и проходить курсы лечебной гимнастики.

К ВОПРОСУ О КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Воронина С.О. 6к. 648гр. ЛФ

Руководитель темы: *Печеникова В.А.* проф. каф. акушерство и гинекология №1, д.м.н. **СЗГМУ им. И.И.Мечникова**

Актуальность

Эндометриоидное поражение яичников является наиболее часто встречающейся формой наружного генитального эндометриоза, диагностируется у 5-50% женщин репродуктивного возраста. Выделяют две формы эндометриоза яичников: поверхностную, в виде мелких точечных очагов, и глубокую — эндометриоидную кисту яичника («эндометриому»), частота которой составляет 70-75% среди всех случаев поражения эндометриозом. Макроскопически эндометриоидная киста имеет плотную капсулу, заполнена характерным густым бурым или темно-коричневым содержимым («шоколадная» киста). Однако самым точным методом диагностики эндометриоза является морфологическое исследование операционного материала, полученного во время хирургического лечения.

Пель

Выявить частоту расхождения диагноза «эндометриоидная киста яичника», установленного по макроскопическим признакам во время оперативного лечения и после гистологического исследования операционного материала.

Материалы и методы

Изучены данные протоколов операций и результаты гистологического исследования операционного материала 139 больных, у которых по макроскопическим признакам во время оперативного лечения был установлен диагноз «Эндометриоидная киста яичника».

Полученные результаты

Средний возраст больных составил 32, 9±3, 4 лет, все они были прооперированны в плановом порядке лапароскопическим доступом, в объеме цист- или аднексэктомии. Во время оперативного вмешательства было обнаружено, что у 64, 7% больных было одностороннее поражения яичника, чаще левого (41, 7%), у остальных 35, 3% – двустороннее. Увеличение размеров яичника за счет формирования кисты диаметром до 5см было в 37, 4% наблюдений, диаметром 5-10см - в 30, 9%, более 10см в диаметре - в 28, 8%. Мелкие точечные эндометриоидные гетеротопии на поверхности яичников выявлялись в 2. 9% случаев. Пля большинства пациенток было характерным наличие спаечного процесса в малом тазу: незначительный спаечный процесс в области придатков матки без вовлечения кишечника лиагностировали у 48. 9% больных, выраженный спаечный процесс в области придатков матки с частичным вовлечением кишечника - у 19, 4%, распространенный спаечный процесс с вовлечением всех органов малого таза – у 7, 9%. Содержимое кист у большинства женщин (94, 2%) было расценено как дегтеподобное, густое, «шоколадного» цвета, реже как жидкое, темнокрасного цвета (5, 7%). Микроперфорации кист с частичным опорожнением содержимого в брюшную полость были обнаружены в 21, 6% случаев. Помимо поражения яичников, эндометриоидные гетеротопии при ревизии брюшной полости были обнаружены на париетальной брюшине малого таза, на серозном покрове матки - по 4 наблюдения (2, 9%), на маточных трубах, мочевом пузыре - по 3 наблюдения (2, 2%), широкой связке матки - 5 наблюдений (3, 4%). При этом у 14 больных (10, 1%) было выявлено сочетание эндометриоза яичников с двумя и более локализациями эндометриоза на органах малого таза и брюшине. Гистологическое исследование операционного материала установило эндометриоидную природу поражения яичников у 63, 4% больных, у 20, 8% пациенток была диагностирована киста неэндометриоидной природы (киста желтого тела, фолликулярная киста с кровоизлиянием), в 15, 8% случаев был получен описательный ответ.

Выволы

Таким образом, в 36, 6% случаев обнаружено расхождение клинического и морфологического диагнозов. Клиническая гипердиагностика эндометриоза яичников, возможно, связана с неправильной трактовкой макроскопических признаков кист. В случаях описательного ответа, без установления определенной природы кисты, необходимо тесное сотрудничество клинициста и морфолога для постановки точного диагноза.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ РОДОВ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ (ПО ДАННЫМ ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА Г. АКТОБЕ ЗА ПЕРИОЛ 2010-2013 ГГ.)

Саин Р.С. 5к. 521б гр. общей медицины

Руководитель темы: *Балмагамбетова Č.К.* асс. каф. акушерства и гинекологии **ЗКГМУ им. М.Оспанова. Актобе. Казахстан**

Актуальность

Естественное родоразрешение после кесарева сечения, при условии правильного проведения, вполне может решить проблему сокращения оперативной активности в акушерстве и сохранения фертильного потенциала женщин в целом [Hill JB, Ammons A, Chauhan SP., 2012]. В случае неудачи таких родов перинатальные последствия могут быть катастрофическими. Таким образом, рекомендуется очень тщательно оценивать показания к проведению естественных родов после кесарева сечения.

Пель

Анализ результатов, полученных нами за 4 года успешного ведения вагинальных родов после кесарева сечения (VBAC).

Материалы и методы

Ретроспективный анализ записей историй родов за период 2010 – 2013 гг. в Областном перинатальном центре г. Актобе.

Полученные результаты

Всего за период с 2010 г. по 2013 г. в Областном перинатальном центре было принято 26861 родов. С диагнозом «рубец на матке» в клинику поступило всего 1134 женщины, из них у 74. 1% был один рубец. Для проведения естественных родов были отобраны беременные с 1 рубцом и поперечным разрезом на матке, с предполагаемой массой плода не более 4000 – 4200, 0. У 25. 9% из числа отобранных было проведено кесарево сечение во время 1 периода родов изза различных осложнений: нарушение состояния плода, затянувшаяся активная фаза 1 периода родов и т. п. В результате, у 74. 1% от общего количества пациенток с 1 рубцом на матке естественные роды прошли успешно. Согласно полученным результатам, затянувшиеся роды (10.2%) были у женшин, у которых ранее в анамнезе не было естественных родов. Стимуляция окситоцином применялась в индивидуальном порядке с учетом конкретных обстоятельств в каждом конкретном случае; доля родов со стимуляцией составила 6. 8%. В раннем послеродовом периоде случаев массивных маточных кровотечений не отмечено, но имело место 3. 4% случаев гематометры и 0. 7% - остатки плацентарной ткани с выскабливанием полости матки. Клиническая картина естественных родов после кесарева сечения, по нашим данным, никак не зависела от толщины нижнего сегмента миометрия. За годы наблюдения мы столкнулись с тремя случаями разрыва матки, сопровождавшихся интранатальной потерей плода, но без серьезного кровотечения. В одном случае пациентка поступила из дома с развитой клиникой разрыва матки после консервативной миомэктомии, а в двух других случаях разрыв произошёл во втором периоде родов. Во всех случаях произведено органосохраняющее хирургическое вмешательство.

Выволы

Наличие естественных родов в анамнезе значительно облегчает проведение родов после кесарева сечения. Рубец на матке после консервативной миомэктомии является противопоказанием для вагинального родоразрешения. В целом, естественные роды после кесарева сечения в практике перинатальных центров позволяют сократить финансовые затраты на родовспоможение и увеличить фертильный потенциал в популяции. Для обеспечения успешных естественных родов после кесарева сечения необходимо соблюдать главные условия:

- строгий отбор потенциальных кандидаток с учётом всех противопоказаний:
- обеспеченность клиники современным оборудованием с возможностью постоянного КТГ мониторинга в родах [Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW., 2006].

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Ошмяна С.В. 5к. 22гр. ЛФ, Комар В.О. 5к. 22гр. ЛФ, Рыхлицкая А.В. 5к. 6гр. ЛФ,Спасюк В.А. 5к. 22гр. ЛФ, Хотей А.П. 5к. 6гр. ЛФ

Руководитель темы: Савоневич Е.Л. доц. каф. акушерства и гинекологии, к.м.н.

ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Актуальность

Рак шейки матки (РШМ) - актуальная проблема в современной медицине, занимает второе место в мире по распространенности. На сегодняшний день доказана связь вирусной инфекции с развитием патологии шейки матки, создана вакцина- как защита от развития РШМ. Высокий рост патологии шейки матки требует повышения эффективности проводимых мероприятий

Пель

Оценить уровень знаний женщин, имеющих патологию шейки матки, о причинах развития, возможностях диагностики и профилактики РШМ.

Материалы и методы

Разработана анкета, включающая 23 вопроса. Проведен опрос 77 женщин, обратившихся в «Гродненский областной онкологический диспансер» для консультации в 2013 году.

Полученные результаты

Причиной обращения 16 женщин (21%) стало выявление РШМ, у 43 (70%) -дисплазии шейки матки. У 18 женщин (9%) - доброкачественная патология шейки матки. Средний возраст респондентов - 34, 6 ±12, 3 гола. У 41% женшин два и более половых партнера. Не имеют полового партнера - 26 (34%). Наличие в анамнезе гинекологических заболеваний и инфекций передаваемых половым путем отмечали 16 (21%) пациенток. 33% респондентов имеют в анамнезе вирусные заболевания. Наследственный онкологический анамнез не отягошен у 80% опрошенных. В анамнезе у 63 женщин (81%) были роды, у 35 (45%) -прерванные беременности. 16% женщин не беременели. Большинство женщин регулярно посещают гинеколога. 53 женщины (69%) знают, что РШМ развивается на фоне вирусной инфекции, 64% женщин узнали это от доктора. Большинство женщин (66%) считают, что вакцинация не полностью защищает от развития РШМ. 21% опрошенных считают, что возможно заражение вирусом папилломы человека после проведения вакцинации. На вопрос о том, в каком возрасте лучше проводить вакцинацию 34 (45%) женщин ответили, что в подростковом возрасте, 11 (14%) - после родов и 11 (14%) - при обнаружении вируса. 65% опрошенных считают, что предраковым состоянием является дисплазия шейки матки, а 21%-эрозия шейки матки. О существовании вакцины против РШМ знают только 43% респондентов. С 12 (16%) женщинами гинеколог проводил беседы о возможности вакцинации против РШМ. 75% женщин согласны на вакцинацию, а 80% -не знают, куда следует обращаться при желании провести вакцинацию. За период 2012-2013 год в г. Гродно было провакцинировано 36 женщин с различной патологией шейки матки: дисплазии, ассоциированные с вирусом папилломы человека (28%), другая патология, ассоциированная с вирусом папилломы человека (50%), доброкачественная патология и здоровые женщины составили 22%. Это свидетельствует о том, что женщины знают о вакцинации и готовы ее проводить. Но как она отразится на здоровье женщины и ее детородной функции мы сможем судить через несколько десятилетий

Выводы

Проведенный анализ показал, что дисплазия и РШМ часто диагностируются у женщин молодого возраста, нерожавших с неотягощенной наследственностью, регулярно посещающих гинеколога. Повышение уровня знаний у населения о проблеме РШМ позволит шире использовать имеющиеся возможности профилактики и диагностики.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ НА АНТЕНАТАЛЬНОМ ЭТАПЕ (ПО ДАННЫМ ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА АКТОБЕ ЗА 2013 Г.)

Ким Д.А. 4к. 423 "Б"гр. Общая медицина

Руководитель темы: *Балмагамбетова С.К.* асс. каф. акушерства и гинекологии **ЗКГМУ им. М.Оспанова. Актобе. Казахстан**

Актуальность

Преждевременная отслойка плаценты происходит приблизительно в 1% от всех беременностей, но является важной причиной мертворождаемости, преждевременных родов, ранней неонатальной и материнской смертности. Отслойка плаценты составляет от 20 до 25% причин всех дородовых кровотечений. Процент перинатальной смертности колеблется от 2 до 67% в зависимости от срока гестации, массы плода и степени отслойки. Более 50% всех случаев перинатальной смертности происходит до родов.

Пель

Выявить факторы риска отслойки плаценты и определить, какие показатели можно использовать для ранней диагностики возможной отслойки плаценты.

Материалы и методы

Был проведен ретроспективный анализ историй родов женщин, родоразрешенных на базе Областного Перинатального Центра г. Актобе и разделенных на две группы: опытная — женщины с диагнозом «Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты», в количестве 72 человек (1, 1% от общего количества родов — 6156); контрольная — женщины без клинических симптомов отслойки плаценты, в количестве 108 человек. Контрольная группа набрана произвольно, без применения рандомизационных техник.

Полученные результаты

По сравнению с контролем, у женщин с отслойкой плаценты в 8 раз чаще встречался хронический и гестационный пиелонефрит (30, 5% в опытной группе и 3, 7% в контроле), в 7 раз чаще встречались нарушения коагуляции на антенатальном этапе (50% в опытной группе и 6, 5 в контроле), в 5 раз чаще встречались хронические генитальные инфекции (32% в опытной и 6, 4% в контрольной группе), и в 3 раза чаще встречались поздние гестозы. Чаще всего отслойка плаценты встречалась у повторнобеременных в возрастной группе от 25 до 35 лет. В отличие от других авторов, в нашем исследовании такой фактор, как потеря плода (аборты, замершие беременности в анамнезе), не является статистически значимым и не может быть использован как прогностический критерий. Многоплодная беременность также не является важным прогностическим фактором развития отслойки плаценты по нашим данным.

RLIBOTLI

Мы определили что хронический пиелонефрит, хронические генитальные инфекции и отклонения в свертывающей системе, выявленные при беременности, могут играть важную роль в прогнозе отслойки плаценты. На основании наших выводов мы попытались создать своего рода «набросок» прогностической шкалы, где самое большое количество баллов принадлежат упомянутым выше факторам риска в порядке убывания:

- Хронический и гестационный пиелонефрит;
- Нарушение свертывающей системы, выявленные в ходе беременности;
- Хронические генитальные инфекции (ТОКСН-инфекции без адекватного лечения во время беременности);

 Поздние гестозы (в том числе преэклампсии легкой и тяжелой степени и артериальная гипертензия, вызванная беременностью).

Работа имеет ряд ограничений, касающихся в основном контрольной группы. Для разработки прогностической шкалы, применимой в условиях нашего региона, необходимо расширить спектр оцениваемых признаков и количество обследуемых.

СОДЕРЖАНИЕ КАТЕХОЛАМИНОВ В МОЗГЕ ПЛОДОВ КРЫС ПРИ НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРОЙ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ БОЛЬЮ

Баяндурова К.М. 3к. 4гр. ЛПФ, Гусева Н.П. 3к. 4гр. ЛПФ, Кутузова А.А. асс. каф. патологической физиологии, к.м.н.

Руководитель темы: Вартанян Э.Э. асс. каф. патологической физиологии, к.б.н.

РостГМУ, Ростов-на-Дону

Актуальность

Катехоламины (КА) играют важную роль в формировании ЦНС в период эмбрионального развития млекопитающих. При нарушении нормального течения беременности, под влиянием негативных факторов на организм матери, сопровождающихся, в частности, различными болевыми синдромами, возможны изменения их нейрохимии, что может явиться причиной различных видов энцефалопатий у новорожденных.

Цель

Исследовать изменение содержания основных фракций КА (адреналина (A), норадреналина (HA) и дофамина (ДА)) в мозге плодов крыс в середине и в конце беременности в динамике нормальной беременности и беременности, осложненной острой висцеральной болью.

Материалы и методы

Исследование проводилось на 70 самках беременных белых крыс. Для моделирования висцерального болевого синдрома (ВБС) использовали метод ректальной электростимуляции, которую проводили по 15 минут ежедневно с начала беременности до конца 3 недели. Концентрацию КА определяли методом спектрофлюорометрического анализа.

Полученные результаты

Острая висцеральная боль уже с начала 2-ой недели эмбрионального развития вызвала снижение в мозге плодов крыс суммарной концентрации КА вдвое, при этом уровень А был в 5 раз выше, а уровень НА и ДА вдвое ниже, чем в мозге контрольных крыс. На 3-ей неделе беременности, сумма катехоламинов была в 1, 7 раза выше, чем в контроле. Концентрация ДА повысилась в 1, 4 раз, а А в 2 раза. Уровень НА был выше в 1, 5 раз, чем у плодов предыдущего срока беременности и приближался к соответствующему показателю у контрольных беременных животных.

Выводы

Полученные результаты свидетельствуют о наличии у плодов, развивающихся в условиях болевого воздействия на организм матери, признаков, характерных для стрессорных реакций, во многом аналогичных таковым у взрослых животных. Выявленная выраженная реакция стресс-реализующих КА-ергических механизмов в развивающемся мозге плода может оказывать негативное влияние на формирование регуляторных функций ЦНС, что в дальнейшем может явиться причиной эндокринно-вегетативных расстройств в постнатальном периоде развития.

СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО БАРЬЕРА У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ В УСЛОВИЯХ ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА И ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ

Некрасова Д.А. 2к. 203гр. ЛФ

Руководитель темы: Егоркина С.Б. проф. каф. нормальная физиология, д.м.н.

ИжГМА, Ижевск

Актуальность

Здоровье будущего ребенка зависит от состояния плаценты. Известно, что каждый третий ребенок, у матери которого во время беременности была плацентарная недостаточность, имеет проблемы с адаптацией в послеродовом периоде.

Материалы и методы

Эксперименты проведены на 52 нелинейных беременных крысах с 10 дня гестации. До начала опыта животные были разделены на две группы. В первой группе (n=26) с 10 дня гестации моделировали иммобилизационный стресс, во второй (n=15) — воздействие вращающегося электрического поля. Беременность устанавливали на основании мониторинга ежедневной кольпоцитограммы и обнаружения сперматозоидов в вагинальных мазках. Хронический иммобилизационный стресс моделировали путем жесткой фиксации животных к лабораторным станкам брюшком кверху, ежедневно по 60 минут ежедневно в течение 10 дней. Воздействие вращающегося электрического поля (ВЭП) осуществляли, помещая экспериментальных животных на 60 минут в установку, формирующую ВЭП. Группой контроля служили интактные беременные крысы 19 дня гестации (n=20). В конце эксперимента оценивали морфометрические особенности строения последов, плодов, рассчитывали коэффициент общей эмбриональной смертности. В крови определяли содержание 11-оксикортикостероидов и катехоламинов.

Полученные результаты

Полученные результаты: последы крыс контрольной группы имели дисковидную форму с центральным прикреплением пуповины. Средняя масса составила 0, 59±0, 03г., объем 0, 57±1, 66 см3, площадь материнской поверхности 1, 77± 0, 51 см2. В опытных группах последы преимущественно имели овальную форму с эксцентричным прикреплением пупочного канатика. В первой группе по сравнению с контролем отмечено достоверное увеличение показателей плаценты, повышение массы плодов. Воздействие ВЭП приводило к достоверному снижению показателей плаценты и к достоверному снижению массы плодов. В опытных группах наблюдалось повышение коэффициента общей эмбриональной смертности и уровня исследуемых гормонов.

Выводы

Таким образом, сочетанное воздействие иммобилизационного стресса и вращающегося электрического поля на беременных крыс, приводит к увеличению содержания гормонов стресса, формирует признаки плацентарной недостаточности, гипоксии плода и способствует росту общей эмбриональной смертности.

СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И ВЕРОЯТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ.

Костяхина Г.А. 5к. 2гр. ЛФ

Руководитель темы: Π лоцкий A.P. доц. каф. акушерства и гинекологии, к.м.н.

ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Актуальность

Среди врожденных аномалий плода лидирующую роль занимают врожденные пороки сердца (ВПС). Своевременная диагностика позволяет решить вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности и определить оптимальные сроки родоразрешения, а выявление

факторов, ассоциирующихся с ВПС, позволит врачу сформировать группы риска для углубленной пренатальной диагностики.

Пель

Целью нашей работы является определение структуры ВПС в Гродненской области, выявление факторов, потенциально оказывающих неблагоприятное воздействие на плод и увеличивающих риск развития ВПС.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациенток Гродненской области, у плодов которых выявлены врожденные пороки сердца.

Полученные результаты

В течение 2011-2012гг. в Гродненской области зарегистрировано 186 случаев врожденных пороков сердца у детей. В 22 случаях беременность была прервана по медикогенетическим показаниям, а в остальных 164 - беременность завершилась родами. Срок гестации в среднем составил 272 дня, средняя масса новорожденных – 3150 г.

В структуре ВПС ведущая роль принадлежит дефектам перегородок и стенозу легочной артерии – 73, 7%. Остальные ВПС имеют меньший удельный вес и представлены: аномальным дренажем легочных вен, тетрадой Фалло, транспозицией магистральных сосудов, стенозом аорты и гипоплазией левых отделов сердца. В 51, 6% случаев наблюдаются комбинированные пороки, в 16, 7% имеется сочетание с аномалиями других систем, а в 8, 1% ВПС входили в структуру хромосомных синдромов, среди которых – 93, 3% плодов с синдромом Дауна и 6, 7% – с синдромом Эдвардса. Наибольшее количество ВПС отмечено в г. Гродно (41, 9%), г. Лида (11, 3%), Вороновском (4, 3%) и Дятловском (3, 8%) районах.

Установлены следующие особенности анамнеза и течения беременности, которые могут играть определенную роль в генезе ВПС. Большинство женщин (44, 1%) имели первую беременность. Ультразвуковое исследование проводилось 3-5 раз в течение беременности (60, 2%), хотя у 8, 6% исследование было выполнено однократно или не было проведено вообще. Увеличился средний возраст женщин, у плодов которых выявлен ВПС: если в 2006 году он составлял 24, 2 года, то в 2012 – 27, 9 лет. Средний возраст их супругов - 31, 3 года. Течение беременности осложнялось как экстрагенитальной патологией (ОРВИ – 26%, анемия – 10%), так и гинекологическими заболеваниями – 7% (эрозия шейки матки, хронический кольпит и др.). Наследственность, по всей видимости, не играет значительной роли в предрасположенности к формированию ВПС, так как только у 11 из обследованных нами женщин родственники имели врожденную патологию сердца и сосудов.

Мы проанализировали род занятий обоих родителей. Так, среди женщин преобладают работники умственного труда (59, 1%), работники физического труда составляют 26, 9%, не работающие – 1, 6%. У мужчин эти же показатели оказались равными 30, 6%, 36, 6% и 7, 5% соответственно. Среди профессиональных вредностей чаще других встречались: работа с химическими веществами и дез. средствами (16, 7% и 19% у женщин и мужчин соответственно), производственная пыль (20, 8% и 14, 3%), производственный шум и вибрация (16, 7% и 14, 3%), работа с компьютером (29, 2% и 4, 8%).

Выводы

В Гродненском регионе среди врожденной патологии сердца преобладают дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородок. Увеличение частоты встречаемости ВПС в отдельных районах Гродненской области требует оценки качества проведения ультразвуковых исследований. Выявление факторов, ассоциирующихся с ВПС, позволит врачу акцентировать внимание беременных женщин на эти факторы с целью предотвращения или минимизации их воздействия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО МЕТОДА КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

 1 Петухова Е.Н. инт. 2013-го года каф. акушерства и гинекологии №2, 2 Шостак Д.П. инт. 2013-го года каф. акушерства и гинекологии

Руководитель темы: ¹*Нестеров И.М.* доц. каф. акушерства и гинекологии, к.м.н.

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова 2 - ПСПбГМУ им. акал. И.П. Павлова

Актуальность

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) — одна из основных причин невынашивания беременности. В качестве консервативного метода коррекции ИЦН применяются два вида акушерских пессариев — разгружающие (ЗАО «МП Симург», Беларусь) и серкляжные (Dr. Arabin GmbH&Co. KG, Германия).

Пель

Выявить основные причины формирования и сроки манифестации ИЦН в зависимости от ее типа; оценить эффективность применения серкляжного акушерского пессария, как консервативного метода коррекции ИЦН; оценить влияние длительного ношения акушерского пессария на цервико-вагинальный микробиоценоз.

Материалы и методы

Проводился ретроспективный анализ течения и исходов беременностей у 120 пациенток с ИЦН дородового отделения Родильного дома № 1 СПб.

Полученные результаты

- Все беременные, в зависимости от сроков манифестации клинических и У3-признаков ИЦН, были разделены на 3 группы, в которых выявлены различные причины формирования ИЦН: в первой группе (манифестация в сроке 18-21 нед. гестации) 44, 2% (53 пациентки) превалировали анатомические (органические) причины формирования ИЦН; во второй группе (22-25 нед. гестации) 35, 8% (43 пациентки) смешанные (анатомические и функциональные); в третьей группе (более 25 нед. гестации) 20, 0% (24 пациентки) манифестация ИЦН, связанная с повышенным внутриматочным давлением в связи с многоплодием, а также синдромом недифференцированной дисплазии соелинительной ткани.
- Динамическая УЗ-цервикометрия после установки акушерского пессария показала отсутствие прогрессивного укорочения длины цервикального канала и расширения внутреннего маточного зева от 65, 4% до 80, 8% в группах беременных с ИЦН, в зависимости от причин и сроков ее манифестации. Отмечено снижение частоты повторных госпитализаций в связи с угрозой прерывания беременности, а также срочное родоразрешение в 78, 4%.
- 3. В результате комплексной оценки состояния цервико-вагинального микробиоценоза (бактериоскопическое и бактериологическое исследование) до и после введения пессария достоверно не отмечено патологических изменений его состояния.

Выводы

- 1. Метод интравагинального введения серкляжного акушерского пессария является высокоэффективным для коррекции ИЦН и профилактики преждевременных родов.
- 2. Манифестация клинических и УЗ-признаков ИЦН при наличии анатомической (в т. ч. посттравматической) формы ИЦН происходит в сроки 18-21 нед. гестации, а позднее (после 25 нед. гестации) манифестирует ИЦН, вызванная многоплодной беременностью и недифференцированной дисплазией соединительной ткани.
- 3. На фоне применения пессария не наблюдается достоверного возникновения патологических изменений цервико-вагинального микробиоценоза.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАТОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

ВЛИЯНИЕ БАРБИТУРАТОВ НА РЕТИКУЛЯРНУЮ ФОРМАЦИЮ КАК ОДИН ИЗ ВОЗМОЖНЫХ ВАРИАНТОВ ТЕОРИИ НАРКОЗА

¹Березовская О.А. 2012к. 287гр. ЛФ

Руководитель темы: ¹Зарипова З.А. доц. каф. анестезиологии, реаниматологии и интенсивной теорапии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

На сегодняшний день известно несколько теорий наркоза, ни одна из которых не является универсальной так как они не объясняют механизма развития наркозного сна. Последнее время некоторые специалисты придерживаются "ретикулярной" теории наркоза, согласно которой тормозное действие анестетиков в большей степени сказывается на ретикулярной формации, что приводит к снижению ее восходящего активирующего действия на вышележащие отделы мозга.

Пель

Оценить возможность физиологического моделирования действия барбитуратов на функцию ретикулярной формации с точки зрения аналога универсального тормозного влияния анестетиков.

Материалы и методы

Анализ действия барбитуратов в условиях анестезии на основании физиологического моделирования.

Полученные результаты

Экспериментальные данные свидетельствуют о том, что ретикулярная формация играет активирующую роль в отношении вышележащих отделов центральной нервной системы. При этом разрушение определённых зон ретикулярной формации в эксперименте вызывает состояние, близкое к медикаментозному сну или наркозу. Эти данные способствовали развитию ретикулярной теории. В условиях анестезии введение барбитуратов сопровождается деафферентацией вышележащих отделов центральной нервной системы, что устраняет восходящее активизирующее влияние ретикулярной формации, что указывает на точку приложения этой группы анестетиков. Однако есть ряд факторов, которые не позволяют применять "ретикулярную теорию" к общей теории наркоза. Так, более раннее торможение ретикулярной формации по сравнению с корой головного мозга может быть результатом влияния анестетика на структуры спинного мозга, при помощи которых осуществляется афферентный поток импульсов. Для "чистого моделирования" действия анестетиков необходимо первоначально выключать спинальную афферентацию с последующим прогнозированием проявляемых эффектов от применения барбитуратов.

Выволы

В связи с тем, что функции и механизмы действия ретикулярной формации изучены пока недостаточно, необходимо путём моделирования "переходные" точки приложения анестетиков. Таким образом, физиологическое моделирование может позволить сепарировать этапы наступления наркотического сна. Определение этих этапов с помощью мониторинга глубины анестезии и с титрованием дозы анестетиков могут позволить не только контролировать течение анестезии, но и нивелировать нежелательные побочные действия применения препаратов.

ЛВС-СИНЛРОМ

Феськова Д.В.

Руководитель темы: *Глущенко В.А.* доц. каф. анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

ДВС- синдром – наиболее распространенный вид патологии гемостаза, осложняющий течение различных заболеваний и являющийся причиной высокой летальности. Многочисленные работы отечественных и зарубежных авторов посвящены вопросам этиологии, патогенеза, диагностики и лечения ДВС-синдрома. В настоящее время доказано, что ДВС-синдром осложняет и предопределяет прогноз ряда форм акушерской патологии, инфекционносептических заболеваний, травм, ожогов, оперативных вмешательств и всех критических состояний, сопровождающихся синдромом полиорганной недостаточности.

Цель

Выявление причин, факторов риска, а также изучение клинических и лабораторных показателей ДВС- синдрома при различных патологических состояниях. Оценить частоту встречаемости ДВС – синдрома и эффективность его лечения среди пациентов с различными патологическими нарушениями.

Материалы и методы

Выборка 34 пациентов с заболеваниями, которые могут осложниться в дальнейшем ДВС – синдромом, последующее динамическое наблюдение за состоянием пациентов с ДВС - синдромом, с дальнейшим анализом полученных данных. Для решения поставленных задач были последовательно отобраны 34 пациента с различными патологическими нарушениями: 10 пациентов с септическим состоянием, 10 пациентов, находящихся в шоковом состоянии, 10 пациентов с акушерской патологией (предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты), 4 пациента с острым внутрисосудистым гемолизом (случаи несовместимой трансфузии). Средний возраст пациентов данной группы: от 28 до 40 лет. Всем больным данной группы была оказана своевременная медицинская помощь и проведена многокомпонентная терапия с учетом специфики основного заболевания.

Полученные результаты

Основываясь на полученных результатах можно сделать предварительный вывод, что в данной возрастной группе обследуемых не выявлено статистически значимой зависимости частоты развития ДВС - синдрома от пола и возраста пациента. Наиболее высокая частота возникновения ДВС - синдрома отмечена у пациентов со следующими патологиями: у 10 пациентов с септическим состоянием ДВС — синдром выявлен в 100% случаев, летальность в данной группе составила 30% (3 пациента); у 10 пациентов с шоковым состоянием ДВС — синдром выявлен в 100% случаев, летальность в данной группе - 20% (2 пациента); среди 10 пациенток с акушерской патологией, только у 2 из них выявлен ДВС- синдром (20%), летальность — 0%; у 4 пациентов с острым внутрисосудистым гемолизом ДВС — синдром выявлен в 100% случаев, летальность составила — 75%.

Выводы

Частота встречаемости ДВС – синдрома при разных видах патологии неоднородна. При одних заболеваниях и воздействиях он возникает обязательно и становится неотъемлемой частью патологического процесса (острый внутрисосудистый гемолиз, шоковые состояния, септические состояния), при других (кровотечения, оперативные вмешательства, предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты) встречается сравнительно реже. При этом степень тяжести рассматриваемого синдрома находится в прямо пропорциональной зависимости от выраженности и продолжительности патологического, основного состояния.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ РЕЖИМЫ ИВЛ

Шемякина Н.С. 6к. 646гр. Л Φ , Акмалова Р.В. 6к. 642гр. Л Φ

Руководители темы: Васильев Я.И. доц. каф. анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, к.м.н., Марова Н. Γ . асс. каф. анестезиологии реаниматологии и интенсивной терапии, Γ аврилова $E.\Gamma$. асс. каф. анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Интеллектуальные режимы ИВЛ, в ча стности режим ASV, являются универсальными и могут применяться как для полностью управляемой ИВЛ, так и для вспомогательной вентиляции легких. Так же эти режимы способствуют эффективному и безопасному «отлучению» пациента от ИВЛ: аппарат автоматически снижает принудительные параметры ИВЛ при активизации спонтанного дыхания.

Пель

Определение адекватности восприятия анестезиологом-реаниматологом графических параметров интеллектуальной вентиляции.

Материалы и методы

Оценка проводилась с помощью специально разработанной анкеты, содержащей тестовые задания, включающие в себя графические изображения и ситуационные задачи. Правильный ответ оценивался 1 баллом, неправильный – 0 баллов. Всего было опрошено 20 врачей-реаниматологов и 15 клинических ординаторов.

Полученные результаты

На основании полученных данных было выявлено, что интерпретация графиков потока и давления в дыхательных путях не вызвало затруднений у большинства врачей-реаниматологов (85%) и клинических ординаторов (66, 7%). В то же время график динамики легких правильно оценили 15% врачей-реаниматологов и 6, 7% клинических ординаторов. Вопросы интерпретации графика целевых значений ASV вызвали затруднения у 75% врачей-реаниматологов и 73, 3% клинических ординаторов.

Выволы

Таким образом, на основании данных исследования выявлено, что графики потока и давления в дыхательных путях не вызывают затруднения при интерпретации. Вероятно, этот факт объясняется тем, что эти графики являются одним из самых распространенных методов мониторинга. Затруднения в интерпретации динамики легких и графика целевых значений ASV связаны с новизной методики и недостаточным внедрением ее в практическую деятельность. С целью проведения более эффективной ИВЛ, адаптированной к пациенту, необходимо проведение мастер-классов и обучающих семинаров для практической подготовки врачей анестезиологов-реаниматологов.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОНМК

Еремич Д.Г. 5к. 541гр. Л Φ

Руководитель темы: *Руслякова И.А.* асс. каф. анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Данная тема является актуальной, т. к. в настоящее время цереброваскулярные заболевания во всем мире занимают второе место среди всех причин смерти и являются главной причиной инвалидизации взрослого населения. Ранняя 30-дневная летальность после инсульта составляет 34, 6%, а в течение года умирают приблизительно 50% больных, то есть каждый второй заболевший. Около 80% общего числа инсультов занимает ишемический инсульт.

Материалы и методы

Материалом для данного исследования являются 3 клинических случая проведения тромболитической терапии (ТЛТ) в отделении неврологии с ОНМК одной из больниц г. Санкт-Петербурга. Использован метод динамического наблюдения за состоянием пациентов с диагнозом ОНМК по ишемическому типу.

Полученные результаты

Представлены клинические случаи проведения ТЛТ у 3 пациентов: 1 мужчины и 2 женщин. Средний возраст пациентов составил 46, 3 года. Среднее время доставки в стационар с момента возникновения неврологических симптомов 120 минут. Всем пациентам при поступлении проводилась компьютерная томография головного мозга. ТЛТ проводилась согласно протоколам, принятым для ОНМК, в палате реанимации и интенсивной терапии.

Оценка эффективности лечения проводилась по шкале инсульта Национального института здоровья США (NIHSS) и шестибальной шкале оценки нарушения жизнедеятельности Рэнкина. Средняя оценка по шкале NIHSS при поступлении составила 12 баллов, по шкале Рэнкина - 3, 6 балла. После проведения ТЛТ средняя оценка по NIHSS - 9, 6 балла, по шкале Рэнкина - 2 балла. При выписке: NIHSS - 1 балл, по Рэнкину - 0, 5 балла. Следует отметить, что летальность при ТЛТ в среднем составляет 8, 4%. В нашем исследовании, несмотря на соблюдение протоколов и отсутствие противопоказаний, наблюдались геморрагические осложнения в 1 случае: у пациентки 38 лет, геморрагическое симптомное пропитывание, когда на фоне проведения ТЛТ произошло резкое ухудшение состояния с нарастанием общемозговой симптоматики, угнетением сознания до комы II, появлением дыхательных расстройств. Смерть пациентки наступила на 22 сутки.

Выволы

Наше исследование показало, что ТЛТ в ряде случаев оправдана в остром периоде ишемического инсульта. Однако даже такие мероприятия, как соблюдение протоколов ведения ТЛТ и правильная оценка показаний и противопоказаний для её проведения, а также своевременность проведения, не всегда могут служить ориентиром для назначения или отказа от ТЛТ, что требует поиска и учёта дополнительных критериев.

КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ПРИ ТЯЖЕЛОМ СЕПСИСЕ

Бригадина Е.В. 6к. 648гр. ЛФ, *Шакуро М.А.* 6к. 648гр. ЛФ Руководитель темы: *Зарипова З.А.* доц. каф. анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Частота развития острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) у больных сепсисом колеблется в широких пределах от 25 до 81%. Летальность вследствие критической гипоксемии у больных с ОРДС составляет 20-74%, что говорит о высокой угрозе жизни больного при развитии острой патологии лёгких (ОПЛ). На сегодняшний день механизмы развития и критерии данной патологии сложны и до конца не изучены.

Цель

Поиск критериев прогноза развития ОРДС при тяжелом сепсисе с целью снижения летальности при данной патологии.

Материалы и методы

Оценка тяжести состояния пациентов с тяжелым сепсисом по шкале APACHE II, SOFA, J. F. Миггау в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Сравнение полученных показателей, выделение закономерностей развития патологического процесса с целью стратификации пациентов по риску летальности.

Полученные результаты

Оценена тяжесть состояния 10 пациентов с тяжёлым сепсисом (9 с хирургическим и 1 с терапевтическим сепсисом) по шкале APACHE II и SOFA в условиях нахождения отделения

реанимации и интенсивной терапии более 7 суток в приближенно одинаковых условиях (ИВЛ, ПДКВ >6 см. вод. ст., по шкалам SOFA > 4 баллов, APACHE II >20 баллов, нестабильность гемодинамики на фоне вазопрессорной поддержки (дофамин > 5мг/кг/мин или норадреналин > 0, 1 мг/кг/мин). У 3 пациентов со значениями по шкале APACHE II свыше 32 баллов, SOFA свыше 12 баллов развился ОРДС (оценка по шкале J. F. Мигтау у пациента К. -9 баллов, Ф. - 8 баллов, Ш. - 9 баллов) с летальным исходом, у 2 пациентов со значениями выше 23 баллов, SOFA свыше 7 баллов развилась острая патология лёгких (оценка по шкале J. F. Мигтау у пациента С. -2 балла, Г. - 2 балла). Всем пациентам проводилась адекватная, подтвержденная данными бактериологических посевов, постоянная антибиотикотерапия не менее чем в течении 6 суток на момент исследования. У 2 пациентов с ОРДС за 2-3 суток до развития синдрома была отмечена нарастающая лейкопения (пациент К. - с 24, 4–19, 9 *109/л до 5, 0-6, 1*109/л; пациентка III. - с 2, 2 *109/л до 0, 7 *109/л). У всех пациентов с ОРДС в течении 2-3 суток до летального исхода в результате нарастания дыхательной недостаточности отмечалось стремительное нарастание креатинина сыворотки крови (пациент К. - с 217 до 481 мкмоль/л; пациентка III. - с 312 до 562 мкмоль/л; пациент Ф. - с 415 до 549 мкмоль/л).

Выволы

Развивающийся на фоне тяжелого сепсиса острый респираторный дистресс-синдром значительно сокращает продолжительность жизни пациентов. На современном этапе развития медицины необходимо уметь выявлять риск и прогноз появления данной патологии у пациентов и заранее принимать меры по её предупреждению. На основании проведенных исследований можно предположить, что критерием истощения резистентности макроорганизма к инфекции является нарастающая лейкопения в сочетании с декомпенсацией жизненно-важных систем организма, в результате чего у пациентов развивается ОРДС со стремительно нарастающей полиорганной недостаточностью, что приводит к летальному исходу.

КРОВООБРАЩЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ РЕАНИМАЦИЯ.

Шкурко С.Д. 2к. 283гр. ЛФ

Руководитель темы: *Зарипова З.А.* доц. каф. анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Внезапная кардиальная смерть — это актуальная проблема современной медицины не только в России, но и во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, частота внезапной остановки сердца составляет 30 случаев в неделю на 1 млн. населения. При этом риск смерти одинаково высок как у пожилых, так и среди молодых людей. В случае, если остановка кровообращения происходит на улище, имеет значение не только грамотное оказание помощи, но и скорость её оказания. Задача сердечно-лёгочной реанимации не только в восстановлении витальных функций человека, но и в сохранении его социальной роли. В этом аспекте понимание физиологических механизмов мозгового кровообращения должно определять алгоритм действий спасателя.

Пель

Обосновать необходимость проведения эффективной церебральной реанимации с точки зрения физиологии кровообращения головного мозга.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ литературы, касающейся теории и практики реанимационных мероприятий.

Полученные результаты

По данным мировой статистики, восстановление кровообращения достигается в 15% случаев внебольничной реанимации, и только в 2% случаев удается добиться полноценного оживления с восстановлением нормальной мозговой деятельности. В условиях стационара

восстановление кровообращения наблюдается в 25-30% (вследствие достаточных условий для реанимации), но только 10% из спасённых удаётся вернуться к полноценной жизни. В ходе исследований было выяснено, что оживление, начатое в первые минуты, дает самый высокий процент эффективности. Фактор времени является определяющим при церебральной реанимации, так как кора головного мозга очень чувствительна к гипоксии. При нормотермии необратимые изменения в интеллектуально-мнестической сфере происходят уже после 5 минуты остановки кровообращения. Алгоритм «А-В-С» при кардиальной смерти имел определённые недостатки, ввиду того, что спасатели тратили время на обеспечение проходимости дыхательных путей и вентиляцию лёгких, тогда как эффективное кровообращение имеет в этом случае приоритет. При этом неоднократно были предприняты попытки использовать медикаментозные средства для устранения фактора гипоксического повреждения головного мозга. После изменения алгоритма с «А-В-С» на «С-А-В» наши исследования показали, что эффективность церебральной реанимации с сохранением корковых структур увеличилась на 23%.

Выволы

Изменение подходов к алгоритму реанимации с A-B-C, на C-A-B подтвердило, что церебральная реанимация более эффективна не в применении медикаментозной терапии, а в своевременно и наиболее раннем проведении закрытого массажа сердца, так как приводит к восстановлению мозгового кровотока и сохраняет функцию головного мозга.

ПОСТПУНКЦИОННЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ.

Дзендор М.А. 5к. 41гр. ЛФ

Руководитель темы: Γ лущенко B.A. проф. каф. анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Актуальность исследования связана с тем, что спинальная анестезия широко используется в медицине. Однако метод имеет ряд недостатков, в частности-возникновение постпункционного болевого синдрома (ПГБ).

Цель

Целью данного исследования является изучение частоты и факторов развития ПГБ после сминномозговой анестезии (CA).

Материалы и методы

Материалом, в ходе клинического исследования, являются 62 пациента у которых после спинальной анестезии развился синдром ПГБ.

Методы: динамическое наблюдение за состоянием пациентов с ПГБ в послеоперационном периоде, с регистрацией возникновения данного синдрома и анализом его клинического проявления.

Полученные результаты

Наиболее высокая частота возникновения синдрома ПГБ отмечена в возрасте от 17 до 30 лет — 11, 4% случаев, в возрасте от 30-45 в 8, 4%, от 45-55 лет - 2, 6%, от 55 - 75 лет в 0, 4% случаев, у лиц старше 75 лет - один случай. При этом не выявлены статистически значимой зависимости частоты развития ПГБ от пола пациента. Клинические проявления ПГБ, в 69% сопровождались двусторонней пульсирующей болью с локализацией во фронтальной и окципитальной зонах, а в 31% изолированно в одной из этих областей. Во всех случаях боль усиливалась или возникала при переходе пациента в вертикальное положение. У одной 27 летней пациентки, клинические проявления развились на 3 сутки после пункции. Отсроченность по времени возникновения ПГБ была связана, с тем, что из-за травматичности операции, пациентка, двое суток находилась в положении лёжа и практически не вставала. Необходимо отметить, что клинические проявления ПГБ протекали, как правило, в легкой форме и длились от 2 до 5 дней. У двух пациентов, со средней тяжестью течения, головные

боли сопровождались нарушением слуха и зрения (диплопией), явления нарушения слуха были отмечены еще в 12 случаях. Пациентов с тяжелой степенью течения ПГБ не было. Другим фактором риска возникновения ПГБ являются тип и размер иглы. Высокая частота развития ПГБ при использовании игл типа Quinke калибра 22G отмечена в 14 ± 1 , 4%, а наиболее низкий риск ПГБ отмечался при использовании игл типа Whitacre 25G, который был равен 2, 0 ± 0 , 2% и игл типа Atraucan 26G-1, 0 ± 0 , 1%. Высокая частота ПГБ в нашем исследовании объясивнотея тем, что в начале освоения методики СМА применялись иглы большого диаметра (20-22 G). Впоследствии с введением в практику игл 25-27 G, частота ПГБ снизилась до 1%-2%. Другой причиной высокой частоты ПГБ в нашем исследовании является тщательность регистрации симптоматики, возможно, поэтому в наблюдении преобладают пациенты с легкой степенью течения данного синдрома.

Выводы

В исследовании не получено клинически достоверных результатов указывающих на увеличение риска возникновения ПГБ при повторных СМА, а также у пациентов с низким индексом массы тела и зависимости частоты развития ПГБ от пола пациента. Полученные результаты подтверждают мнение, что самым важным фактором, который влияет на возникновение ПГБ, является диаметр пункционной иглы и возраст пациента. Чем больше диаметр иглы и моложе пациент (менее 30 лет), тем выше риск возникновения головных болей и выраженней их клинические проявления.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД С 2008 ПО 2013 ГОД

Тарасюк А.А. 4к. 445гр. ЛФ

Руководитель темы: *Зарипова З.А.* доц. каф. анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии. к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Частота встречаемости инфекционно-токсического шока у детей (750 000 случаев в год), а также высокая детская смертность в рамках этой патологии (примерно 4 000 случаев в год) свидетельствуют об актуальности совершенствования подходов к лечению тяжелого сепсиса в рамках отделения реанимации и интенсивной терапии в педиатрической практике.

Полт

Выявить тенденции и эффективность лечения септического шока в педиатрической практике в России за последние 5 лет в соответствии с международными рекомендациями.

Материалы и метолы

Сбор и анализ статистических показателей лечения септического шока у детей в соответствии европейскими стандартами Surviing Sepsis Campaigne в период с 2008 по 2013 года на территории России

Полученные результаты

В период с 2008 по 2013 год взгляды на реанимационные мероприятия, показания к проведению ИВЛ и инфузионную терапию не изменились. При проведении ИВЛ должна быть обеспечена адекватная анальгезия и седация пациента с учетом того, что у детей, как правило, более выражены побочные эффекты на препараты данных групп. Как и пять лет назад, на данный момент считается необходимым как можно более раннее начало антибиотикотерапии. Введение антибиотиков должно начаться с момента постановки диагноза и взятия посевов. Начало адекватной антибиотикотерапии в первые 3 суток заболевания повышает её эффективность на 72%. В стандартах 2013 года рекомендуется использование клиндамицина для пациентов с синдромом токсического шока и трудно корригируемой гипотензией. При сепсисе, который явился исходом бактериального колита (т. е. против его возбудителя — СІ. difficile) наиболее рациональным считается прием антибиотиков рег оѕ, если это позволяет состояние пациента, наряду с внутривенным введением. Взгляды на инотропную поддержку, на

введение вазопрессоров и вазодилятаторов не изменились за последние пять лет. Однако, что касается переливания крови и ее компонентов, такие изменения есть. В стандарта 2011 и 2013 года определены показания к переливанию эритроцитарной массы и плазмы, в то время как в 2008м году особых указаний по этому поводу не было. Также в стандартах за 2011 и 2013 годы рекомендуется контролировать колебания уровня глюкозы в крови, что считалось необязательным в стандартах 2008го года.

Выволы

Таким образом, удалось установить, что этиотропное и патогенетическое лечения септического шока претерпевают некоторые изменения в сравнении с рекомендациями за 2008 год. А эффективность лечения пациентов с септическим шоком в педиатрической практике повысилась на 9, 3% в 2013 г. в сравнении с показателями за 2008 год.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЖИЗНЕННЫХ ФУНКПИЙ У ПАПИЕНТОВ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ОПИАТАМИ.

¹*Носов Н.А.* 4к. 432гр. ЛФ

Руководители темы: ${}^2\Gamma$ лущенко В.А. проф. каф. анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, д.м.н., 1 Кузнецов О.А. доц., к.м.н.

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова

2 - НИИ Скорой помощи им. И.И.Джанелидзе

Актуальность

Отравления опиатными наркотиками – глобальная медико-социальная проблема XXI века. Так, в Петербурге на учёте состоит более 10000 наркозависимых, из них 8500 активно потребляющие. В России зарегистрировано более 350 тысяч больных опиатной зависимостью, смертность от отравлений опиатами около 70 тысяч человек в год. Следовательно, учитывая рост числа наркозависимых, и учащающиеся случаи отравлений, можно считать данную проблему высоко актуальной.

Пель

Оценка восстановления жизненных функций у пациентов с острыми отравлениями полусинтетическими опиатами (ПСО) и синтетическими опиатами (СО).

Материалы и методы

При исследовании были изучены медицинские карты стационарных больных ОРИТ клиники токсикологии НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, получавших лечение в 2013г. Отобрано 55 пациентов: 15 женщин и 40 мужчин в возрасте от 21 до 60 лет, с установленным диагнозом острое отравление опиатами. При анализе первичной медицинской документации были получены данные о количественном соотношении пациентов с отравлением ПСО и СО, длительности ИВЛ, продолжительности пребывания в ОРИТ, длительности комы.

Полученные результаты

Выявлено: все пациенты доставлены в коматозном состоянии бригадами скорой помощи. Пациентов с отравлениями ПСО 25чел., лечение в ОРИТ 10-24часов, продолжительность ИВЛ 6-20ч, длительность комы 6-19ч. Пациентов с отравлениями СО 30чел, лечение в ОРИТ 24-312ч, ИВЛ 21-245ч, кома 21-240ч. Также установлено, что у пациентов с отравлениями СО в 4 раза чаще, чем с отравлениями ПСО встречаются осложнения в виде аспирационного синдрома, пневмоний, отёка головного мозга, острой почечной недостаточности, острой сердечнососудистой недостаточности и летального исхода. Обнаружено, что у пациентов, пребывавших в коме более 24часов, риск развития ОПН и ОССН возрастает в 2 раза. Пациенты с отравлениями СО в 3 раза чаще впадают в повторную кому, чем пациенты с отравлениями ПСО, которая приводит к летальному исходу.

Таким образом, определено, что пациентам с отравлениями СО требуется более длительная интенсивная терапия. Это обусловлено тем, что через 24 часа после введения, из организма выводится 80%ПСО, а СО действуют 72ч и выводятся медленнее. ИВЛ требовалась, поскольку опиаты вызывают угнетение дыхательного центра, что приводит к остановке дыхания, гипоксии и далее коме, что ведёт к позднему обращению за медицинской помощью.

Выволы

Следует учитывать, какие опиаты стали причиной отравления, поскольку видимое улучшение состояния пациента не всегда говорит о выведении наркотика и прекращении его действия. Поэтому необходимо продолжать интенсивную терапию в течение некоторого времени после выхода из комы и восстановления спонтанного дыхания в зависимости от сознания, тяжести состояния, и других симптомов особенно при отравлениях СО.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ.

Шемякина Н.С. 6к. 646гр. ЛФ, *Акмалова Р.В.* 6к. 642гр. ЛФ, *Лущай В.В.* 6к. 649гр. ЛФ Руководитель темы: *Глущенко В.А.* проф. каф. анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Несмотря на популярность использования спинальной анестезии (CA), данная методика не является абсолютно безопасной, особенно из-за развития сердечно-сосудистых осложнений.

Пель

Выявить факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений при СА и дать их качественную оценку.

Материалы и методы

Был проведен анализ течения 925 СА. Исследованы карты анестезии и истории болезни. Статистическое описание, аналитическую группировку и углубленный статистический анализ осуществляли с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Excel и Microsoft Access. Оценку статистической значимости результатов вели с помощью доверительного критерия Стьюдента. Использовали варианты однофакторного и двухфакторного дисперсионного анализа для оценки существенности влияния качественных факторов на результирующие показатели. При подтверждении статистической значимости рассчитывали показатели относительного риска RR (relative risk, risk ratio).

Полученные результаты

Установлено, что наиболее частым осложнением СА была артериальная гипотония, которая отмечалась у 275 (29, 7%) пациентов. Выявлено, что факторами риска развития артериальной гипотонии при СА являются сенсорный блок выше уровня ThV (85±0, 8%) – RR=8, 4; недостаточная предоперационная инфузионная терапия (84±1, 0%) – RR=5, 2; спинномозговая пункция выше уровня L3-L4 (65, 9±2, 7%) – RR 5, 5; гиповолемия более 25% ОЦК (88±1, 1%) – RR=3, 6; высокий риск анестезии, IV-V класс по ASA (60±3, 0%) – RR=2, 6. Брадикардия при СА была отмечена у 93 (10, 1±1, 7%) пациентов. По нашим наблюдениям, наиболее значимыми факторами риска брадикардии явились исходная ЧСС < 60 мин-1 (50±3, 1%) – RR=7, 1 и сенсорный блок выше уровня Th5 (25%±1, 2%) – RR=5, 5.Другой значимый фактор риска – спинномозговая пункция выше уровня L3–L4 (24±1, 1%) – RR=7, 9, ведущая к высокому распространению симпатической блокады.Приём В-адреноблокаторов как фактор риска встречался в 20, 8±4, 1% (RR=2, 3).

Выволы

Наиболее высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений при CA сопряжен с уровнем пункции выше L3–L4, исходной брадикардией и сенсорным блоком выше уровня Th5. В качестве факторов риска развития гипотонии и брадикардии выступали, как правило, 2–3 причины.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ.

Полякова Т.С. 4к. 433гр. ЛФ

Руководитель темы: *Васильев Я.И.* доц. каф. анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Хронической болевой синдром (ХБС) после операции является серьезной проблемой, с которой сталкивается от 10 до 80% пациентов. Несмотря на длительное изучение этого состояния, до сих пор не существует единого мнения относительно его патофизиологии, истинной частоты проявлений и факторах риска. Исследования, так или иначе затрагивающие вопросы возникновения и проявления ХБС после операции, крайне разнородны и зачастую посвящены изучению других вопросов, а наличие болевого синдрома рассматривается в них как второстепенный компонент.

Пель

Целью данной работы было выявить на основании анализа данных исследований, проведенных за последние 25 лет, в которых прямым или косвенным образом изучался вопрос XБС, основные группы риска его развития.

Материалы и методы

Поиск исследований осуществлялся в двух медицинских электронных базах - Ovid gateway и Pabmed, по следующим ключевым словам: хронический болевой синдром, боль после операции, отдаленные последствия операций, фантомная боль, лечение послеоперационной боли, лечение хронической боли. Из более чем 1500 ссылок было отобрано 65 статей, из них 6 обзоров, которые охватывали период с 1994 по 2013 год, только 7 из исследований, посвященных изучению конкретно болевому синдрому после операции были рандомизироваными, остальные были посвящены различным, последствиям оперативных вмешательств.

Полученные результаты

В предоперационном периоде значимой является острая боль, длящаяся более 3 часов; длительная, например боль в результате нарушения кровообращения при ампутациях и нейропатическая боль, в частности у онкологических пациентов. Особо выделяют катастрофическую боль. Основная роль отводится послеоперационной боли. Хорошо прослеживается связь между острой болью и развитием хронической боли, процент которой может быть весьма высоким с присоединением нейропатического компонента. Среди клинических факторов риска имеет значение наличие сопутствующей патологии, правда, без конкретизации структуры заболеваний, индекс массы тела, как особый фактор риска выделяется предоперационная нетрудоспособность.

Особое внимание в исследованиях уделяется психологическим факторам, из которых на первом месте ставится депрессия, далее тревога, страх и неконтролируемое предоперационное возбуждение. Страх оказался предиктором развития болевого синдрома, а оптимизм предиктором ее отсутствия. Если ожидаемое время возвращение к работе в послеоперационном периоде составляет более 3 месяцев, это также является фактором риска.

Среди операционных факторов риска выделяют длительность операции – более 3 часов; опыт хирурга оказался вариабельным фактором.

Выводы

Основным фактором развития хронической послеоперационной боли является наличие и длительность боли в предоперационном периоде, а также ее интенсивность в послеоперационном. Депрессия и тревога тоже играют не малую роль. С точки зрения оперативной техники основным фактором является повреждение нерва. Установлено, что никакая техника анестезии не дает больших преимуществ. Важно контролировать боль вообще, в том числе с использованием мультимодальных методик.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ

ВЛИЯНИЕ ДЭНС НА ОБМЕН КОЛЛАГЕНА В ПОЧКАХ И ПЕЧЕНИ КРЫС С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Буланова О.И. инт. 2014-го года каф. факультетская терапия, *Князев А.Д.* 2к. 223гр. ЛФ, *Шарипова Л.Г.* 2к. 223гр. ЛФ, *Гаврилова Ю.О.* 2к. 223гр. ЛФ Руководители темы: *Егоркина С.Б.* проф. каф. нормальная физиология, д.м.н., *Трофимова С.Р.* доц. каф. биологическая химия, к.м.н.

ИжГМА, Ижевск

Актуальность

Сахарный диабет занимает одно из ведущих мест по медико-социальной значимости. При сахарном диабете наблюдаются нарушения обмена веществ, в том числе в обмене коллагена. Аппаратная физиотерапия может являться дополнительным методом в комплексном лечении сахарного диабета. Метод динамической электронейростимуляции (ДЭНС) — это способ чрескожного воздействия на определенные зоны организма. В основе ДЭНС-терапии лежат многоуровневые рефлекторные и нейрохимические реакции, запускающие каскад регуляторных и адаптационных механизмов организма.

Пепь

Изучить влияние ДЭНС-терапии на обмен коллагена в почках и печени крыс в условиях аллоксан-индуцированного диабета

Материалы и методы

Эксперименты проведены на половозрелых беспородных крысах — самках. Сахарный диабет 1 типа вызывали внутрибрюшинным введением аллоксана в дозе 10, 0 мг на 100 г массы тела. До начала экспериментов крыс делили на опытную и контрольную группы. Опытной группе животных ежедневно проводили ДЭНС-терапию (аппаратом ДиаДЭНС-ПКМ), накладывая электроды прибора на хвост крысы на 10 минут. Контрольной группе животных на это же время накладывали не включенный прибор. Эксперимент длился в течение 30 дней. После этого животных выводили из эксперимента, а в гомогенатах печени и почек исследовали фракционный состав коллагена по методу Л. Я. Прошиной и М. Н. Приваленко (1982). В крови животных определяли солержание сахара.

Полученные результаты

Выявили, что у опытной группы крыс, по сравнению с контрольной, уровень суммарного коллагена увеличился в печени на 32, 5%, а в почках на 42%. Данное увеличение произошло на фоне значительного роста фракции нерастворимого коллагена (на 111% и 137% в печени и почках соответственно). При этом количество фракции цитраторастваримого коллагена, наоборот, уменьшалось на 25, 2% в печени и 36, 6% в почках. Содержание молодой солерастворимой фракции коллагена в изучаемых органах практически не изменялось. В опытной группе уровень сахара составлял 6, 34 ммоль/л, в контрольной группе 10, 42 ммоль/л.

Выводы

Таким образом, определили, что ДЭНС-терапия увеличивает скорость синтеза коллагена, о чем свидетельствует значительное увеличение уровня суммарного коллагена за счет роста нерастворимой фракции и значительно замедляет скорость его распада, о чем свидетельствует уменьшение фракции цитраторастворимого коллагена – продукта деградации коллагена. Одновременно ДЭНС снижает уровень сахара в крови экспериментальных животных.

ИССЛЕЛОВАНИЕ АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Проценко А.Р. 2к. 250гр. Л Φ

Руководитель темы: Павлова Р.Н. доц. каф. биологической и общей химии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Псориаз является чешуйчатым дерматозом, с рецидивирующим течением. Морфологической основой дерматоза является повышение пролиферативной активности клеток эпидермиса. Рядом авторов показано, что при обострении процесса, сопровождающегося повышением пролиферации и появлением псориатических бляшек и высыпаний на коже, имеет место снижение уровня активных форм кислорода (АФК).

Ферментативное звено антиоксидантной системы (АОС) представлено каталазой, супероксиддисмутазой, глутатиопероксидазой, глюкозо-6-фосфатдегидрогеназой и рядом других ферментов. В литературе имеются неоднозначные данные об активности ферментов АОС и характере их изменения при псориазе и в процессе его лечения.

Пель

Изучение активности каталазы больных псориазом в опытах "in vitro" при инкубации с окислителем нитритом натрия, используемого в качестве нагрузочного теста для выявления скрытых структурных изменений в ферменте.

Материалы и методы

Эритроциты крови больных псориазом, полученной до лечения, на 7-ой и 14-ый день лечения, в курс которого в качестве препарата коррекции добавляли «океанол», содержащий ω -3 жирные кислоты, дважды отмывали физиологическим раствором, затем готовили гемолизат (1: 10) на 0, 1% ЭДТА и инкубировали с нитритом натрия в концентрации 2 10^{-3} М в соотношении 1: 1 в течении 30 мин при 30° С. Активность каталазы (КАТ) определяли спектрофотометрически.

Полученные результаты

Активность каталазы больным псориазом перед лечением составила 3, 55 ± 2 , 13, при действии нитрита натрия 3, 58 ± 1 , 34, однако у 28% больных отмечено снижение активности каталазы при действии нитрита натрия, а у 72% повышение активности фермента. На 7-ой день лечения активность каталазы составила 4, 16 ± 1 , 18, при действии нитрита натрия 3, 55 ± 1 , 02.

Выволы

Отсутствие ингибирования каталазы нитритом натрия на фоне 100% образования метгемоглобина свидетельствует о конформационных изменениях в структуре фермента и коррекции их в процессе лечения.

КОМПОНЕНТЫ АМИНОКИСЛОТНОГО ПУЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ВЫСОКИХ ДОЗ ЭТАНОЛА

Давыдова О.В. 6к. 37гр. ЛФ, Нехаева Я.И. соиск. каф. биологической химии Руководитель темы: Дорошенко Е.М. доц. каф. биологической химии, к.б.н.

ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Актуальность

Алкогольная интоксикация сопровождается развитием аминокислотного дисбаланса в структурах ЦНС [2]. Однако, вопрос о различии влияния видов алкоголизации на его формирование недостаточно исследован. В частности, отсутствуют сведения о влиянии высоких доз этанола на аминокислотный фонд в ЦНС в зависимости от кратности введения этанола.

Пель

Исследовать влияние многократного введения этанола на уровни нейроактивных аминокислот и родственных соединений в отделах головного мозга крыс.

Материалы и методы

В эксперименте использовано 43 белых крысы-самца гетерогенной популяции, со свободным доступом к воде. Животным опытных групп вводили внутрижелудочно этанол в дозе 4, 5 г/кг 1, 4 или 10 раз с интервалом 1 сутки. Уровни свободных аминокислот определяли в хлорнокислых экстрактах отделов мозга методом обращенно-фазной ВЭЖХ после предколоночной дериватизации с о-фталевым альдегидом с детектированием по флуоресценции. Статистическую обработку проводили с помощью Т-теста для независимых выборок после проверки нормальности выборки и с учетом сравнения дисперсий и множественных сравнений (непараметрический тест ANOVA).

Полученные результаты

В гипоталамусе крыс через 1 ч после 4-кратного введения этанола повышалось содержание О-фосфосерина и фосфоэтаноламина и снижалось содержание триптофана, фенилаланина и изолейцина. Последний эффект может быть связан с торможением В-системы транспорта аминокислот в мозг, которое, вероятно, сохранялось и после 10-кратного введения этанола, где также фиксировалось снижение уровня метионина и повышение - треонина. Сходные по характеру сдвиги наблюдались и через 24 ч после введения этанола, причем они были отчетливо заметны и после первого введения этанола. 4- кратное введение этанола вызывало повышению уровней глицина и ГАМК и снижение - триптофана по сравнению с однократным, что можно рассматривать как снижение доступности предшественника в серотонинергической системе [1]. В среднем мозге 4-кратное введение этанола вызывало через 1 ч после последнего введения снижение уровня триптофана, 10-кратное – повышение уровня треонина и снижение – орнитина и цитруллина, причем эти эффекты регистрировались и через 24 ч после последнего введения. Так как через 24 ч после 4-го введения этанола повышался уровень глицина, снижался - таурина, тирозина и триптофана, в среднем мозге возможно снижение синтеза моноаминов за счет доступности предшественников. В базальных ганглиях через 1 ч после введения этанола при любой кратности введения изменения в аминокислотном пуле были однонаправлены с таковыми в гипоталамусе, через 24 ч после первого введения этанола снижались уровни фосфосерина и фосфоэтаноламина, а также уровни тормозных трансмиттеров – глицина и ГАМК.

Выводы

При многократном введении высокой дозы этанола, вероятно, тормозится транспорт АРУЦ и ароматических аминокислот в исследованные структуры головного мозга, что может означать снижение доступности предшественников в центральных аминергических системах, а также снижается содержание тормозных аминокислот-трансмиттеров.

Литература:

- 1. Ашмарин Й. П., Антипенко А. Е., Ашапкин В. В., Вольский Г. Г., Дамбинова С. А. Нейрохимия // М. 1996. с. 62, 255-256.
- 2. Дорошенко, Е. М. Эффекты аминокислотных композиций на спектр нейроактивных аминокислот в мозге крыс при хронической алкогольной интоксикации / Е. М. Дорошенко [и др] // Журнал ГГМУ, 2007. № 1. С. 129-136.

ОЦЕНКА СЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ЛПС-ИНДУЦИРОВАННЫХ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ МАКРОФАГОВ

¹Коротченко Е.С. 4к. 43431/1гр. Отделение медицинской физики и биоинженерии Руководители темы: ²Касторнова А.Е. асп. 1-го года каф. фармакологии, ¹Крышень К.Л. асс., каф. биологической химии с курсом биоорганической химии

1 - Санкт-Петербургский Государственный Политехнический Университет, Институт Физики, нанотехнологий и телекоммуникаций 2 - СЗГМУ им И.И.Мечникова

Актуальность

Макрофаги играют ключевую роль в развитии неспецифического и адаптивного иммунного ответа, являются также одним из звеньев, связывающих врожденный и приобретенный иммунитет благодаря способности презентировать иммунокомпетентным клеткам чужеродные антигены, выделять хемокины, привлекающие лимфоциты к очагу воспаления, а также вырабатывать цитокины, способствующие протеканию иммунологических реакций.

Пель

Целью исследования являлась оценка секреторной активности липолисахаридиндуцированных перитонеальных макрофагов для определения уровня основных про- и противовоспалительных медиаторов (IL-1β, IL-10, TNFα). Для достижения цели были поставлены задачи по определению оптимальной концентрации липополисахарида (ЛПС) и времени стимуляции макрофагов ЛПС.

Материалы и методы

Исследование выполнено на 20 аутбредных крысах-самцах. Средний вес животных к началу эксперимента составлял 250±20г. Индукцию воспаления осуществляли путем внутрибрюшинного введения 3% тиогликолевой среды, выступающей раздражителем. Через 5 суток производили забор перитонеального экссудата. Для этого крыс эвтаназировали в СО2-камере. Для стимуляции выделенных перитонеальных макрофагов использовали классический индуктор воспаления ЛПС - компонент клеточной стенки грамотрицательных бактерий, являющийся мощным активатором секреторной активности макрофагов. Для отработки параметров метода стимулировали клетки в течение 1, 3, 6, 24 и 48 часов липополисахаридом в диапазоне концентраций: 0, 01; 0, 1; 1; 5; 10 мкг/мл. Количественное определение цитокинов в исследуемых супернатантах осуществляли твердофазным иммуноферментным анализом с помощью коммерческих тест-систем.

Полученные результаты

В ходе исследования установлено, что для провоспалительных цитокинов $TNF\alpha$ и $IL-1\beta$ максимум содержания (1879, 4 и 829, 8 пг/мл соответственно) приходится на 3-6 часов для концентрации ЛПС 5-10 мкг/мл. Оба цитокина являются провоспалительными и синтезируются в острую фазу иммунного ответа. При измерении содержания IL-10 как противовоспалительного цитокина было отмечено постепенное увеличение концентрации, достигающей максимума при 48 часах инкубации с ЛПС. Максимальный уровень IL-10 составил 934, 1 IL-10 при концентрации ЛПС 1 IL-10 мкг/мл.

Выводы

Таким образом, по результатам исследования были установлены оптимальные концентрации и время стимуляции перитонеальных макрофагов липополисахаридом бактериальной стенки. Так, для провоспалительных цитокинов IL-1 β , TNF α концентрация ЛПС составила 5-10 мкг/мл при времени инкубации 3-6 часов, а для противовоспалительного цитокина IL-10-1 мкг/мл ЛПС при 48 часах инкубации.

СТРУКТУРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВОДЫ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОПЕССЫ.

Понная В.А. 2к. 250гр. ЛФ, Москалев М.А. 2к. 250гр. ЛФ Руководители темы: Попов А.С. доц. каф. биологической и общей химии, к.х.н.,Васильев О.Д. доц. каф. микробиологии, вирусологии и иммунологии, к.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Жидкая вода - уникальная система, состоящая из различных структурных образований с различными свойствами. Каждая структура существует при определённых интервалах температур с учетом внешних воздействий (механических колебаний, магнитного поля и т. д.) Можно утверждать, что вода бывает разной степени структурированности. По литературным данным, вода в диапазоне температур 25°-100°С имеет пять максимумов структурированности. Важнейшим структурирующим фактором являются растворенные вещества и материалы, которые находятся с ней в контакте. Доказано, что вода, с одной стороны, придает биополимерам их нативную конформацию, а с другой – структурируется сама под их влиянием.

Малоструктурированная вода легче структурируется организмом, т. к. не нужно разрушать предыдущую организацию супранадмолекулярных комплексов (СНМ), кроме того, пониженная вязкость и более редкая пространственная сетка СНМ в талой воде увеличивают растворяющую способность и скорость диффузии. Но неумеренное употребление такой воды может разбалансировать некоторые системы организма, клиническим проявлением чего будут нарушения в ЖКТ (язвы, колиты). Напротив, структурированная вода вынуждает организматрачивать энергию на разрушение её предыдущей структуры и перестройку. Кроме того, изначальная структура также влияет на организацию молекул организма, внося дисбаланс в систему. Однако структурированная вода несёт в себе больше потенциальной энергии.

Материалы и методы

Воздействовать на H2O можно разными способами: замораживанием, нагреванием, кипячением, обработкой ультразвуком, воздействием различных полей и др. — и тем самым перевести её в метастабильное состояние. Причём, именно снижение уровня организации молекул воды, а не индуцированные структуры, вызванные, например, резонансом ультразвука, могут вызывать положительный эффект на организм человека. Этим могут определяться неоднозначные результаты экспериментов по структурированию воды с помощью резонанса.

Полученные результаты

В работе методом ОВ - потенциометрии определялось изменение электродного потенциала для серии образцов, которые контактировали с различными живыми объектами (Escherichia coli, Lactobacillus acidophilus). Найдено, что после удаления микроорганизмов путем фильтрации с использованием бактериальных фильтров ОВ-потенциал отличался в течение нескольких часов по сравнению с контрольным образцом. Найденные эффекты можно объяснить образованием сопряженных ОВ-пар по типу [H (H2O) m] и [·H (H2O) m]. Благодаря восстановительному потенциалу в пределах - (70... 120) мВ в живых организмах такая вода Также обладает антиоксидантными свойствами. прогнозируется восстановительного потенциала до - (300... 500) мВ путем воздействия на воду электромагнитным полем. Во всех живых организмах вода находится в структурированном состоянии, следовательно, потребление свежих сырых овощей, фруктов и кисломолочных продуктов с живыми бактериями обеспечивает потребность человека в структурированной воде.

УРОВНИ СЕРУСОДЕРЖАЩИХ СОЕДИНЕНИЙ МОЗГА КРЫС ПРИ РАЗЛИЧНОЙ КРАТНОСТИ ВВЕДЕНИЯ ЭТАНОЛА

 \mathcal{A} авыдова О.В. 6к. 37гр. ЛФ, \mathcal{H} ехаева Я.И. соиск. каф. биологической химии Руководитель темы: \mathcal{A} орошенко Е.М. доц. каф. биологической химии, к.б.н.

ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Актуальность

Пул серусодержащих соединений в головном мозге включает в себя тормозной нейромодулятор таурин, а также метионин и его активную форму S-аденозилметионин – косубстрат многочисленных реакций трансметилирования, в том числе в обмене биогенных аминов и мембранных фосфолипидов, а также ДНК. Нарушенный обмен метионина и последующее гипометилирование рассматривается как один из механизмов алкогольного поражения печени [1], а вызванная алкоголем деградация ДНК-метилтрансфераз и гипометилирование представляют возможный эпигенетический механизм алкогольного поражения мозга [2].

Цель

Исследовать влияние многократного введения этанола на уровни низкомолекулярных серусодержащих соединений в отделах головного мозга крыс.

Материалы и методы

В эксперименте использовано 43 белые крысы-самца гетерогенной популяции, со свободным доступом к воде. Животным опытных групп вводили внутрижелудочно этанол в дозе 4, 5 г/кг 1, 4 или 10 раз с интервалом 1 сутки. Уровни свободных серусодержащих аминокислот определяли в хлорнокислых экстрактах отделов мозга методом обращенно-фазной ВЭЖХ после предколоночной дериватизации с о-фталевым альдегидом с детектированием по флуоресценции. Статистическую обработку проводили с помощью Т-теста для независимых выборок после проверки нормальности выборки и с учетом сравнения дисперсий и множественных сравнений (непараметрический тест ANOVA).

Полученные результаты

Как через 1 ч, так и через 24 ч после введения этанола с любой кратностью в гипоталамусе снижалось содержание цистеиновой кислоты при неизменных уровнях таурина и его другого предшественника – цистеинсульфината. При этом только через 24 ч после первого введения этанола снижался уровень пистатионина. В этой же группе был снижен и уровень метионина. что позволяет предположить торможение транссульфурирования метионинсинтазной реакции. В среднем мозге через 24 ч после последнего введения этанола, независимо от кратности, снижался уровень цистеинсульфиновой кислоты (наиболее выраженно - после 10-кратного введения этанола), а после 4-го введения - также и уровень таурина. Кроме этого, через 24 ч снижался уровень восстановленного глутатиона при любой кратности введения этанола, а через 1 ч - только после его 10-кратного введения. В стриатуме, так и в гипоталамусе, также снижалось содержание цистеиновой кислоты, а после 10-кратного введения этанола - снижение уровня метионина, выраженное как через 1 ч, так и через 24 ч после последнего введения этанола.

Выводы

Общей особенностью пула серусодержащих аминокислот при повторяющемся воздействии высоких доз этанола можно считать торможение оксидазного пути превращения цистения, что может приводить к снижению синтеза таурина. Отсутствие явного снижения его концентрации может объясняться тем, что таурин в мозге является долгоживущим соединением. Многократное введение этанола может также приводить к снижению оборота метионина и скорости транссульфурирования гомоцистенна, что может сопровождаться гипометилированием ДНК и гистоновых белков и участвовать в формировании эпигенетических нарушений, свойственных алкогольному поражению мозга.

Литература

- Medici, V., and Halsted, C. Folate, alcohol, and liver disease // Molecular Nutrition & Food Research. – 2013. – V. 57. – P. 596–606.
- 2. Chen, C. P., Kuhn, P., Advis, J. P., Andsarkar, D. K. Chronic ethanol consumption impairs the circadian rhythm of pro-opiomelanocortin and period genes mRNA expression in the hypothalamus of the male rat // Journal of Neurochemistry. 2004. V. 88. –P. 1547–1554.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПИТАНИЯ И БИОРИТМА КИШЕЧНИКА НА ИЗМЕНЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА

Аликбаев Т.З. Зк. 344гр. ЛФ, Братилова Е.С. Зк. 344 гр. ЛФ, Воробей В.О. Зк. 344 гр. ЛФ, Константинова А.Е. Зк. 344 гр. ЛФ

Руководитель темы: Скворцова Т.Э. асс. каф. пропедевтики внутренних болезней, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

На современном этапе развития одной из важнейших проблем человечества является проблема ожирения и избыточного веса. Согласно данным ВОЗ с 1980 года число лиц, страдающих ожирением, во всем мире увеличилось вдвое. Причина этого – напряженный ритм жизни, заставляющий отодвинуть проблему избытка массы тела на второй план, а также несоблюдение здорового образа жизни и наличие заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материалы и методы

Обследовано 54 человека: мужчин – 22, женщин - 32 от 20 до 70 лет. В 1 группу вошли 25 человек (46%) с нормальным индексом массы тела (ИМТ) и во 2 группу 29 человек (54%) с ИМТ более 25 (ИМТ=25-30 – 18 человек (подгруппа A), ИМТ более 30 – 11 человек (подгруппа Б)). Все пациенты были проанкетированы: возраст, рост, вес, выполняемая работа, наличие заболеваний, пищевой рацион, физическая активность, режим сна-бодрствования, биоритмы кишечника

Полученные результаты

Установлено, что во 2 группе в 2, 5 раза чаще, чем в 1 группе встречались офисные работники и выполнение работ, связанных с общением. Физической активностью (зарядкой) занимаются 56% в 1 группе и во 2 группе 41% (подгруппа А – 50%, подгруппа Б – 27%). По частоте заболеваний выявлено: отсутствие заболеваний в 1 группе у 31% и 13% во 2 группе; заболевания ЖКТ в 1 группе 38% и во 2 группе 47%, заболевания сердечнососудистой системы в 1 группе составили 19% и во 2 группе 30%, встречаемость других заболеваний в обеих группах составила 10-12%. Удовлетворенность режимом сна-бодрствования в 1 группе 48%, во 2 группе 38% (в подгруппе А 50% и в подгруппе Б 18%). Все опрошенные употребляют смешанную пищу (мясную, растительную и молочную). Соблюдают диету в 1 группе 32%, во 2 группе 48% (в подгруппе А 39%, подгруппе Б 64%). Употребляют свежие фрукты (яблоки) в 1 группе 88%, во 2 группе 86% (в подгруппе А 89%, подгруппе Б 82%). Свежие соки употребляют в 1 группе 64% и во 2 группе 55%. Нерегулярное опорожнение кишечника (3-4 раза в неделю и реже) в 1 группе – у 4%, во 2 группе – у 10%.

Выволы

Профилактикой избыточной массы тела, поддержание активности и сохранение здорового организма, полноценного отдыха (сон) способствуют увеличение физической активности, употребление свежих фруктов и соков, и восстановление ежедневного опорожнения кишечника.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Ширяева А.И. Зк. 334гр. ЛФ. Луккина Т.Н. Зк. 334гр. ЛФ

Руководитель темы: Оганезова И.А. проф. каф. пропедевтики внутренних болезней, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Проблема заболеваний прямой кишки была актуальна во все времена. В настоящий момент, по статистике, каждый 4-й человек страдает тем или иным заболеванием прямой кишки. Самыми распространенными из них являются геморрой и анальные трешины. Проктологические заболевания, как правило, причиняют много страданий и значительно ухудшают качество жизни (КЖ) пациента.

Оценка основных показателей КЖ у колопроктологических больных.

Материалы и метолы

Нами было обследовано 18 пациентов колопроктологического профиля в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст). Все пациенты заполняли анкету, отражающую некоторые социально-демографические характеристики, а также данные о течении заболевания. Среди опрошенных 60% составили женщины и 40% мужчины. У 10 пациентов (55%) основным клиническим диагнозом был геморрой (группа 1), у 8 (45%) – анальные трещины (группа 2). Исследование КЖ проводилось с помощью стандартизованного опросника MOS SF-36.

Полученные результаты

При оценке результатов исследования общей группе пашиентов колопроктологического профиля выявлено значительное изменение показателей, характеризующих ухудшение КЖ, связанного с выраженностью болевого синдрома (ВР=43), снижением общего индекса здоровья (GH=50, 5), энергичности-жизнеспособности (VT=47, 1) и социального ролевого функционирования (SF=55, 6). В целом результаты оценки параметров КЖ в общей группе больных не превышали 70 усл. ед, что является по данным различных авторов очень низким результатом. Также удалось выявить существенные различия в оценке КЖ пациентами разных групп. Более низкая оценка КЖ, связанного со здоровьем, установлена в группе 1. Наиболее существенные различия выявлены по таким параметрам, как физическая работоспособность - РГ (59 и 74, 3), общее физическое состояние - RF (45 и 59, 4), жизнеспособность-энергичность - VT (38 и 60), эмоциональное состояние - RE (46, 6 и 70, 8) и общее психическое здоровье – МН (46 и 66, 5).

Выволы

Существенное снижение общей самооценки параметров КЖ, связанного со здоровьем, пациентами колопроктологического профиля, несомненно, обусловлено особенностями патологии, затрагивающей достаточно интимные стороны жизни больного. Выраженные различия, полученные в группах исследования, вероятно, связаны с тем, что пациенты, страдающие анальными трещинами, имеют более короткий анамнез заболевания, а также лучшими результатами его лечения в перспективе. В то время как геморрой является часто рецидивирующим заболеванием, с длительным анамнезом и не всегда перспективным прогнозом, что и приводит к значительному снижению показателей КЖ.

ОСОБЕННОСТИ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ОРГАНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ ИНЛЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА

Храброва М.В. 4к. 437гр. ЛФ

Руководитель темы: Иванов С.В. асс. каф. пропедевтики внутренних болезней, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Состояние питания пациентов является важным фактором, влияющим на течение и прогноз многих заболеваний. Известно, что недостаточность питания ухудшает течение хронических заболеваний, пролонгирует обострение и ухудшает прогноз благоприятного исхода оперативных вмешательств, в то время как избыточная масса тела и ожирение имеют важное значение в патогенезе многих алиментарно-зависимых терапевтических заболеваний.

Наиболее простым и быстрым способом оценки состояния питания пациента является расчет индекса массы тела (ИМТ = масса тела (кг) / рост2 (м). Недостаточность питания диагностируется в случае снижения ИМТ<20 кг/м2, а избыточная масса тела и ожирение — при ИМТ>25 кг/м2. В Приказе Минздрава РФ от 5 августа 2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания…» регламентированы методы оценки состояния пациентов, в том числе методы исследования компонентного состава организма, среди которых особое значение имеет биоимпедансный анализ (БИА), который рассматривается как эффективный скрининговый метод оценки состояния питания пациентов. БИА основан на определении электрического сопротивления тканей организма с последующим расчетом объемов водных секторов организма, на основании которых вычисляется безжировая и жировая масса тела. Жировая масса является наиболее вариабельным компонентом организма, поскольку она может быть подвержена значительным компочественным изменениям за относительно короткий период времени. Содержание жировой ткани в организме взрослых мужчин в среднем составляет 15-25%, у женщин — 18-30%.

Пель

Цель настоящего исследования – выявить взаимосвязь между ИМТ и жировой массой (ЖМ) у пациентов с различным состоянием питания и построить прогностическую модель определения содержания жировой ткани в организме на основании данных об индексе массы тела у пациентов с истощением, ожирением и нормальной массой тела.

Материалы и методы

Было проведено поперечное исследование, в ходе которого проанализированы протоколы биоимпедансного анализа состава организма 1051 пациента (432 мужчины и 619 женщин) гастроэнтерологического и терапевтического профиля, находившихся на лечении в клинике пропедевтики внутренних болезней в период с 2007 по 2013 гг. Медиана возраста пациентов составила 39 лет (Q1=25 лет; Q4=56 лет). Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS 20. 0 (IBM Corp.) с использованием корреляционного и регрессионного анализа.

Полученные результаты

В результате проведенного исследования, у пациентов с ИМТ<20 кг/м2 и ИМТ в интервале от 20 до 25 кг/м2 не обнаружено корреляционных связей между количеством жировой ткани в организме и ИМТ, т.е.для пациентов со сниженной и нормальной массой тела предсказать значение ЖМ на основании значения ИМТ не является возможным.В то же время у пациентов с ИМТ>20 кг/м2 коэффициент корреляции Пирсона между ИМТ и ЖМ равен 0, 87 (n=293, p<0, 001), что говорит о сильной корреляционной связи.С помощью регрессионного анализа построена ЖМ (кг) = -21, 3 1, 6 × ИМТ (кг/м2).Коэффициент детерминации при этом равен 0, 76, что говорит о том, что 76% вариабельности ИМТ объясняется именно избытком жировой ткани в организме.

Выволы

Таким образом, количество жировой ткани в организме зависит от ИМТ только у пациентов с избыточной массой тела и ожирением (r=0, 87), в то время как у истощенных пациентов и пациентов с нормальной массой тела взаимосвязи между ИМТ и ЖМ не обнаружено.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ПОДГОТОВКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЯМ

Егоров Г.Ю. 3к. 1гр. ЛПФ

Руководитель темы: *Косенко В.А.* асс. каф. пропедевтики внутренних болезней **РостГМУ, Ростов-На-Лону**

Актуальность

В современной медицине колоноскопия является «золотым стандартом» при диагностике заболеваний толстой кишки. Поэтому хорошая подготовка кишки является

необходимостью для проведения процедуры. Оптимальная очистка кишки способствует лучшей визуализации патологических процессов, а также снижает необходимость в проведении повторной колоноскопии и использования расходных материалов. За рубежом специалисты поразному оценивают преимущества этих препаратов по сравнению друг с другом. Большинство считает, что полиэтиленгликоль является более эффективным для очищения кишечника, хотя и менее переносимым для пациента.

Пель

Сравнить эффективность различных способов подготовки толстой кишки к эндоскопическим исследованиям.

Материалы и методы

В качестве средств подготовки наиболее часто применяют: осмотическое слабительное – раствор полиэтиленглиголя (Лавакол), препараты лактулозы (Дюфалак) и гиперосмолярное слабительное средство – фосфат натрия (Флит Фосфо—сода). Данное исследование проводилось на базе городской больницы № 20 г. Ростова-на-Дону, отделении терапии. Анализ качества подготовки 93 больных (30 человек – Лавакол, 31 человек – Дюфалак, 32 человека - Флит Фосфо—сода), наблюдавшихся с октября 2013г. до марта 2014 года оценивался с помощью специально разработанной анкеты для врачей эндоскопистов: «5 баллов» - отличная подготовка – почти полное отсутствие содержимого в кишечнике, не мешающее осмотру, «4 балла» - хорошая подготовка – умеренное количество остаточной прозрачной жидкости, иногда с примесью слизи, не мешающее полноценному осмотру и свободно аспирируемое, «3 балла» - удовлетворительная подготовка — значительное количество жидкости, иногда непрозрачного кишечного содержимого и отдельных каловых фрагментов, что значительно усложняет исследование, «2 балла» - плохая подготовка — кишечное содержимое и каловые массы делают невозможным осмотр кишки. Исследуемые препараты применялись согласно инструкции производителя.

Полученные результаты

Исследование показало, что лучшие результаты в плане очистки толстой кишки были получены у пациентов, получавших Флит Фосфо-сода (у 87, 5% пациентов качество оценки толстой кишки специалистами было оценено на «5 баллов») и Лавакол (у 80% пациентов качество подготовки кишки составляло «5 баллов»). Было отмечено, что в группе пациентов, где использовался Дюфалак, наблюдалась удовлетворительная подготовка толстой кишки («3 балла»), что, может быть, связано с плохой переносимостью препарата у пациентов и низким уровнем комплаенса.

Выводы

Таким образом, можно сделать вывод о том, что правильный выбор эффективного препарата для подготовки к колоноскопии имеет решающее значение для высококачественного исследования и лучшей диагностики заболеваний толстой кишки.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГОСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЖАЛОБ У УЧАЩИХСЯ СЗГМУ ИМ И.И. МЕЧНИКОВА Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Михнюк А.О. 3к. 321гр. МПФ

Руководитель темы: Белоусова Л.Н. доц. каф. гастроэнтерологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Цель

Целью работы явилось изучение встречаемости и степени выраженности гастроэнтерологических жалоб у студентов 1-6 курсов СЗГМУ им И. И. Мечникова, анализ зависимости жалоб от продолжительности обучения в ВУЗе и различных факторов образа жизни.

Материалы и методы

Было проанкетировано 120 студентов СЗГМУ им. И. И. Мечникова по 20 человек с каждого курса. Соотношение мужчин и женщин 1: 3, средний возраст составил 22 года. Все

опрошенные ответили на вопросы о наличии гастроэнтерологических жалоб, наличии хронических заболеваний, наследственности, употреблении алкоголя и табакокурении, рационе питания, режиме питания, динамике массы тела, также производился расчет индекса массы тела (ИМТ).

Полученные результаты

При анализе данных установлено, что 30% студентов первого курса СЗГМУ утвердительно ответили на вопрос о наличии хронических заболеваний ЖКТ, 15% из них отметили появление заболевания уже после поступления в ВУЗ. На 6 курсе хронические заболевания ЖКТ имеют более половины студентов, при этом 90% из них отметили появление заболевания за время учёбы. Наиболее часто встречаемые жалобы со стороны ЖКТ: боли в левом подреберье (60%), правом подреберье (66%), диарея (65%), запоры (63%), изжога (58%). 22% имеют стул 1 раз в 3 дня и реже. 62% студентов отметили увеличение веса в течении vчебы, при этом уже на 1 курсе об увеличении веса говорят 56% анкетируемых. К сожалению. за время обучения в ВУЗе увеличивается частота встречаемости таких вредных привычек, как алкоголь и табакокурение, что коррелирует с нарастанием частоты жалоб со стороны ЖКТ. В частности, на 1 курсе курят 15% мужчин и 23% женшин, к 6 курсу количество куряших возрастает до 65% и 55% соответственно, среди них гастроэнтерологические жалобы предъявляют 20% мужчин и 63% женщин на 1 курсе, к выпускному курсу их количество увеличивается до 37% и 73% соответственно. На 1 курсе 50% студентов употребляют спиртные напитки, причём 45% из них алкоголь употребляют часто, к 6 курсу количество лиц, употребляющих алкоголь, возрастает до 81%. С увеличением числа студентов, имеющих данную вредную привычку, растет и количество лиц, отмечающих жалобы со стороны ЖКТ, к 6 курсу это составляет 87%; при этом наиболее часто среди них возникают боли в левом (63%) и правом (73%) подреберьях, диарея (64%) и тошнота (51%), одновременно у студентов, не имеющих эту вредную привычку, частота встречаемости болей в левом и правом подреберьях не превышает 30%. 20% студентов употребляю пищу менее 2 раз в сутки, более чем у 50% опрошенных последний прием пиши после 21, 00. Важно отметить, что частота встречаемости жалоб со стороны ЖКТ выше у студентов, проживающих в общежитии (65%) нежели у студентов, проживающих с семьей (34%).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГОСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЖАЛОБ У УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ И ВЫСШИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧЕРЕЖДЕНИЙ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Михнюк А.О. 3к. 321гр. МПФ

Руководитель темы: Белоусова Л.Н. доц. каф. гастроэнтерологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Цель

Целью работы явилось сравнение встречаемости и степени выраженности гастроэнтерологических жалоб у школьников, студентов СПбГЭУ и СЗГМУ им И. И. Мечникова, анализ зависимости жалоб учебного заведения и различных факторов образа жизни.

Материалы и методы

Материалы и методы: все обследованные (160 человек) были разделены на 3 группы: студенты СЗГМУ им. И. И. Мечникова, студенты СПбГЭУ, ученики выпускных классов школ г. Санкт-Петербурга. Все опрошенные ответили на вопросы о наличии гастроэнтерологических жалоб, наличии хронических заболеваний, наследственности, употреблении алкоголя и табакокурении, рационе питания, режиме питания, динамике массы тела, также производился расчет индекса массы тела (ИМТ).

Полученные результаты

При сопоставлении полученных данных было выявлено, что хронические заболевания органов ЖКТ имеют место у 15% учеников выпускных классов, 20% студентов СПБГЭУ и 50% студентов СЗГМУ им И. И. Мечникова. Периодически гастроэнтерологические жалобы предъявляют 59% школьников, 65% и 97% студентов СПБГЭУ и СЗГМУ им И. И. Мечникова

соответственно, при этом наиболее часто имеют место боли в левом подреберье (63%), правом подреберье (59%), диарея (62%), запоры (68%), изжога (51%), выявлено, что встречаемость жалоб со стороны ЖКТ во всех трёх группах зависит от пола, среди школьников соотношение женщины/мужчины составило 60%/15%, среди студентов СПбГЭУ 90%/20%, студентов СЗГМУ им. И. И. Мечникова 70%/55%. В обоих ВУЗах частота гастроэнтерологических жалоб в 2 раза выше у курящих в сравнении с некурящими, при этом среди студентов СЗГМУ им. И. И. Мечникова количество курящих составляет 60%, в то время как в СПбГЭУ – 25%. Также выявлено, что студенты СЗГМУ употребляют спиртные напитки почти в 2 раза чаще, чем студенты СПбГЭУ (73% и 40% соответственно), жалобы среди лиц, употребляющих алкоголь, встречаются достоверно чаще. 62% студентов СЗГМУ отметили увеличение веса в течение учебы, при этом уже на 1 курсе об этом говорят 56% анкетируемых (у 45% студентов СЗГМУ отмечается отклонение ИМТ от нормы, при чем 90% из них в сторону увеличения!), а у 50% учеников выпускных классов, наоборот, преобладает уменьшение веса. В среднем у более чем 50% опрошенных имеет место нарушения режима питания, а именно последний прием пищи после 21. 00, при этом 78% из этого числа составляют студенты СЗГМУ (12% - студенты СПБГЭУ, 10% - школьники). 100% студентов СЗГМУ отметили у себя в той или иной степени состояние стресса и тревоги, в то время как данная жалоба нехарактерна ни для школьников (45%), ни для студентов СПбГЭУ (35%).

ХРОНИЧЕСКИЙ ХЕЛИКОБАКТЕРНЫЙ ГАСТРИТ И РАК ЖЕЛУДКА

Засеева М.Т. 4к. 14гр. ЛФ

Руководитель темы: *Хутиев Ц.С.* проф. каф. общей хирургии с онкологией, д.м.н. **СОГМА, Владикавказ**

Актуальность

Инфекция Helicobacter pylori (Hp) является одной из главных причин хронического гастрита, язвенной болезни желудка и ДПК, лимфомы и рака желудка (РЖ). В 1994 году Международным агентством по изчению рака Нр-инфекция включена в список канцерогенов первого класса, т. е. является несомненным канцерогеном человека.

Пель

Определение возможной причинно-следственной связи хронического хеликобактерного гастрита и опухолей желудка.

Материалы и методы

183 больных с опухолями желудка, выявленные при ЭФГДС с биопсией и гистологическим определением Hp. Рентгенография желудка.

Полученные результаты

Оценка патологических изменений слизистой оболочки желудка производилась в околораковой зоне и вне опухолевого очага в антруме и теле желудка. Во всех возрастных группах независимо от пола преобладал РЖ в теле (57, 1%). Локализация опухоли в антруме, кардии и смешанного (в двух смежных областях) типа составила соответственно: 24, 7%, 10, 5% и 7, 7%. Гистологические виды РЖ: высокодифференцированная аденокарцинома - 1, 1%, умереннодифференцированная – 15, 9%, низкодифференцированная – 39, перстневидноклеточная аденокарцинома – 28, 6%, недифференцированный рак – 13, 2%, другие виды – 1, 6% и злокачественная лимфома – 0, 1%. По эндоскопическим данным экзофитный, эндофитный и смешанные виды роста опухоли составили соответственно 26%, 51 и 23%. Во всех наблюдениях перифокально от ракового очага в слизистой оболочке выявлено хроническое воспаление, которое в большей степени выражено у мужчин. Слизистая внераковой зоны желудка исследована в 78 наблюдениях в антральной части и 41 – в теле желудка. В антруме Нр морфологически выявлен у 71, 7%, а в теле - у 82, 9% больных. Хроническое воспаление в антруме наблюдалось в 97, 4% случаях, чаще имело низкую (28, 9%) и среднюю (61, 8%) степень, реже высокую (9, 3%), проведенный нами анализ воспалительно-деструктивных процессов в слизистой оболочке желудка, развивающихся под влиянием Нр позволяет отметить следующие характерные черты. Нр - основной этиологический фактор воспалительнодеструктивных заболеваний желудка. При инфицировании слизистой оболочки желудка Нр всегда возникает и прогрессирует воспаление. В зависимости от патогенных свойств микроорганизма, защитных сил макроорганизма и других дополнительных факторов влияния, хронический хеликобактерный гастрит может протекать как самостоятельная нозологическая единица или сочетаться с образованием язвы различной локализации, чаще в ДПК, реже в желудке. На его фоне могут образоваться афтозные дефекты, папулы, полипы (чаще гиперпластические).

Выводы

Несмотря на клинический спектр своего проявления, Нр свойственны однотипные механизмы течения болезни, зависящие от продолжительности заболевания и приводящие к предраковым и раковым изменениям в слизистой оболочке желудка.

ГЕПАТОЛОГИЯ, НЕФРОЛОГИЯ

К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА: БЕТА-ЛАКТАМНЫЕ АНТИБИОТИКИ?

Богачева А.В. 6к. 613гр. МПФ

Руководитель темы: *Скипский И.М.* доц. каф. внутренних болезней с циклом терапии и нефрологии ФПК, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Известно, что причинами острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) могут быть разные патологические состояния, среди которых числится и тяжёлая пневмония (Авдеев С. Н., 2005).

Синонимом ОРДС является термин «некардиогенный отёк лёгких» (НОЛ) (Авдеев С. Н., 2006). НОЛ также может быть следствием разных причин, в том числе и лекарственного поражения лёгких (ЛПЛ). В частности, НОЛ может развиваться под действием пириметамина и бисептола (Илькович М. М., Орлова Γ . П., 2006).

Но в списке причин OPДС (синоним, или вариант НОЛ) ЛПЛ до последнего времени отсутствовали (исключая передозировку наркотиков, используемых наркоманами не с лечебной пелью).

В последнее время были высказаны предположения, что бета-лактамные антибиотики (β-ЛА) сами могут быть причиной ЛПЛ в виде ОРДС при лечении ими пневмоний, особенно атипичных (Скипский И. М., 2010, Скипский И. М. и соавт., 2012, 2013, Богачёва А. В., 2012).

Пель

С целью дальнейшего изучения этого вопроса, а именно; выяснения, не могут ли β-ЛА быть причиной ОРДС не только при лечении пневмоний, но и при лечении ими других заболеваниях, была предпринята эта работа.

Материалы и методы

Ретроспективно выборочно проанализированы 7 историй болезни умерших пациентов в возрасте от 46 до 89 лет (5 мужчин и 2 женщины), которые были госпитализированы с диагнозами: 1) рак пищевода ТЗN0М0; 2) рак пищевода Т4N1М0; 3) центральный рак правого легкого; 4) перфоративная язва желудка; 5) гангренозный холецистит; 6) мочекаменная болезнь, коралловидный камень левой почки и камни левого мочеточника; 7) желчекаменная болезнь, рубцовая стриктура дистального отдела холедоха.

Всем пациентам были проведены оперативные вмешательства, соответствующие основному диагнозу.

В послеоперационном периоде пациенты получали интенсивную терапию, включавшую β -ЛА (цефтриаксон или цефтазидим парентерально) и, во всех случаях, искусственную вентиляцию лёгких (ИВЛ) в связи с развитием, при отсутствии исходной острой патологии лёгких, острой дыхательной недостаточности (ОДН) с момента её появления. Все лечебные

мероприятия оказались не эффективными, и заболевания завершились летальным исходом на 2, 4, 5, 6, 19, 22, 27 сутки стационарного лечения.

Полученные результаты

По заключению патологоанатомов, в одном случае причиной смерти стал кардиогенный отёк лёгких вследствие развившегося в послеоперационном периоде острого инфаркта миокарда, не распознанного при жизни; в четырёх случаях ОДН была обусловлена сочетанием мелкоочаговой субсегментарной нозокомиальной пневмонии (НП) и НОЛ; в двух случаях сочетанием массивной НП и НОЛ.

При гистологическом исследовании ткани лёгких всех умерших пациентов выявлено утолщение межальвеолярных перегородок с гиалиновыми мембранами в альвеолах в виде плёнок, покрывающих их внутреннюю поверхность, что характерно для ОРДС.

То есть, причинами появления симптомов ОДН в анализируемых случаях были:

- 1. сочетание кардиогенного отёк лёгких и ОРДС;
- 2. сочетание ограниченной НП, не способной привести к летальному исходу, и ОРДС;
- 3. сочетание массивной НП, послужившей причиной смерти, и ОРДС.

Если массивная пневмония, развившаяся в двух анализируемых случаях, может быть причиной ОРДС (согласно списку его причин), то небольшая по объёму, ограниченная НП, и, тем более, кардиогенный отёк лёгких таковыми быть не могут. Следовательно, причиной ОРДС в таких случаях может быть ЛПЛ, вызванное β-ЛА.

Выволы

 β -ЛА могут быть причиной ОРДС не только при пневмонии, для лечения которой они применялись, но и при другой патологии, в частности, у пациентов хирургического профиля, которым в послеоперационном периоде они назначались по поводу основного заболевания или для профилактики послеоперационных инфекционных осложнений.

СТАТИНЫ: БЕЗОПАСНОСТЬ ИЛИ ГЕПАТОТОКСИЧНОСТЬ?

Шабанова Р.И. 3к. 17гр. ЛПФ, *Трембова Н.С.* 3к. 17гр. ЛПФ, *Прохоренко Д.Р.* 3к. 19гр. ЛПФ, *Егоров Г.Ю.* 3к. 1гр. ЛПФ

Руководители темы: Косенко В.А. асс. каф. пропедевтики внутренних болезней, Веселова Е.Н. асс. каф. пропедевтики внутренних болезней

РостГМУ, Ростов-На-Дону

Актуальность

Наряду с безусловными позитивными кардиоваскулярными эффектами статинов пристального внимания заслуживают их побочные печеночные эффекты (2). Печень является органом-мишенью для статинов, так как гепатоциты –главное место синтеза холестерина, продукции липопротеинов и катаболизма липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), а также место метаболизма статинов. Применение любых статинов может сопровождаться повышением уровня трансаминаз в 3 раза и более. К этому эффекту отклонения печеночных ферментов при отсутствии значимой гепатотоксичности (отсутствии гистопатологических изменений печени) адаптирован термин трансаминит. Лекарственную гепатотоксичность определяют при повышении АЛТ выше 3 норм если коньюгированный билирубин более 2 норм (1).

Пель

Показать, что статины не обладают клинически значимым гепатотоксичным действием.

Материалы и методы

Информация о базе исследования: исследование проводилось на базе кардиологического отделения городской больницы N 20 г. Ростова-на-Дону.

Дизайн исследования: сроки исследования: с 10. 2013г по 02. 2014г. Включая набор материала и его статистическую обработку.

Характеристика выборки: пациенты отбирались среди больных ИБС, находившихся в отделении кардиологии, страдающих ИБС, без метаболического синдрома, сахарного диабета и хронических заболеваний почек. Возраст пациентов составлял от 50 до 75 лет. Все они

регулярно получали препаратсимвостатин, в дозировке 20 мг/сут, в течение от 1 месяца до 1 года. Группа пациентов составила 120 человек.

Методы исследования: Расспрос, биохимическое исследование сыворотки крови (определение уровня холестерина, общего и коньюгированного билирубина, АЛТ, АСТ).

Полученные результаты

На фоне проводимой терапии статинами уровень общего холестерина определялся в пределах от 3. 6 до 6. 0 ммоль/л. Показатели АЛТ и АСТ колебались в пределах АСТ от 16, 0ед/л до 92, 0 ед/л, АЛТ от 7, 5ед/л до 56, 0ед/л, что не превышало 3 норм, уровень билирубина варьировал от 10, 2 до 31, 1 мколь/л.

Выводы

- Повышение уровня печеночных трансаминаз у пациентов, принимающих статины не превышает допустимых пределов
- 2. Повышение уровня общего и коньюгированного билирубина у пациентов, принимающих статины не превышало 31, 1 мкмоль/л, что не свидетельствует о гепатотоксичности и не требует отмены препаратов.
- 3. Использование статинов безопасно для печени

ФОСФАТ-СВЯЗЫВАЮЩИЕ СПОСОБНОСТИ СОЕДИНЕНИЙ АКТИВИРОВАННОГО УГЛЯ

Лопатин З.В. 6к. 634гр. ЛФ

Руководитель темы: Ряснянский В.Ю. доц. каф. внутренних болезней и нефрологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Гиперфосфатемия у больных хронической болезнью почек (ХБП) не только играет важную роль в развитии поражения костной ткани, но и увеличивает риск смерти от любых и сердечно-сосудистых причин. Результаты контролируемых клинических исследований показали, что фосфат-связывающие препараты, не содержащие кальций, могут задерживать развитие кальцификации коронарных и других артерий и улучшать выживаемость у преддиализных и диализных больных ХБП. С целью адсорбции фосфатов достаточно широкое распространение получил активированный уголь.

Пель

Целью работы явилась лабораторная оценка фосфат-связывающих свойств образцов активированного угля, соединений активированного угля и трехвалентного железа (Fe (III)); активированного угля, лантана (La (III)) и магния (Mg (II)); активированного угля и лантана (La (III)); активированного угля, трехвалентного железа (Fe (III)) и магния (Mg (II)).

Материалы и методы

Для исследования применялась адсорбционная колоночная хроматография в стандартных условиях. Сухие адсорбенты взвешены на весах с точностью до 0, 0001 г. С целью изучения эффективности фосфат-связывающей способности исследованы адсорбенты массами 1, 0 и 2, 0 г. Через каждый адсорбент в соответствующих массах был пропущен раствор с концентрацией фосфора 40, 86 ммоль/л по100, 0 мл. Для оценки концентрации фосфатов в растворе использовался метод фотоколориметрии с молибдатом аммония. Приемные пробы отбирались в пробирки объемом 10, 0 мл, и для колориметрического анализа были использованы первые 10 пробирок.

Полученные результаты

В результате исследования были получены кривые зависимости концентрации фосфора в адсорбированных растворах от времени элюирования в хроматографической колонке. Концентрация фосфора в растворе, адсорбированном активированным углем массой 1, 0 г в пробе № 1 составила 18, 0 ммоль/л, № 4-9 – 21, 2 ммоль/л, № 10 – 21, 7 ммоль/л; массой 2, 0 г – в пробе № 1составила 15, 8 ммоль/л и к пробе № 10 достигла 21, 4 ммоль/л. Концентрация фосфора в растворе, адсорбированном активированным углем с Fe (III) массой 1, 0 г в пробе №

1 составила 27, 5 ммоль/л, в пробе № 10 увеличилась до 36, 1 ммоль/л; массой 2, 0 г – в пробе № 1 составила 16, 2 ммоль/л, в пробе № 10 – 34, 95 ммоль/л. Концентрация фосфора в растворе, адсорбированном активированным углем с La (III) массой 1, 0 г в пробе № 1 составила 23, 0 ммоль/л, в пробе № 10 – 33, 62 ммоль/л; массой 2, 0 г – в пробе № 1 составила 14, 55 ммоль/л, в пробе № 10 – 33, 4 ммоль/л; массой 2, 0 г – в пробе № 1 составила 26, 8 ммоль/л, в пробе № 10 – 34, 1 ммоль/л; массой 1, 0 г в пробе № 1 составила 26, 8 ммоль/л, в пробе № 10 – 34, 1 ммоль/л; массой 2, 0 г – в пробе № 1 составила 26, 8 ммоль/л, в пробе № 10 – 34, 1 ммоль/л; массой 2, 0 г – в пробе № 1 составила 26 ммоль/л, в пробе № 10 – 35, 9 ммоль/л; массой 2, 0 г – в пробе № 1 составила 28, 2 ммоль/л, в пробе № 10 – 35, 9 ммоль/л; массой 2, 0 г – в пробе № 1 составила 18 ммоль/л, в пробе № 10 – 34, 95 ммоль/л.

Выводы

Для адсорбции раствора объемом 100, 0 мл с концентрацией фосфора 40, 86 ммоль/л наиболее эффективным энтеросорбентом в лабораторных условиях является активированный уголь массой 2, 0 г. Соединения активированного угля и трехвалентного железа (Fe (III)); активированного угля, лантана (La (III)) и магния (Mg (II)); активированного угля, трехвалентного железа (Fe (III)) и магния (Mg (II)) в лабораторных условиях по способности связывать фосфор из растворов уступают активированному углю. В связи с полученными результатами исследования следует рассматривать использование активированного угля как эффективного фосфат-биндера у преддиализных и диализных больных XБII.

ГИГИЕНА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

 $\it Aвдеева$ Д.Н. 6к. 605гр. МПФ, $\it Янчарук$ М.В. 6к. 604гр. МПФ

Руководитель темы: Cыр μ ова M.A. проф. каф. гигиена детей и подростков, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Формирование здорового образа жизни является составной частью в комплексе профилактических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков.

Цель

Целью настоящей работы явилась гигиеническая оценка образа жизни детей и подростков общеобразовательных учреждений

Материалы и методы

Для оценки образа жизни использовали метод анкетирования.

Полученные результаты

Состояние здоровья учащихся оценивали субъективным методом и по результатам профилактических медицинских осмотров. Под наблюдением находились учащиеся 5-11 классов общеобразовательных учреждений Ленинградской области. Длительное пребывание в школе, снижение двигательной активности являются факторами риска развития заболеваний у детей. В результате исследований установлено, что 68, 2% учащихся занимаются в свободное время физической деятельностью, кроме уроков физкультуры. Регулярно же занимаются спортом 41% респондентов. Важной стилевой характеристикой поведения по поддержанию здорового образа жизни является выполнение утренней зарядки. В результате опроса установили, что регулярно занимаются зарядкой всего 5% из числа опрошенных учащихся. Доля тех, кто зарядку вообще не делает, составляет 51, 0%. Оценка факторов образа жизни позволила установить, что имеет место нерациональное построение режима дня и экономия времени за счет ночного сна и приема пищи. Как в среднем, так и в старшем звене школы реальная продолжительность сна учащихся оказывается гораздо ниже той, которая предусматривается нормативами. Только 33% из числа опрошенных спят более 8 часов.

Результаты анкетного опроса учащихся позволили выявить особенности в организации их питания. Большинство учащихся питаются дома и в школе. Вместе с тем, треть из числа опрошенных питается только дома. 2 раза в день и реже питается более трети учащихся. Отвечая на вопрос «Сколько раз в день Вы употребляете горячую пищу», ответы распределились следующим образом: 50% -2 раза в день, 21%- 3 и более раз, 29%из числа опрошенных учащихся - 1 раз в день. Редкое употребление молочных, мясных продуктов, свежих овощей, фруктов, (1 раз в неделю и реже) отмечают14% опрошенных. Результаты анкетного опроса показали, что пробовали курить 80, 3% опрошенных учащихся 7-11 классов: употребляют алкоголь: редко - 58%, 1 в месяц - 3, 0% респондентов. Как учащиеся оценили свое состояние здоровья? Результаты субъективной оценки показали, что 41% опрошенных считают себя совершенно здоровыми, 34% - почти здоровыми, а 25% - не очень здоровыми. Большинство из числа опрошенных учащихся 7 классов оценили свое здоровье как хорошее и очень хорошее, тогла как в 11 классе более трети учащихся оценили его как плохое. Результаты медицинских осмотров показали, что среди обследованных школьников наиболее многочисленна 2 группа здоровья - группа риска. Более трети учащихся предъявляют жалобы на головную боль, слабость, раздражительность, расстройство пишеварения.

Выволы

Таким образом, результаты работы позволяют рекомендовать обратить внимание школьников и родителей на организацию питания, двигательной деятельности, продолжительность сна, вредные привычки с целью улучшения состояния здоровья как критерия оценки качества жизни.

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ ПО ВЫБОРУ НАПИТКОВ, РЕАЛИЗУЕМЫХ В БУФЕТАХ УНИВЕРСИТЕТА

 Π опова O.Л. доц. каф. экологии человека и гигиены окружающей среды, к.м.н., Иванова M.C. Руководитель темы: Π опова O.Л. доц. каф. экологии человека и гигиены окружающей среды,

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва

Актуальность

Рост производства сладких безалкогольных газированных напитков типа Пепси-колы в Российской Федерации наряду с их активной и агрессивной рекламой сопровождается ростом их потребления. Пищевая и энергетическая ценность безалкогольных газированных напитков определяется содержанием сахара, который составляет до 12% состава напитка. С позиций безопасности пищевых продуктов составы сахаросодержащих безалкогольных газированных напитков не опасны для здоровья человека, избыточное потребление их может вести к превышению калорийности рациона над энерготратами и служить фактором риска развития ожирения, сахарного диабета, кариеса и снижения костной плотности.

Цель

Целью данного исследования явилась оценка пищевого поведения студентов по выбору напитков, реализуемых в буфетах медицинского вуза.

Материалы и методы

Проведено анкетирование 100 студентов старших курсов медико-профилактического факультета по выбору напитков, реализуемых в буфетах Первого МГМУ им. Сеченова. Полученные результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2010 for Windows 7.

Полученные результаты

В течение учебного дня 88% студентов предпочитают кушать в студенческих столовых и буфетах. Питаются в столовых ежедневно 44% респондентов, 3-4 раза в неделю пользуются услугами буфетов 21% студентов и 1-2 раза в неделю - 23% опрошенных. Разовый объём порции напитка составляет 200 мл, так указали 52% студента, 330 мл - 27% опрошенных, 13% указали на объём 600 мл и более 600 мл - 8%. Ассортимент напитков, реализуемый в буфетах и

столовых Университет, соответствует пищевым предпочтениям обучающихся. Частота предпочтения студентов напитков следующая: чай - 78, минеральную воду - 47, сокосодержащие напитки - 37, кисломолочные продукты - 33, кофе - 32, молоко - 19, напитки типа Нести/Липтон - 15, газированные напитки типа Кока-кола - 14, энергетические напитки - 13, молочные коктейли- 10, соки - 1. Частота предпочтений выбора напитка в университетском буфете следующая: чай - 63, минеральная вода - 33, кофе - 22, сокосодержащие напитки - 18, напитки типа Нести/Липтон - 14, энергетические напитки - 10, газированные напитки типа Кока-кола - 9, кисломолочные напитки - 8, молоко - 6, молочные коктейли - 6, соки - 1. Знание о вреде напитков с большим содержанием свободных сахаров продемонстрировали 99% опрошенных. Мотив выбора сахаросодержащих напитков 41% студентов указали на приятный вкус, 1% респондентов ответили, что вред таких напитков преувеличен. Энергетические напитки не употребляет 87% студентов, 10% ежемесячно и 3% еженелельно.

Выволы

Работа по формированию культуры здорового питания как составной части здорового образа жизни в образовательном учреждении должна носить системный характер, включающий три направления: рациональную организацию питания в образовательном учреждении; создание междисциплинарного курса по рациональному питанию и просветительскую работу, обеспечивающую преемственность и непрерывность данного процесса, вестись с учетом возрастных и индивидуальных особенностей обучающихся.

ГИГИЕНА ПИТАНИЯ И ДИЕТОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ КАЛЬЦИЯ НА СОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Хисматулина С.Р. 3к. 340гр. Общая Медицина, *Баймурзина А.Н.* 2к. 202гр. Сестринское дело Руководитель темы: *Тажибаева Д.С.* проф. каф. патологической физиологии, д.м.н.

Медицинский университет, Астана, Казахстан

Актуальность

Кальций является одним из жизненно необходимых минералов, принимающих участие в формировании костной ткани, нервно-мышечной проводимости, регуляции кислотнощелочного состояния организма и др. Ввиду многофункциональности действия кальция в организме, его недостаточное алиментарное обеспечение влияет на течение многих физиологических процессов. Особенно важным представляется недостаток кальция в юношеский период, приводящий к нарушению формирования пиковой костной массы и предрасполагающий к развитию остеопороза в последующем.

Пель

Цель - исследовать уровень нутриентного обеспечения кальцием и его влияния на функциональное состояние организма студентов медицинского университета.

Материалы и методы

Участниками исследования стали 82 студента 1-3 курсов АО "МУА" (средний возраст 19, 1±0, 13 лет). Среди опрошенных 56 девушек (68, 3%) и 26 парней (31, 7%). Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем было проведено измерение физиологических показателей – артериального давления (АД), частоты пульса (ЧП) и частоты дыхания (ЧД). На основе этих параметров были вычислены физиологические индексы: двойное произведение (ДП), коэффициент экономичности кровообращения (КЭК), коэффициент Хильдебранда (КХ). Для определения личностной тревожности использован опросник Спилбергера-Ханина. Определение уровня нутриентного обеспечения организма кальцием проводилось с помощью калькулятора кальция он-лайн, согласно чему все исследуемые были разделены на две группы: 1 - нормальным (≥1000 мг/сут), 2 - с недостаточным содержанием кальция в суточном рационе.

Полученные результаты

Среднее содержание кальция в суточном рационе студента оказалось 869, 6 ± 42 , 3 мг/сутки, при этом ИМТ=20, 7 ± 0 , 2, количество ккал, получаемых в сутки= 1969 ± 82 . Достаточное нутриентное обеспечение кальцием наблюдалось лишь у 35, 4% (n 1=29). Количество потребляемого кальция ниже нормы у 64, 6% (n 2=53).

Калорийность суточного рациона, являющаяся энергетическим материалом организма, оказалась ниже во 2 группе (1716, 49±92, 65) по сравнению с 1-й (2433, 10±120, 75), p=0, 04. Курение распространено только во 2 группе (6% исследуемых). Процент переломов за последние 3 года во 2 группе равен 6%, тогда как в 1 группе случаев переломов не было.

Частота потребления фаст-фуда в обеих группах оказалась высокой: постоянно его употребляли 12, 3% студентов и 2-3 раза в месяц - 74. 3% исследуемых. По частоте употребления "колы" замечены значительные различия в двух группах. Так 1 раз в день употребляют данный напиток 11% лиц 2 группы и 4% - 1 группы; 1-2 раза в неделю 30% во 2 группе и лишь 7% в 1 группе; несколько раз в месяц 52% во 2 группе и 75% в 1 группе.

Согласно показателю ЛТ во 2 группе психологическое состояние студентов оказалось более неблагоприятным, чем в 1 группе (p=0, 05), что на фоне сниженных физиологических показателей во 2 группе говорит о повышенной склонности к стрессу у лиц с недостаточным потреблением кальция. Физиологические индексы больше откланялись от нормы во 2 группе по сравнению с 1 группой. Так, КХ, отражающий сбалансированность взаимодействий сердечнососудистой и дыхательной систем, оказался выше у лиц 1 группы (4, 33±0, 15), по сравнению со 2-й (4, 14±0, 12), p=0, 03. Более высокий показатель КЭК замечен в 1 группе (3541, 55±143, 67), по сравнению со 2-й (3492±106, 56), p=0, 03. ДП, также являющийся показателем работы сердечно-сосудистой системы, ниже во 2 группе (83, 98±1, 8), по сравнению с 1-й (86, 87±2, 59), p=0, 05.

Выводы

Нутриентное обеспечение кальцием студентов медицинского университета в среднем недостаточное, что неблагоприятно влияет не только на состояние костной ткани, но и на функционирование важнейших систем организма.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БЕЛКОВОГО СПОРТИВНОГО ПИТАНИЯ ЛИЦ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПАУЭРЛИФТИНГОМ

Кольцов Д.С. 6к. 604гр. МПФ

Руководитель темы: *Мосийчук Л.В.* доц. каф. гигиены питания и диетологии, к.м.н. **СЗГМУ им. И.И.Мечникова**

Актуальность

Пауэрлифтинг является широко распространенной разновидностью силовых видов спорта, которая популярна как среди спортсменов-любителей, занимающихся в фитнес-центрах, так и среди спортсменов профессионалов, соревнующихся на мировом уровне и достигающих рекордных результатов. Эта спортивная дисциплина имеет в своем составе три упражнения, выполняемых со свободным весом, каждое из которых задействует большой объем активной мышечной массы. В процессе тренировок спортсмены стремятся увеличить вес спортивного снаряда, при этом сильно не изменив свою собственную массу, так как в этом виде спорта производится распределение на весовые категории, в пределах которых происходит состязание. Данный спорт предельно объективен: спортсмены соревнуются как бы не друг с другом, а с тяжелым грузом, который необходимо переместить против градиента сил гравитации посредством мышечного сокращения. В процессе достижения успеха спортсмены пробуют различные методики тренировок, режима сна и отдыха ну и, конечно, питания. Причем питание крайне немаловажно, а именно его такие характеристики как энергетическая ценность и обеспеченность качественным белком. В данной статье будут рассмотрены аспекты белкового обеспечения спортсмена.

Пель

Целью работы является выявление различий между источниками белка, которые спортсмены употребляют в пищу. Установить наиболее оптимальный вид белка, приносящий максимальную прибавку целевых показателей.

Материалы и методы

В сентябре 2013 года было произведено анкетирование спортсменов, посещающих фитнес клуб под названием fitnesshouse "Пискаревский". В исследовании приняли участие 80 спортсменов-любителей мужского пола от 18 до 45 лет. Анкеты заполнялись участниками как в начале исследования, так и после завершения исследования. После заполнения стартовой анкеты спортсменам было предложено использовать какой-то определенный вид спортивной добавки (сывороточный белок или казеин), 80 человек, приявших участие в эксперименте, были разделены на две группы по этому признаку. Кратность употребления спортивных добавок составляла 2-3 раза в день, по 30 грамм чистого белка за один прием. В заключительной анкете учитывались результаты прибавки мышечной массы спортсменами, силовые прибавки.

Полученные результаты

В ходе обработки результатов исследования было установлено:

- Средняя прибавка в массе у спортсменов, принимавших исключительно сывороточный белок в среднем составила 3 кг за 3 месяца (от 1 до 4, 5кг)
- Средняя прибавка в массе у спортсменов, принимавших исключительно казеин в среднем составила 4, 5 кг за 3 месяца (от 2, 5 до 6 кг)
- Средняя прибавка в силе (оценивалась по становой тяге) у спортсменов принимавших исключительно сывороточный белок составила 15 кг за 3 месяца (от 7, 5 до 17, 5 кг)
- Средняя прибавка в силе (оценивалась по становой тяге) у спортсменов принимавших исключительно казеин составила 20 кг за 3 месяца (от 12, 5 до 25 кг)

Выволы

Как видно из полученных результатов исследования, для белкового обеспечения пауэрлифтеров больше подходит казеин, что видно из прибавки в силе и массе. Однако, не стоит недооценивать сывороточный протеин и некоторые его характеристики, а именно способность его быстро усваиваться, что не мало важно при заполнении так называемого белкового окна, возникающего после тренировок. Так же стоит отметить, что сывороточный белок отлично подходит для снижения массы тела, например в момент предсоревновательной подготовки спортсменов занимающихся культуризмом

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ.

Григорьева Я.В. 6к. 618гр. МПФ, Сурикова А.С. 6к. 618гр. МПФ Руководитель темы: Доценко В.А. проф. каф. гигиены питания и дистологии, д.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Общественное питание является одним из важнейших факторов, определяющих здоровье нации. В настоящее время перед общественным питанием остро стоит вопрос правильной организации питания студентов. Значение рационального питания возрастает в период обучения, когда увеличивается умственная и физическая нагрузка. В этой связи возникает необходимость организации здорового и сбалансированного питания студентов. Особое внимание в данной работе мы уделили количественному и качественному составу витаминов и минеральных веществ в рационе питания студентов.

Цель

Гигиеническая оценка пищевой, энергетической и биологической ценности рационов питания студентов.

Материалы и методы

В ходе работы мы использовали аналитический метод. Были изучены меню-раскладки блинной «Теремок» и меню-раскладки стандартного обеда домашней кухни, в которых питались студенты. Каждый из обедов состоял из супа (борщ), блина с мясом и чая с сахаром. При этом изучались: калорийность рациона, содержание пищевых волокон, количество минеральных веществ (натрия, калия, магния, кальция) и витаминов (витамина A, витамина B1, витамина B2, и витамина C).

Полученные результаты

В ходе исследования было установлено, что количество клетчатки в домашнем рационе составляет 8, 1 г, а в обеде из ресторана «Теремок» всего лишь 6, 5 г, что не является благоприятным, так как недостаток клетчатки ведет к нарушению пищеварения и увеличению запоров. При этом рацион питания ресторана «Теремок» обладал повышенной энергетической ценностью (866, 2 ккал), а калорийность обеда домашней кухни был ниже - 653, 5 ккал. Исследуя содержание витаминов в блюдах установлено, что витамина А (272, 2 мкг) и витамина В1 (0, 33 мг) в обеде популярного ресторана меньше, чем в обеде приготовленном дома (витамина А - 313. 7 мкг и витамина В1- 0. 46 мг). Однако количество витамина В2 в обеде блинной (0, 5 мг) несколько выше, чем в домашнем обеде (0, 47 мг). Анализируя содержание витамина С в исследуемых обедах мы пришли к выводу, что в обеде ресторана «Теремок» его содержится всего лишь 14 мг. а в обеде домашней кухни - 24 мг. Важно отметить, что количественный состав натрия (2114, 7 мг) и калия (873, 1 мг) в обеде из блинной значительно превышает количество натрия (1595, 1 мг) и калия (742, 8 мг) в обеде, приготовленном дома. Это не является оптимальным так как, избыток солей натрия и увеличивает риск развития сердечно-сосудистых и почечных заболеваний. Однако содержание других жизненно важных минеральных веществ, таких как магний и кальций, выше в обеде студентов, питающихся в домашней кухне.

Выволы

Анализ пищевой, энергетический и биологической ценности рационов питания студентов выявил различную степень их нарушения особенно по витаминному и минеральному составу. Результаты исследований дают основания рекомендовать студентам дополнительный прием витаминных и минеральных комплексов.

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ И ОЦЕНКА ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ Г. СЕМЕЙ

Абенова Н.Е. 4к. 405гр. Общественное Здравоохранение

Руководитель темы: *Турдунова Г.К.* научн.сотр. каф. питания и гигиенических дисциплин ГМУ города Семей, Семипалатинск, Казахстан

Актуальность

Полноценное питание школьников — это обязательный элемент образовательного процесса и базовый фактор, определяющий качество освоения школьных программ, а также основа здоровья подрастающего поколения и необходимое условие для полноценного физического и умственного развития. В настоящее время тенденция в изменении здоровья школьников имеет негативную направленность: рост числа хронических заболеваний, психических отклонений и пограничных состояний, нарушения физического развития. Нарушение питания у детского населения является одной из причин высокой частоты заболеваний желудочно-кишечного тракта, занимающих первое место в структуре заболеваемости у школьников, а также в возникновении анемии и болезней обмена веществ. Примерно у 11% детей отмечаются низкая масса тела или сниженный рост. Современные проблемы школьного питания имеют не только физиологические, биохимические и гигиенические, но и социально-экономические и организационные аспекты, которые выявляют роль школьного питания в обеспечении здоровья учащихся

Пель

Конечной целью нашей работы было гигиеническое изучение и оценка питания школьников г. Семей для достижения которой нами были определены задачи исследования: проведение выборочного анкетирования школьников; изучение состояния столовых и буфетов школ; изучение перспективного 2-х недельного меню.

Материалы и методы

Методы исследования: анкетирование, статистический, описательный.

Полученные результаты

В ходе исследования было установлено, что в городе функционируют 74 общеобразовательных школ. Горячим питанием охвачены 50 школ, что составляет 67, 5%, в 24 школах города горячее питание не организовано (32, 4%). В школах с организованным горячим питанием разработано и согласовано с РГУ СУ ЗПП перспективное 2-х недельное меню. Нами проведено анкетирование учащихся 5 общеобразовательных школ города, что составило 6, 7% от всех школ. Анкетированием было охвачено 280 школьников, в возрасте10 лет (105), 15лет (175)

Выволы

Таким образом, в результате анализа анкетирования школьников нами было выявлено следующее: нарушение режима питания; уменьшение частоты потребления рекомендуемых продуктов (сырых овощей, фруктов, рыбы, молочных продуктов); увеличение в рационе детей школьного возраста не рекомендуемых продуктов (сладостей, газированных напитков, кофе, чипсов, хот-догов и др.); снижение двигательной активности; формирование неправильных пищевых стереотипов. При оценке состояния пищеблоков школ нами было отмечено, что во многих школьных столовых холодильное и электрооборудование, мебель подлежат замене, а помещения требуют ремонта. В ходе изучения меню нами установлены основные недостатки в организации школьного питания такие как, повторяемость «дежурных» блюд, избыток мучных выпечек, дефицит салатов, фруктов, натуральных соков, кисломолочных продуктов, рыбы.

КОНТРОЛЬ (НАДЗОР) ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РФ О ЗАЩИТЕ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ В СФЕРЕ УСЛУГ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ

Швайченко Е.С. 5к. 507гр. МПФ, Полухина Н.Г. 5к. 507гр. МПФ Руководитель темы: Кононенко И.А.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Контроль за соблюдением законодательства о защите прав потребителей при обеспечении качества и безопасности пищевых продуктов является важным разделом в общей системе защиты прав потребителей. В сфере услуг общественного питания в соответствии с ФЗ «О защите прав потребителей» отношения между потребителем и исполнителем регулируются «Правилами оказания услуг общественного питания», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 15. 08. 97 г. N1036.

Исполнитель обязан в наглядной и доступной форме довести до сведения потребителей необходимую и достоверную информацию об оказываемых услугах, обеспечивающую возможность их правильного выбора. Информация должна содержать: перечень услуг и условия их оказания; цены в рублях и условия оплаты услуг; фирменное наименование предлагаемой продукции с указанием способов приготовления блюд и входящих в них основных ингредиентов; сведения о весе (объеме) порций готовых блюд, емкости потребительской тары предлагаемой алкогольной продукции и объеме ее порции; сведения о пищевой ценности потребителей посредством меню или прейскурантов, с которыми можно ознакомиться как в зале, так и вне зала обслуживания. Исполнитель вправе предложить потребителю предварительную оплату услуг, оплату после отбора блюд или после приема пищи либо другие формы оплаты, а также наличный или безналичный порядок расчета. Потребитель обязан оплатить оказываемые услуги в сроки и в порядке, которые согласованы с исполнителем.

Исполнителем при расчетах за оказываемые услуги выдается потребителю документ, подтверждающий их оплату (кассовый чек. счет или другие виды).

Исполнитель обязан проводить контроль качества и безопасности оказываемых услуг, включая продукцию общественного питания, в соответствии с требованиями нормативных документов. К оказанию услуг, связанных непосредственно с процессом производства продукции общественного питания и обслуживанием потребителей, допускаются работники, прошедшие специальную подготовку, аттестацию и медицинские осмотры в соответствии с обязательными требованиями нормативных документов.

Выволы

Таким образом, для потребителей как объективно более слабой стороны в соответствующих правоотношениях и нуждающейся в дополнительных гарантиях защиты собственных прав и интересов закреплен целый ряд преференций в области оказания услуг общественного питания.

КОНТРОЛЬ (НАДЗОР) ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РФ О ЗАЩИТЕ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПРИ РОЗНИЧНОЙ ПРОДАЖЕ ПРОДОВОЛЬСТВЕННЫХ ТОВАРОВ

Веселова Е.И. 5к. 507гр. МПФ, Ляпоркина А.С. 5к. 507гр. МПФ Руководитель темы: Кононенко И.А. асс. каф. гигиена питания, к.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Розничная торговля в современном мире является не только основным способом приобретения различных продовольственных товаров, но и способом удовлетворения целого ряда потребностей, имеющих жизнеобеспечивающее значение. В этой связи для всех категорий населения, особенно в отношении пищевых продуктов, безусловную важность имеет соблюдения соответствующих потребительских прав на качество, безопасность, информацию о продовольственных товарах. В соответствии с ФЗ "О защите прав потребителей" отношения между покупателями и продавцами при продаже отдельных видов продовольственных товаров регулируются «Правилами продажи отдельных видов товаров», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 19 января 1998 г. N 55.

Продавец обязан предоставить потребителю качественный и безопасный товар и по требованию потребителя ознакомить его с товарно-сопроводительной документацией на товар, содержащей по каждому наименованию товара сведения об обязательном подтверждении соответствия согласно законодательству РФ о техническом регулировании (сертификат соответствия, его номер, срок его действия, орган, выдавший сертификат, или сведения о декларации о соответствии, в том числе ее регистрационный номер, срок ее действия, наименование лица, принявшего декларацию, и орган, ее зарегистрировавший). Продавец обязан своевременно в наглядной и доступной форме довести до сведения покупателя необходимую и достоверную информацию о товарах и их изготовителях, обеспечивающую возможность правильного выбора товаров. Товар, на который установлен срок годности, продавец обязан передать покупателю с таким расчетом, чтобы он мог быть использован по назначению до истечения срока годности. В случае обнаружения недостатков продовольственных товаров покупатель вправе по своему выбору потребовать замены такого товара товаром надлежащего качества либо соразмерного уменьшения покупной цены.

Полученные результаты

Поскольку состояние продовольственного обеспечения постоянно привлекает к себе внимание населения и общественных организаций, что связано с невысоким качеством продовольствия и все еще недостаточным уровнем безопасности пищевых продуктов для потребителей, «Доктриной продовольственной безопасности Российской Федерации» закреплена необходимость «совершенствовать систему организации контроля безопасности пищевых продуктов, включая создание современной технической и методической базы». Для

потребителя повышение риска приобретения некачественной и небезопасной продукции на практике связано как с расширением ассортимента и появлением новых товаров, так и ростом розничного товарооборота в целом. По сведениям, приводимым Министерством промышленности и торговли Российской Федерации, в 2012 г. оборот розничной торговли составил 105, 9% к уровню 2011 г. При этом в 2012 г. продажи пишевых продуктов, включая напитки и табачные изделия, увеличились на 3% по сравнению с 2011г. Как показывают результаты исследования проб пищевых продуктов по нормируемым показателям, доля продукции неудовлетворительного качества по целому ряду отдельных видов пищевых продуктов сохраняется на уровне 5%, что приводит к риску ее приобретения потребителями.

Таким образом, контроль за соблюдением законодательства по защите прав потребителей является неотъемлемой частью санитарно-эпидемиологического надзора, призванного охранять здоровье граждан РФ.

КОНТРОЛЬ (НАДЗОР) ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НА ИНФОРМАЦИЮ О ПРОЛОВОЛЬСТВЕННЫХ ТОВАРАХ

Морарь А.С. 4к. 410гр. МПФ, Домащенко Р.Р. 3к. 316гр. МПФ Руководитель темы: Кононенко И.А. асс. каф. гигиена питания. к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность

В условиях объективно существующей необходимости удовлетворения гражданами собственных нужд, значимых для их жизни и здоровья, качество производимых товаров имеет первостепенное значение для максимального удовлетворения их потребностей. При нестабильной рыночной экономике производители часто навязывают потребителям выгодные только для себя условия приобретения, забывая о ФЗ «О защите прав потребителей». В соответствии со статьями 8 и 10 изготовитель обязан предоставить потребителю необходимую и достоверную информацию о товаре, соответствующую требованиям к ее содержанию и способам предоставления.

Пель

потребителей Контроль (надзор) за соблюдением прав на информацию о продовольственных товарах, наносимую на этикетку.

Материалы и методы

Нами была изучена и проанализирована информация, наносимая на этикетку 40 продовольственных товаров из разных групп различных отечественных производителей.

Полученные результаты

При анализе полученных данных было выявлено, что у однокомпонентной пищевой продукции (яйцо куриное, горох шлифованный цельный, крупа гречневая ядрица, пшеничная мука высшего сорта и др.) на упаковке не был указан состав продукта, что разрешается в соответствии с Техническим Регламентом Таможенного Союза 022/2011 «Пишевая пролукция в части ее маркировки» при условии, что наименование пищевой продукции позволяет установить наличие этого компонента. Маркировка показателей пищевой ценности присутствовала на всех исследуемых пищевых продуктах, за исключением чая и уксуса, что разрешено ТР ТС 022/2011. В группе «Молоко и молочные продукты» на этикетках всех исследуемых продуктов была нанесена обязательная маркировка знаком обращения на рынке, что указывает на соответствие требованиям этих продуктов 88-ФЗ "Технический регламент на молоко и молочную продукцию». Среди исследованных продуктов 21% прошли добровольную сертификацию; 51% товаров были изготовлены в соответствии с ГОСТом, а 49% - в соответствии с техническими условиями, 34% продуктов имели в своем составе пищевые добавки, разрешенные к применению в соответствии с СанПиН 2. 3. 2. 1293-03 «Гигиенические требования по применению пишевых добавок».

Выволы

Нами не было выявлено нарушение прав потребителей в части предоставления необходимой информации о товаре. Вся информация на этикетках исследуемых продуктов соответствует требованиям Технического Регламента Таможенного Союза 022/2011 «Пищевая продукция в части ее маркировки» и ФЗ «О защите прав потребителей».

ПЕСТИЦИДЫ: ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА БЕЗОПАСНОСТИ ПИТАНИЯ

Сыромятникова Е.В. 6к. 618гр. МПФ Руководитель темы: Доценко В.А. проф. каф. гигиены питания и диетологии, д.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Пестиций — любое вещество или смесь веществ, предназначенные для предотвращения появления, уничтожения или борьбы с какими-либо вредителями (включая переносчиков болезней человека и животных), нежелательными видами растений; для борьбы с вредителями, мешающими процессам производства, переработки, хранения и транспортировки пищевых продуктов, сельскохозяйственной продукции, древесины или кормов для животных; а также вещества, предназначенные в качестве регуляторов роста растений, феромонов, дефолиантов, десикантов и фумигантов.

К пестицидам применяют следующие требования: эффективность по отношению к вредителям; безопасность для человека, домашних животных, полезных растений, микроорганизмов; персистентность (продолжительность сохранения вещества в окружающей среде) – по возможности пестицид должен разлагаться в окружающей среде как можно быстрее.

Отравление пестицидами при употреблении продуктов загрязненных ими приводит к следующим симптомам: головокружение, дрожь, головную боль, повышенную утомляемость, тошноту, ухудшение аппетита и сна. К продуктам наиболее подверженным загрязнению пестицидами, относятся, прежде всего, продукты растительного происхождения (овощи, фрукты, зерно, крупы). Это связано с тем, что в отличие от продуктов животноводства, продукты растительного происхождения непосредственно обрабатываются пестицидами, которые при определенных обстоятельствах могут сохраняться до приобретения продукции потребителем и могут приводить к пищевым отравлениям. Пестициды могут содержаться в продуктах животноводства при использовании кормов, загрязненных пестицидами. Так в продуктах животноводства (мясо, молоко и пр.) могут содержаться пестициды такие как ДДТ и гексахлорциклогексан, которые уже многие годы не используются в агропромышленном комплекса. Благодаря своим свойствам ДДТ и гексахлорциклогексан даже при незначительном содержании в окружающей среде (в т. ч. в корме) хорошо накапливаются в тканях животных.

Результатом поступления пестицидов в организм человека являются не только острые и хронические интоксикации, но и отдаленные последствия в виде аллергенного, тератогенного, канцерогенного, мутагенного, эмбриотоксического действия. Установлено, что толифлуанид — фунгицид, используемый в фермерском хозяйстве — формирует устойчивость к инсулину в жировых клетках. Имеются данные о том, что тучные люди с повышенным содержанием хлорорганических пестициды в теле имеют более высокий риск развития диабета второго типа. Более 260 различных исследований связывают пестициды с различными формами рака, включая лимфому, лейкемию, саркому мягких тканей, рак мозга, молочной железы, простаты, костного мозга, щитовидной железы, кишечника, печени и лёгких.

Получены данные о том, что огранофосфаты — вещества, используемые для обработки урожая, - нарушают когнитивное развитие детей, матери которых подвергались воздействию этих пестицидов во время беременности. Таким образом, в эколого-гигиенической безопасности питания важную роль играют пестициды, загрязнение которыми может приводить как к острым

пищевым отравлениям, так и отдаленным неблагоприятным последствиям нынешнего и будущего поколения человека.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОЛУКТЫ ИЗ ГМО.

Pукленок A.O. 5к. 515гр. МПФ, 3авалинич X.B. 5к. 515гр. МПФ Руководитель темы: \mathcal{A} оценко B.A. проф. каф. гигиены питания и дистологии, д.м.н. $\mathbf{C3}\Gamma\mathbf{M}\mathbf{Y}$ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В международном научном сообществе существует четкое понимание того, что в связи с ростом народонаселения Земли, которое по прогнозам ученых должно достичь к 2050 году 9-11 млрд. человек. В связи с этим необходимо удвоение или даже утроение мирового производства сельскохозяйственной продукции, что не возможно без применения трансгенных растений, создание которых многократно ускоряет процесс селекции культурных растений, увеличивает урожайность и удешевляет продукты питания.

He

Целью представленной работы послужило изучение современного рынка генномодифицированных продуктов

Материалы и методы

Путем рассмотрения структуры рынка ГМП, списка стран и биотехнологических компаний, производящих продукты из ГМО.

Полученные результаты

Сегодня в России официально разрешено употребление в пищу или в качестве корма для животных 17 линий продуктов с ГМО. Согласно Постановлению Правительства РФ № 839, принятого 23 сентября 2013 года, разрешено сеять генно-модифицированные зерновые в России. Решение вступит в силу 1 июля 2014 года и первый урожай генно-модифицированной сои в России может быть собран в 2016-2017 годах.

ГМО в России пока можно выращивать только на опытных участках. При этом разрешен ввоз некоторых сортов кукурузы, картофеля, сои, риса и сахарной свеклы. Продукты ГМО в России разрешены, но требуют маркировки. Маркировка пищевых продуктов, полученных с помощью биотехнологии, согласно позиции ВОЗ, является способом повышения прозрачности процессов производства пищи.

Продавать ГМО-семена в Россию могут компании Syngenta (Швейцария), Monsanto (США), KWS (Япония).

Австралийские ученые провели несколько долговременных эксперементов на мышах, которых кормили ГМ-кукурузой. Эти мыши в 3-4 пометах рождали меньше детенышей, а вес их становился меньше. Животные, которых кормили обычной кукурузой, имели нормальные репродуктивные циклы. У крысых, которых 9 месяцев кормили ГМ-картофелем, произошло стойкое нарушение иммунной системы, возникли аномалии в строении желудочно-кишечного тракта, печени, селезенки и головного мозга. Божьи коровки, которые питались тлями, жившими на ГМ- картофеле, становились бесплодными. Ген бактерии Bacillus thuringiensis, включенный в геном картофеля, вырабатывает вещество, вызывающего паралич жевательных мышц колорадского жука и в результате жуки гибнут от голода.

В России 14 регионов объявили себя зонами свободными от ГМО, в их числе Москва, Санкт-Петербург, Белгород и другие. Как правило на территории зоны, свободной от ГМО, вводятся следующие ограничения: запрет на выращивание ГМ-культур на государственных землях; запрет на распространение ГМ-продуктов в местных государственных учреждениях.

Выводы

Появление на нашем столе пищевой продукции из генетически модифицированных организмов вполне закономерно, так как она обеспечивает производителю значительную экономию и снижает стоимость продовольствия.

СОСТОЯНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ СЗГМУ ИМ И. И. МЕЧНИКОВА.

Яковлев И.В. 5к. 505гр. МПФ, Копчак Д.В. асп. 2-го года Руководитель темы: Закревский В.В. проф., каф. гигиены питания, д.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В 21 веке проблема расстройства пищевого поведения у различных групп населения весьма актуальна для экономически развитых стран мира и для России. Расстройство пищевого поведения, особенно связанного с избыточным питанием, вместе с гиподинамией приводит к развитию многих болезней «от цивилизации» и, в частности, к ожирению, метаболическому синдрому, сердечно-сосудистым заболеваниям, сахарному диабету и многим другим. При этом пища может выполнять одновременно различные функции, являясь средством борьбы со стрессами при их «заедании», средством чувственного, сенсорного наслаждения, коммуникации, самоутверждения, поддержания определенного ритуала или привычки и др. Пищевое поведение человека закладывается еще в детстве и меняется с трудом. Помимо ухудшения здоровья нации, страдает и экономика страны. Экономические последствия включают в себя прямые расходы системы здравоохранения, косвенные расходы, связанные с утратой работоспособности, а также индивидуальные расходы граждан на лекарства.

Пель

Оценить состояние пищевого поведения у студентов СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

Материалы и методы

Для оценки состояния пищевого поведения использовался анкетно-опросный метод изучения фактического питания с использованием опросника пищевого поведения EAT-26 (Eating Attitude Test - 26). Опросник не предназначен для постановки диагноза, однако может использоваться как скрининговый метод для выявления донозологических форм нарушений пищевого поведения и нарушений питания и последующей консультации специалистов. Тест состоит из 26 вопросов. В качестве критерия оценки используется общее число EAT – суммарный балл по всем шкалам с учетом положительных ответов на вопросы. Было опрошено 100 студентов 5 курса медико-профилактического факультета СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

Полученные результаты

По результатам анкетирования 10% (10 студентов) опрошенных студентов 5 курса медико-профилактического факультета СЗГМУ им. И И. Мечникова имеют выраженные нарушения пищевого поведения, 90% (90 студентов) - не имеют расстройств пищевого питания. При анализе отдельных вопросов анкеты выявлено, что 16% студентов никогда не испытывали озабоченности по поводу еды в отношении соответствия её принципам здорового питания; 26% - не знают о количестве калорий в пище, которую едят; 47% - не избегают еду, содержащую сахар, будучи здоровыми; 43% - не употребляют диетические продукты, для сохранения здоровья; 54% - никогда не использовали диету.

Выводы

Изучение пищевого поведения студентов 5 курса СЗГМУ им И. И. Мечникова с помощью опросника ЕАТ-26 позволило сделать вывод, что у большинства студентов отклонения в состоянии пищевого поведения отсутствуют. Однако у 10% студентов выявлены отклонения в пищевом поведении разной степени.

ГИГИЕНА ТРУДА И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОПЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ЛАЗЕРНЫХ ПРОЕКТОРОВ.

Романенко Е.И. асп. 2-го года каф. токсикология, Спиридонов П.Ю. асп. 3-го года каф. гигиена Руководитель темы: Малькова H.Ю. ст.научн.сотр. каф. гигиена, д.б.н.

СЗНЦ гигиены и общественного здоровья

Актуальность

Применение лазерного излучения в местах отдыха, на сегодняшний день, стало почти обязательной составляющей. В настоящее время для этих целей используется ряд шоу систем, различающиеся между собой по выходной мощности, от 1 до 10 Вт и спектральным характеристикам: POLARIS 5RGB, Cittadini Real COLOR 3W, Cittadini Real COLOR 6W, Kvant SPECTRUM, Maxim MX5, Maxim MX8, K. 1000, K5G. Основной задачей врачей-гигиенистов является обеспечение безопасности использования лазерных источников при приведении культурно-массовых мероприятий. В связи с этим, проведены замеры лазерного излучения от различных проекторов при приведении лазерного шоу.

Материалы и методы

Измерение рассеянного излучения проводилось на расстоянии 7 м от проектора. Предположительно это минимальное расстояние, на котором могут находиться артисты или зрители. Измерение уровней лазерного излучения проводилось с использованием дозиметра ЛД-07 на основании "ГОСТ Р 12. 1. 031 – 2010"[1]. Оценка лазерного излучения проводилась для органов – мишений, глаз и кожи, в соответствии с "Санитарными нормами и правилами устройства и эксплуатации лазеров" [2].

Полученные результаты

В ходе исследований выяснилось, что рассеянное лазерное излучение от установки Cittadini Real COLOR 3W превышает ПДУ для глаз в зеленой области спектра (532 нм), от Cittadini Real COLOR 6W превышает ПДУ для глаз во всех областях спектра. Рассеянное лазерное излучение установок Kvant SPECTRUM 10W, Maxim MX8 8W и К. 1000 1W превышают ПДУ для глаз в зеленой области спектра (532 нм).

Установки POLARIS 5RGB 5W, Maxim MX5 5W, K5G 5W не имеют превышения ПДУ для глаз и для кожи.

Из проведенных замеров следует, что значения рассеянного излучения могут превышать предельно допустимые уровни для глаз и не превышают ПДУ для кожи.

Кроме этого, рассеянное лазерное излучение установок с выходной мощностью до 5 W не превышает предельно допустимые уровни для глаз в синей области спектра (440 нм), а установок с выходной мощностью свыше 6 W превышает ПДУ.

Уровни рассеянного лазерного излучения зеленой области спектра (532 нм) в большинстве случаев превышают ПДУ или находятся в пределах близких к ПДУ и не зависят от выходной мощности установки.

Уровни рассеянного лазерного излучения красной области спектра (640 нм) практически не превышают ПДУ от установок с выходной мощностью менее 10 W.

Для проекторов, у которых выявлено превышение ПДУ, рассчитаны лазеро опасные зоны (ЛОЗ): Cittadini Real COLOR 3W-8m; Cittadini Real COLOR 6W-16~m; Maxim MX8-19m; K, 1000-28m.

Выволы

Проекторы, широко используемые в настоящее время в театрально-зрелищных мероприятиях, вне зависимости от их выходной мощности, имеющие превышение ПДУ лазерного излучения для глаз, являются опасными для артистов или зрителей.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОМЫШЛЕННОЙ ЛАЗЕРНОЙ УСТАНОВКИ TRUELASER 7040 NEW

Ушакова Л.В. доц. каф. гигиены труда и проф.болезней, к.м.н., Кольцов Д.С. 6к. 604гр. МПФ Руководитель темы: Чащин В.П. проф. каф. гигиены труда и профзаболеваний, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В наше время многие свойства лазерного излучения нашли свою отрасль применения в практической деятельности человека, причем в повседневной. С лазерным излучением можно встретиться при использовании как обычной лазерной указки в ходе демонстрации наглядного материала аудитории, так и при занимательных биологических, биохимических экспериментах in vitro и in vivo. Отдельную сферу применения составляют технические лазерные установки применяемые в различных отраслях машиностроения, металлообработке, приборостроении. Однако столь широкое распространение установок несет за собой исключительно полезное действие на благо человечества. Отнюдь, многие лазерные при определенных условиях могут нанести серьезный вред здоровью работника.

Пель

Целью работы является изучение влияние лазерного излучения, используемого в промышленных установках, на здоровье работников Колпинского металлообрабатывающего завода. На этом предприятии лазеры используются для задания точных параметров металлобработки, получения изделий с заданными параметрами. В данной статье будет предприята попытка оценить обоснованность применения подобных технических средств в техническом процессе с позиции сохранения жизни и здоровья персонала, имеющего непосредственную связь с вынужденным излучением.

Материалы и методы

Гигиеническая оценка лазерного промышленной лазерной установки TruLaser 7040 NEW, предназначенной для резки металла, производилось прибором контроля излучения «Ладин». Определялись основные параметры излучения и их влияние на человека. Затем полученные данные с измерительного прибора сравнивались с предельно допустимыми значениями возлействия на кожу и на глаза.

Полученные результаты

В результате измерений были получены следующие результаты (уровни излучения): По отношению к юстировщику (расстояние от отражающей поверхности)

- 1. Глаза— 20-30 см (отр. поверность) 2, 9x10-5 Bт/см2 (ПДУ 4, 9x10-5Bт/см2)
- 2. Кожа 20-30 см (отр. поверхность) 3. 8x10-4 Вт/см2 (ПДУ 5x10-2 Вт/см2)
- 3. Глаза 40 см (отр. поверхность) 2, 3x10-5 Bт/см2 (ПДУ 4, 9x10-5 Bт/см2)
- 4. Кожа— 40 cм (отр. поверхность) 4, 1x10-4 Вт/см2 (ПДУ 5x10-2 Вт/см2)

По отношению к оператору

- 1. Глаза— 1500 см (отр. поверхность) 0, 9x10-5 Bт/см2 (ПДУ 1x10-5 Вт/см2)
- 2. Кожа— 1500 см (отр. поверхность) 2, 8x10-6 Вт/см2 (ПДУ 5x10-2 Вт/см2)

Выволы

По результатам замеров параметров излучения промышленной лазерной установки, предназначеной для резки металла, уровни энергетической освещенности диффузно отраженного лазерного излучения на рабочем месте оператора не превышают ПДУ для глаз и не превышает ПДУ для кожи во всех точках измерения.

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АЭРОНИЗАЦИИ В ПРОМЫШЛЕННОСТИ НА ПРИМЕРЕ ОАО НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ «ДАЛЬНЯЯ СВЯЗЬ»

Григорьева Я.В. 6к. 618гр. МПФ, *Сурикова А.С.* 6к. 618гр. мпф, *Ушакова Л.В.* доц. каф. гигиены труда и проф.болезней, к.м.н.

Руководитель темы: Чащин В.П. проф. каф. гигиены труда и профзаболеваний, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Важнейшей из проблем охраны труда производственных предприятий является проблема поддержания безопасности и качества воздуха рабочей зоны, ухудшение которых часто обусловлено загрязнением воздушной среды высокодисперсными аэрозольными частицами. Доказано, что высокодисперсное загрязнение воздуха рабочей зоны напрямую связано с основными параметрами микроклимата. Для создания благоприятного микроклимата в производстве используются приборы-ионизаторы, образующие отрицательно заряженные ионы, недостаток которых в воздухе приводит к кислородному голоданию, соответственно следует ухудшение самочувствия, потеря внимания, повышается утомляемость и понижается работоспособность.

Пель

Целью работы явилось изучение взаимосвязи аэрозольного загрязнения с факторами безопасности и качества воздуха рабочей зоны.

Материалы и методы

Исследование проведено в условиях действующего производства ОАО «Научнопроизводственное предприятие «Дальняя связь». В ходе работы были изучены следующие показатели микроклимата: температура воздуха, относительная влажность воздуха, скорость движения воздуха, а также концентрация вредных веществ (оксид углерода и сероводород). Измерения проводились с помощью приборов: термоанемометр гигрометр "ТКА-ПКМ" (60) и газоанализатор "КОЛИОН-1А-01С".

Полученные результаты

До начала эксперимента показатели микроклимата: температура воздуха составляла 19 °C, относительная влажность воздуха — 71%, скорость движения воздуха — 0, 3 м/с; концентрация вредных веществ газовых примесей оксида углерода — 18 мг/м3, сероводорода — 8 мг/м3. Для обеспечения отрицательными ионами воздуха рабочей зоны был установлен аэронизатор "ЛЧ-1". По окончанию эксперимента были получены следующие результаты: показатели микроклимата: температура воздуха (20 °C), относительная влажность воздуха составила 67%, скорость движения воздуха — 0, 3 м/с; концентрация вредных веществ газовых примесей оксида углерода — 17, 69 мг/м3, сероводорода — 7, 34 мг/м3. Эти показатели являются оптимальными, так как оказывают влияние на здоровье и работоспособность человека.

REIBOILI

Создание искусственного аэроионного фона снижает относительную влажность воздуха на 4%, температуру воздуха рабочей зоны на 1 °C; уменьшает концентрацию вредных газовых примесей: оксида углерода на 0, 31мг/3, сероводорода - 0, 66 мг/м³.

ОЦЕНКА РИСКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН-РАБОТНИЦ ПОЧТОВОЙ СВЯЗИ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Пискарева Г.П. 6к. 611гр. МПФ, Ковшов А.А. асс. каф. гигиены труда и проф. болезней Руководитель темы: Ушакова Л.В. доц. каф. гигиены труда и проф.болезней, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Почтовая связь занимает видное место среди всех видов связи, стремительно развивается, способствуя построению единого информационного пространства. В отрасли работает более 200 тыс. человек, значительная часть которых женщины в возрасте от 18 до 40 лет. Последние десятилетия происходит модернизация почтовых отделений, развитие новых видов почтовых услуг, в том числе за счёт использования спутниковых систем.

Пель

Изучить условия и организацию труда женщин-работниц почтовой связи, оценить степень вредности и опасности, тяжести и напряжённости труда. Изучить состояние здоровья работниц почтовой связи в зависимости от возраста, стажа, а также изменение профессионально значимых функций организма. Оценить профессиональный риск для здоровья работниц почтовой связи.

Материалы и метолы

При выполнении работы использовался комплекс гигиенических, физиологических, клинических методов исследования с использованием математических методов обработки полученных результатов.

Полученные результаты

В исследованиях приняли участие 116 женщин-работниц в возрасте от 25 до 65 лет. Контрольная группа состояла из 52 женщин (административный персонал, офисные работники) и была идентична по возрасту и стажу работы.

Условия труда работниц почтовой связи в соответствии с Руководством Р 2. 2. 2006-05 относятся к 3-му классу 1-й степени у операторов и к 3-му классу 2-й степени у почтальонов.

Наиболее выраженные изменения профессионально значимых функций, свидетельствующих о снижении работоспособности, выявлены в старших возрастных группах у лиц, имеющих стаж более 10 лет, а к концу рабочей смены в группе операторов и почтальонов. Из них достоверно (р< 0, 05): ухудшение внимания, памяти у операторов в группе старше 40 лет и стажем более 10 лет; повышение систолического давления у операторов и почтальонов, а также диастолического давления у операторов в старших возрастных и стажевых группах; признаки зрительного утомления в группе операторов, более выраженное к концу смены у стажированных работниц, ухудшение показателей функционального состояния опорнодвигательного аппарата в группе почтальонов, преимущественно к концу смены у лиц со стажем более 10 лет.

В структуре хронической заболеваемости женщин-работниц почтовой связи преобладают болезни системы кровообращения (38, 5% (p< 0, 05) у операторов, 33, 3% у почтальонов), болезни мочеполовой системы (22, 9% у операторов, 23, 0% у почтальонов), а также болезни костно-мышечной системы (10, 2% у операторов, 16, 8% (p< 0, 05) у почтальонов), болезни органов пищеварения (13, 9% у операторов, 14, 1% у почтальонов), болезни органов дыхания (4, 6% у операторов, 4, 7% у почтальонов), болезни органов зрения (4, 6% (p< 0, 05) у операторов, 2, 0% у почтальонов.

Выводы

Рассчитанные величины относительного риска (RR) и этиологической доли (EF) позволяют предположить профессиональную обусловленность болезней органов зрения (RR 5, 0; EF 80, 0%), болезней сердечно-сосудистой системы (RR 2, 5; EF 60, 0%) у операторов; болезней костно-мышечной системы (RR 2, 5; EF 60, 0%) у почтальонов.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПОСЛЕ ПРОВЕЛЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ШОУ.

Романенко Е.И. асп. 2-го года каф. токсикологии, Спиридонов П.Ю. асп. 3-го года каф. гигиена Руководитель темы: Малькова Н.Ю. ст.научн.сотр. каф. гигиена, д.б.н.

СЗНЦ гигиены и общественного здоровья

Актуальность

Зарегистрированы случаи негативного влияния лазерного излучения на человека во время использования лазерного оборудования в концертных и театрально-зрелищных мероприятиях, на дискотеках. Как правило, лазерное шоу проводится в темное время суток или в темноте. Сканирование излучения по глазам зрителей может приводить к изменению функции зрения. Поэтому было изучено функциональное состояние сетчатой оболочки глаза, а именно цветовой и световой чувствительности при действии на глаза лазерного излучения длинами волн 440: 532 и 640 нм.

Материалы и методы

Для выявления влияния лазерного излучения на функциональное состояние сетчатой оболочки глаза проводилось исследование по действию рассеянного излучения полупроводникового лазера красной, зеленой, синий областей спектра с длинами волн 640, 532, 440 нм, соответственно, энергетической освещенностью 1х10-4 Вт/см2 при времени действия 5 минут на глаза добровольцев. Оценивалось состояние цветовой чувствительности методом аномалоскопии на приборе АН-59 и световой чувствительности методом адаптометрии на приборе АДМ до действия излучения и сразу после действия излучения.

Полученные результаты

Исследования показали, что при действии излучения красной области спектра на глаза наблюдаются достоверные функциональные изменения у добровольцев по сравнению с данными контрольной группы. Так, пороги цветоразличения на красный, зеленый, синий цвет составляют в контрольной группе 12, 4±0, 62 усл. ед., 9, 9±0, 58 усл. ед., 9, 1±0, 72 усл. ед., у добровольцев, соответственно: 14, 6±0, 57 усл. ед., 11, 6±0, 65 усл. ед., 12, 0±0, 51 усл. ед. При действии излучения зеленой области спектра наблюдаются достоверные изменения по сравнению с данными контрольной группы, представленными выше. У добровольцев пороги цветоразличения на красный, зеленый, синий цвет и составляют соответственно 15, 0±0, 52 усл. ед., 13, 7±0, 58 усл. ед., 13, 4±0, 65 усл. ед. При действии на глаза добровольцев излучения синей области спектра пороги цветоразличения на красный, зеленый, синий цвет составляют соответственно: 13, 8±0, 42 усл. ед., 11, 3±0, 42 усл. ед., 11, 3±0, 44 усл. ед. и имеют достоверные различия, по сравнению с данными контрольной группы.

Исследования выявили, что при действии на глаза красной области спектра наблюдаются достоверное изменения порога световой чувствительности, по сравнению с данными контрольной группы. Так, в контрольной группе порог световой чувствительности составляет 21, 9±1, 16c, у добровольцев – 34, 9±1, 22c, при действии зеленой области спектра световая чувствительность равна 38, 5±0, 74c, синей области спектра 30, 6±0, 51c.

Исследования показали, что действие излучения всех изучаемых режимов приводит к достоверным изменениям в цвето- и световосприятии. Наиболее значимые различия отмечены при действии излучения длиной волны 532 нм, менее значимые - при действии излучения синий области спектра длиной волны 440 нм.

Выводы

Действие лазерного излучения на глаза красной, зеленой, синей областей спектра, энергетическими освещенностями, применяемыми при проведении лазерных шоу, в дозах, не превышающих предельно допустимые уровни, приводят к кратковременным изменениям функции зрения, по состоянию световой и цветовой чувствительности.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

«ЛАЛИВАЛЬ» В ЛЕЧЕНИИ АКТИНИЧЕСКОГО ХЕЙЛИТА

Каращук Н.П. 5к. 532гр. ЛФ, *Киселёва М.В.* 5к. 531гр. ЛФ, *Хаббус А.Г.* асп. 1-го года каф. дерматовенерологии

Руководитель темы: Нечаева О.С. доц. каф. дерматовенерологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Поражения красной каймы губ нередко встречаются в практике дерматолога, однако не всегда их диагностике уделяется должное внимание. Анатомо — морфологические особенности губ делают хейлиты проблемой, обсуждающейся на стыке специальностей дерматолога, стоматолога, косметолога и др.

Хейлит - это воспаление слизистой оболочки, красной каймы и кожи губ. Различают собственно хейлит, возникающий самостоятельно, и симптоматический хейлит, развивающийся при других заболеваниях, например, гиповитаминозе. Наиболее распространены следующие формы хейлита: эксфолиативный, гландулярный, контактный аллергический, метеорологический, кандидозный, экзематозный, хронические трещины губ, абразивный преканкрозный хейлит Манганотти. Кроме того, важно отметить, что в косметологической практике развитие хейлита возможно как осложнение различных процедур (перманентный макияж, пилинги, дермабразия и др.).

Метеорологический хейлит является одной из наиболее часто встречающихся разновидностей, он обусловлен действием различных метеорологических факторов (ветер, холод, пониженная влажность, инсоляция и др.). Предрасполагает к развитию заболевания повышенная сухость кожи. В летний период года при воздействии ультрафиолетовых лучей возможно развитие актинического хейлита с резко выраженным отеком, везикуляцией, формированием эрозий и корочек.

Пель

Коррекция актинического хейлита должна осуществляется комплексно. При лечении рекомендуется сокращение пребывания на открытом воздухе, особенно избегание прямого воздействия ультрафиолетовых лучей. Основные направления наружной терапии актинического хейлита – фотопротекция и уменьшение сухости красной каймы губ.

Материалы и методы

С этой целью нами применялся «Ладиваль UV – lipstick SPF 30», сочетающий в себе оба терапевтических эффекта.

Полученные результаты

Препарат был назначен на весь летний период 5 пациентам с lupus-хейлитом и 7 пациентам с явлениями хейлита, развившегося на фоне атопического дерматита. Все пациенты использовали бальзам для губ «Ладиваль» ежедневно, нанося его по мере необходимости. Фотопротективный эффект «Ладиваль UV – lipstick SPF 30» наступал сразу после нанесения на красную кайму губ и длительно сохранялся благодаря водостойкой и водоотталкивающей основе. С другой стороны «Ладиваль» значительно уменьшал проявления сухости кожи губ, благодаря входящим в состав основы жировым и восковым компонентам. Препарат хорошо переносился пациентами даже с отягощенным аллергологическим анамнезом, так как не содержит отдушек, красителей, РЕG-эмульгаторов и консервантов.

Выводы

Таким образом, использование фотозащитного бальзама для губ «Ладиваль SPF 30» в летний период года снижает частоту рецидивирования актинического хейлита, уменьшает воспалительные проявления и улучшает качество жизни пациентов с различными фотодерматозами.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕРМАТОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

 $\mathit{Muxaйловa}$ Е.Г. 5к. 533гр. ЛФ, $\mathit{Eвсеенковa}$ Т.А. 5к. 534гр. ЛФ Руководитель темы: $\mathit{Knovapeвa}$ С.В. проф. каф. дерматовенерологии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Проблема диагностики новообразований кожи является актуальной в связи с возрастающим количеством таких больных. Необходима разработка и внедрение в практику дерматолога новейших диагностических малоинвазивных технологий, безболезненных и удобных для пациента.

Пель

Целью работы было исследование эффективности метода дерматоскопии в диагностике различных новообразований кожи.

Материалы и методы

Нами был разработан алгоритм ведения пациентов с новообразованиями, включающий 2 этапа:

- 1-й дерматоскопическая диагностика с помощью диагностического комбайна, включающего комбинацию датчиков для оценки параметров и топографии кожи методами цветной и УФ-дерматоскопии:
- 2-й лечение выявленного новообразования методом лазерной эксцизии с помощью высокоэнергетического лазера.

Полученные результаты

- В результате исследования дерматоскопический диагноз, позволявший подозревать наличие меланомы, был поставлен у шести пациентов, из них у четырех он был подтвержден результатами последующего гистологического исследования в лаборатории НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова, то есть была выявлена меланома. В остальных двух случаях новообразования были определены как диспластический невус.
- У 13 пациентов дерматоскопически был диагностирован диспластический невус, который в 11 случаях был подтвержден гистологически. В 2 случаях гистологически новообразование было расценено как доброкачественный пигментный невус.

Выводы

Таким образом, наше исследование показало, что новая методика дерматоскопической диагностики — алгоритм «Хаос и признаки» характеризуется точностью оценок, достаточно информативна, проста в использовании и вполне доступна для применения дерматологами и дерматоонкологами.

ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ АКНЕ

Киселёва М.В. 5к. 531гр. ЛФ

Руководитель темы: Белова Е.А. доц. каф. дерматовенерологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Акне не ограничивается подростковым возрастом, такая проблема может возникнуть и у взрослых, особенно часто – у женщин. Причины акне у женщин старше 18 лет: гормональные нарушения, стресс, загрязнение окружающей среды, неадекватный уход за кожей, курение, алкоголь, недостаток сна.

У женщин акне чаще всего протекает персистирующе, проявляется на коже подбородка и вокруг рта воспалительными элементами, возникают множественные глубокие болезненные папулы и узлы. Как правило, их терапия традиционными методами является длительной, часто малоэффективной, крупные инфильтраты могут сохраняться до 6 месяцев.

Пель

Исследование клинической эффективности применения лазеротерапии полупроводниковым высокоинтенсивным лазером с длиной волны 940 нм и геля «Скинорен» для лечения акне у женщин от 18 до 35.

Материалы и методы

В исследуемую группу вошли 14 больных, страдающих угрями, средней степени тяжести, которые получали противовоспалительную и антибиотикотерапию. Данным больным проводилась лазерная эксцизия воспалительных элементов полупроводниковым лазером «Диолан». Контрольную группу составили 13 больных, которые получали противовоспалительную и антибиотикотерапию, без лазеротерапии. Пациенты обеих групп в качестве наружной терапии получали – гель «Скинорен» 2 раза в день в течение от 3 до 6 месяцев, даже в летний период, так как в отличие от других препаратов он не вызывает фотосенсибилизацию.

Для оценки эффективности проводимой терапии использовался метод клинических осмотров пациентов, оценивалось качество жизни больных. В целях достоверности полученных результатов использовался метод ранжирования - отличный результат — 3 балла, хороший результат — 2 балла, удовлетворительный результат — 1 балл, неудовлетворительный — 0 баллов.

Полученные результаты

Средний показатель эффективности терапии составил – 2, 8 балла в исследуемой группе и 2, 4 балла в контрольной. Терапия с применением лазеротерапии оказалась значительно эффективнее - 88, 6% против 67, 4%.

При этом надо отметить, что в основной группе пациенты отмечали более высокие темпы купирования основных симптомов заболевания, относительно большую степень разрешения его визуальных и сенсорных проявлений. Пациенты же контрольной группы значительно чаще, нежели их оппоненты из основной группы наблюдения (в 28, 5% случаев, против 7, 4% случаев) выражали лишь удовлетворенность результатами терапии. В основной группе на 4-е сутки высыпания имели тенденцию к разрешению. На 10-й день происходил почти полный регресс сыпи, тогда как у пациентов контрольной группы купирование обострения заняло 20 дней. Все пациенты в дальнейшем продолжали наружно использовать гель «Скинорен» от 3 до 6 месяцев для предотвращения рецидива заболевания.

Выводы

Применение эксцизии воспалительных элементов полупроводниковым лазером «Диолан» в комплексной терапии акне приводит к сокращению сроков выздоровления в 2 раза, а длительное применение геля «Скинорен» позволяет добиться стойкой ремиссии заболевания.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Янгелова Н.Л. 6к. 608гр. ПФ Руководитель темы: Moxoba О.Г. доц. каф. детских инфекции, к.м.н.

ИжГМА, Ижевск

Актуальность

Проблемы герпесвирусных инфекций, в частности цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ), определяется высокой распространенностью в человеческой популяции, полиморфизмом и атипичностью клинических проявлений, формированием вторичных иммунодефицитных состояний, трудностями клинической и лабораторной верификации.

Цель

Выявить особенности течения цитомегаловирусной инфекции у детей первого года жизни

Материалы и методы

Был проведен анализ 40 истории болезней детей первого года жизни, находившихся на лечении в дневном стационаре БУЗ «Республиканской клинической инфекционной больницы» УР города Ижевска в период с 2013 по 2014 гг. Этиология заболевания подтверждалась ИФА и ПЦР (кровь, моча). Для решения поставленных задач было сформировано 2 группы: в І группу было включено 33 ребенка с диагностированной ЦМВИ, во ІІ группу — 7 детей, у которых наблюдалось течение ассоциированной ЦМВИ с герпесвирусной инфекцией ВГЧ 6 типа. За детьми в течение первого года жизни с момента диагностики данных инфекций проводилось динамическое наблюдение с интервалом 3 -6 мес.

Полученные результаты

В ходе изучения анамнеза установлено, что 18 (45%) женщин во время беременности были выявлены IgG к ЦМВИ, отрицательный результат обследования оказался у 4 (10%) матерей, не обследовано 18 (45%) женщин. Поводом для обследования детей на ЦМВИ в возрасте первых 3 мес жизни (16 пациентов) послужила конъюгационная желтуха 75%, диагностированный синдром цитолиза у 3 (18, 75%), перенесенный возрасте 2 недель менингоэнцефалит 6, 25%, в возрасте 4-6 мес (17 детей) – структура обращений изменяется в пользу увеличения рецидивирующего характера ОРИ 64, 7%, с уменьшением доли коньюгационной желтухи 5, 9%, гепатита 11, 8% и увеличением субфебрилитета 11, 8%. Симптоматическая нейтропения выявлялась у 29 (87, 8%) детей I группы и у 6 (85, 71%) – II группы.

Анализ сроков впервые диагностированной ВГЧ 6 типа инфекции показал, что у 3 детей она была диагностирована в возрасте до 6 мес, у 4 детей произошло инфицирование на фоне текущей ЦМВИ во втором полугодии жизни. Поводом для обследования детей II группы явилась коньюгационная желтуха (85, 71%) и у 1 ребенка рецидивирующий характер ОРИ.

В ходе анализа данных ИФА выявлено, что в первые 3 месяца жизни Ig M диагностированы у 4 (30, 7%) детей, после 6 месяцев частота регистрации IgM увеличивается в 2 раза - 9 (69, 3%). В случае диагностики ЦМВИ в первые 3 месяца жизни низкоавидные IgG с последующим увеличением авидности определялись у 6 (27, 3%) пациентов, высокоавидные IgG – у 8 (36, 4%) детей, последовательная смена низкоавидных на высокоавидные IgG и вновь возникшими низкоавидными IgG) у - 8 (36, 35%) детей. В возрасте старше 6 месяцев низкоавидные IgG определялись с последующим возрастанием авидности IgG у 15 (83, 3%) больных, высокоавидные - у 3 (16, 4%). Во всех случаях ЦМВИ подтверждалась выделением ДНК ЦМВ в крови или в моче.

Выводы

Выявлены клинические особенности течения ЦМВИ в возрастном аспекте, при отсутствии таковых в случае сочетанного течения герпесвирусных инфекций. Установлено, что диагностическая значимость ИФА у детей увеличивается с возрастом ребенка.

АНАЛИЗ ВСПЫШКИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Инютина Я.А. 6к. 601гр. ПФ, *Казарцева Н.В.* 6к. 601гр. ПФ, *Харченко А.Н.* 6к. 603гр. ПФ Руководитель темы: *Кокорева С.П.* доц. каф. детских инфекционных болезней, д.м.н.

ВГМА имени Н.Н. Бурденко, Воронеж

Актуальность

Актуальность энтеровирусной инфекции (ЭИ) обусловлена широким распространением энтеровирусов, их высокой устойчивостью в окружающей среде, полиморфизмом клинических проявлений, отсутствием мер специфической профилактики. В 2013 году в разных регионах России были зафиксированы сезонные подъемы заболеваемости ЭИ, наиболее часто встречающейся формой которой был серозный менингит.

Пель

Целью нашей работы было изучение клинических проявлений и лабораторных показателей у детей, больных ЭИ в период сезонного подъема заболеваемости в Воронежской области

Материалы и методы

122 истории болезни детей с ЭИ в возрасте от одного года до 17 лет, госпитализированных в БУЗ ВО «ОДКБ № 2» в период с 5 июня по 28 ноября 2013 года. Всем больным проводилось общеклиническое исследование периферической крови, ликвора, а также ПЦР-исследование крови, ликвора, мазков из зева и носа, кала с целью обнаружения энтеровируса.

Полученные результаты

Из числа госпитализированных преобладали мальчики 75, 2%. Половину пациентов составили школьники от 7 до 14 лет (53, 3%), третью часть – дети дошкольного возраста от 4 до 6 лет (35, 3%), 8, 6% больных были в возрасте до 3 лет и 2 детей (2%) - старше 14 лет. В структуре энтеровирусной инфекции лидирующую позицию занимали серозные менингиты (106 человек), у 3 детей - герпетическая ангина, еще у 3 - ящуроподобный синдром. Максимум поступивших приходился на июль и сентябрь-октябрь месяц. Подавляющее большинство детей было госпитализировано в первые дни заболевания (73, 3%), на 3-4 день - 7, 1%, на 5-7 - 5, 7%, на второй неделе болезни - 2 человека (1, 4%). Госпитализация больных осуществлялась преимущественно по направлению врача «скорой помощи» в 65. 7% случаев, по направлению участкового педиатра - в 13, 3%, путем самообращения в 21%. На догоспитальном этапе в половине случаев ставился диагноз «ОРВИ», менингит заподозрен только в 13% случаев, а диагноз «энтеровирусная инфекция» предположен только у 3 детей. Все больные предъявляли жалобы на повышение температуры в половине случаев до фебрильных, в половине - до субфебрильных цифр. У 88% больных отмечалась головная боль с первого дня заболевания, у 12% - со второго, которая сохранялась в среднем 4-5 дней. Почти у всех больных (92%) наблюдался синдром рвоты: 1-2 раза в день в 67% случаев, 3-4 раза - в 38%. Менингеальный синдром выявлялся у 86, 8% детей на 1-2 день заболевания и сохранялся в течение 4-5 суток. Проявлялся ригидностью затылочных мыщи в 64, 2% случаев, симптомом Кернига - в 57, 5%, нижним симптомом Брудзинского - в 22, 4%. Плеоцитоз более, чем у половины больных был трехзначным (до 800 клеток), в 44, 3% - двухзначным (32- 96 клеток). У 38, 7% детей в начале заболевания ликвор носил нейтрофильный характер. У большинства детей уровень белка сохранялся в пределах нормы, у 11, 3% он был «разведенный», у такого же количества повышен максимально до 1, 1 г/л, у остальных в пределах возрастной нормы. При оценке периферической крови определяли абсолютный и относительный лимфоцитоз, слегка ускоренную СОЭ. У 21, 7% больных имел место умеренный лейкоцитоз максимально до 13, 73×109/л. Положительный результат ПЦР ликвора на энтеровирус получен у 60, 9% пациентов, из зева и носа - у 42, 9%, крови у 19%, кала - у 54, 3%. У двух больных был выделен вирус типа ЕСНО 18 и ЕСНО 6.

Выводы

Таким образом, наиболее частой формой ЭИ в период сезонной заболеваемости в Воронеже был серозный менингит, который протекал в средне-тяжелой форме и характеризовался типичной клиникой с развитием общеинфекционного, общемозгового и менингеального синдромов. Изменения спинномозговой жидкости были представлены двух- и трехзначным цитозом, более чем у трети больных нейтрофильного характера в первые 3-4дня заболевания

АНАЛИЗ ОБМЕНА ГЛИКОПРОТЕИДОВ У ДЕТЕЙ С РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.

Кутлубаева O.A. 6к. 601гр. ПФ, Овсянникова C.B. 6к. 601гр. ПФ Руководитель темы: $Мохова O.\Gamma.$ доц. каф. детских инфекций, к.м.н.

ИжГМА, Ижевск

Актуальность

Ротавирусная инфекция занимает лидирующую позицию по обращаемости детей младшего возраста с гастроэнтеритами, в том числе среднетяжелой и тяжелой форм. Своевременное определение тяжести заболевания является необходимым условием для назначения адекватной терапии.

Пель

Определить диагностическое значение показателей гликопротеидов у детей с ротавирусной инфекцией.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 60 детей, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу г. Ижевска, в возрасте от 4 мес до 3 лет. У 27 детей диагностирована легкая форма заболевания (1 группа), II группу составили дети со среднетяжелой формой заболевания (33 пациента). В динамике заболевания: при поступлении (на 1-2 день заболевания) и перед выпиской (через 5-7 дней) проводилось исследование гликопротеидов в моче по содержанию белоксвязанных сиаловых кислот (БССК) и продуктов их гидролиза: олигосвязанных сиаловых кислот (ССК).

Полученные результаты

При поступлении средние значения БССК при легкой форме составили 0, 149 ммоль/л, при среднетяжелой были повышены более, чем в 2 раза - 0, 41 ммоль/л, показатели ОССК – 1, 065 ммоль/л и 0, 89 ммоль/л, ССК - 1 ммоль/л и 0, 83 ммоль/л соответственно степени тяжести. В динамике заболевания (перед выпиской) при легкой форме ротавирусной инфекции средний уровень БССК увеличился на 42% и составил 0, 257 ммоль/л, ОССК - на 25% - 1, 42 ммоль/л, ССК увеличился на 32, 6% - 1, 326 ммоль/л; при среднетяжелой форме заболевания средний уровень БССК снизился на 65, 8% и оказался ниже, чем при легкой форме – 0, 14 ммоль/л, значения ОССК и ССК повышались на 25% и 0, 7% соответственно, также остались ниже значений при легкой форме – 1, 187 ммоль/л и 0, 836 ммоль/л соответственно.

Выволы

Гликопротеиды, являясь маркером неспецифической воспалительной реакции организма, отражают глубину поражения ЖКТ при ротавирусной инфекции, о чем свидетельствуют более высокие показатели БССК при среднетяжелой форме заболевания. Катаболические реакции гликопротеидов более выражены при среднетяжелой форме, что, возможно, обусловлено действием сиалидазы, активность которой соответствует глубине повреждения клеток.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА АССОЦИИРОВАННОГО С ВИРУСОМ ГЕРПЕСА 6 ТИПА.

Теличко С.И. 5к. 527гр. ПФ

Руководитель темы: *Баннова С.Л.* доц. каф. инфекционных болезней у детей им. проф. М. Г. Данилевича, к.м.н.

СП6ГПМУ

Актуальность

Разнообразие клинических форм синдрома инфекционного мононуклеоза, вызванного различными представителями семейства герпесвирусов, может явиться проблемой при постановке правильного диагноза. Таким образом представляется весьма актульным изучить клинические особенности синдрома инфекционного мононуклеоза, который вызывается в частности вирусом герпеса человека 6 типа.

Цель

Выявление клинико-лабораторных особенностей синдрома инфекционного мононуклеоза, ассоциированного с герпесвирусом 6 типа.

Материалы и методы

Под наблюдение находилось 10 детей в возрасте от 6 месяцев до 11 лет с мононуклеозоподобным синдромом. У всех детей оценивалась клиническая картина, гематологические особенности и проводилось исследование методом ПЦР крови на ВГЧ 6 типа, ВЭБ и ЦМВ.

Полученные результаты

Среди обследованных больных синдром лихорадки (пиретическая) отмечался у 7 детей, длительностью в среднем около 3 дней. Синдром острого тонзиллита наблюдался у всех детей,

однако, паренхиматозный тонзиллит лишь у6 детей. Синдром лимфаденопатии (преимущественно подчелюстные и другие шейные лимфоузлы) у 9 детей. Синдром гепатомегалии отмечался лишь у 3 детей. Синдрома спленомегалии не выявлено ни у одного ребенка. Синдром экзантемы наблюдался у 6 чел. Сыпь пятнисто-папулезная, локализующаяся на туловище и конечностях, появляющаяся на 3-4-й день болезни (после нормализации или снижения лихорадки).

В гемограмме у обследованных детей отмечался лимфоцитоз у 3 пациентов, атипичных мононуклеаров в крови у обследованных больных не наблюдалось. Гиперферментемия за счет повышения активности АЛТ и АСТ наблюдалась у 7 детей. Методом ИФА антител к ВЭБ и ЦМВ, герпесу 1 и 2 типа не обнаружено. Для уточнения этиологии мононуклеозоподобного синдрома использовался метод ПЦР: ВЭБ, ЦМВ, герпес 1 и 2 типа – не обнаружены. У всех детей выявлен в крови ВГЧ 6 типа.

Выволы

Для инфекционного мононуклеоза, ассоциированного с вирусом герпеса бтипа характерна клиника схожая с клиникой инфекционного мононуклеоза Эпштейн-Баррвирусной этиологии. Характерным отличием мононуклеоза c ВГЧ 6 являлось гепатоспленомегалии атипичных мононуклеаров крови. При наличии В мононуклеозоподобного синдрома и при отсутствии антител к ВЭБ, ЦМВ и герпеса 1 и 2типа, необходимо обследовать на ВГЧ 6 типа.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КРИПТОКОККОВОГО МЕНИНГИТА БЕЗ ВИЧ-ИНФЕКПИИ

Киселева Л.И. орд. 2012-го года каф. инфекционных болезней Руководитель темы: Погромская М.Н. доц. каф. инфекционных болезней, к.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Криптококкоз – тяжелая оппортунистическая инфекция, возникающая, как правило, на фоне ВИЧ инфекции или тяжелых иммунодефицитов другой этиологии. Путь инфицирования – аэрогенный. Заболевание обычно развивается при количестве CD4- лимфоцитов менее 100 кл/мкл. При генерализованном процессе может вовлекаться любой орган.

При подозрении на криптококковый менингит в алгоритм клинического обследования больного должно входить проведение люмбальной пункции, выполнение MPT головного мозга. Для диагностики данной инфекции используется метод выделения культуры возбудителя из крови, СМЖ, реакция выявления криптококкового антигена в сыворотке крови или в СМЖ.

Пель

Клинический случай успешного лечения криптококкового менингита без выраженного иммунодефицита

Полученные результаты

Пациент А., 38 лет, поступил в КИБ им. Боткина переводом из ГБ № 26 с диагнозом вирусный (грибковый) менингит в тяжелом состоянии в ОРИТ. При поступлении предъявлял жалобы на общую слабость, зрительные галлюцинации, лихорадку. На шестые сутки получена положительная динамика и дальнейшее лечение проходило в специализированном отделении стационара.

Из анамнеза заболевания: острое начало заболевания, нарастающая головная боль, без тошноты и рвоты, лихорадка, двоение в глазах. Эпидемиологический анамнез без особенностей.

В ГБ № 26 неоднократно проводились люмбальные пункции. В ликворе опредялялось повышение цитоза (максимально 420*10^6/л), там же были выявлены грибы рода Candida. На фоне проводимого лечения состояние больного оставалось тяжелым, сохранялась лихорадка, менингеальные симптомы, усилилась головная боль. Для дальнейшего лечения пациент был переведен в КИБ им. Боткина.

При объективном осмотре: состояние тяжелое. В сознании. Заторможен. Очаговой неврологической симптоматики нет. Ригидность затылочных мышц положительна, симптом Кернига сомнительный.

Результаты обследования: МРТ головного мозга с контрастом: МРТ признаки многоочагового или объемного процесса в головном мозге не выявлены. Исследование ликвора при поступлении: бесцветный, прозрачный с небольшим серым осадком, белок 0, 81 г/л, глюкоза 7, 625, цитоз 744/3, нейтрофилы 18%, лимфоциты 82%, лейкоциты 15-20 в поле зрения, эритроциты неизмененные 8-10 в поле зрения, обнаружены дрожжеподобные грибы, криптококки 42/3 = 14*106/л.. При последующих исследованиях ликвора определялась положительная динамика в виде уменьшения цитоза, криптококки не определялись.

СD4 Т-хелперы 36, 79%, 439, 29 кл/мкл (относительно количество Т-лимфоцитовхелперов в крови у взрослых составляет 36-55%). При двукратном исследовании крови на ВИЧ инфекцию результат отрицательный, вирусная нагрузка ВИЧ < 50 копий. При посеве в ликворе был обнаружен Cr. Neoformans в титре 1/1000.

На фоне проведения антимикотической терапии наблюдалось отчетливое клиниколабораторное улучшение.

Выводы

- 1. даже при отсутствии выраженного иммунодефицита (например, ВИЧ инфекция) не стоит забывать про возможность развития криптококковой инфекции;
- лечение криптоккового менингита длительное, включающее антифунгицидную терапию, выполнение частых люмбальных пункций с целью снижения внутричерепного давления.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ.

Снигирева Е.В. 5к. 509гр. МПФ

Руководитель темы: Погромская М.Н. доц. каф. инфекционных болезней, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Серозные менингиты продолжают оставаться актуальной проблемой в современной клинике инфекционных болезней.

Причинами серозных менингитов являются вирусы, ряд бактерий и грибков. В значительной доле случаев этиология менингита остается неизвестной, поэтому необходимо выявить основные критерии серозных менингитов для оптимизации их лечения.

Пель

Целью нашего исследования стало изучение течения серозных менингитов различной этиологии и выявление особенностей их проявлений.

Материалы и методы

Материалом исследования послужили истории болезни пациентов с серозными менингитами, госпитализированных в больницу Боткина.

Полученные результаты

Под наблюдением находились 33 пациента с различными серозными менингитами, из которых герпетическая этиология диагносцирована в 42, 4%, энтеровирусная этиология – в 24, 2%, в 30, 3%- этиологии не установлена и в 3, 1% – клещевой бореллиоз.

Этиологическая верификация осуществлялась с применением следующих методов диагностики: молекулярно-биологического (ПЦР), серологического и вирусологического.

Среди менингитов герпетической этиологии (14 пациентов) в 42, 9% случаев диагносцирован вирус простого герпеса (ВПГ), в 28, 6% - цитомегаловирус (ЦМВ), в 7, 1% - вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ). Также в 14, 2% случаев наблюдалась микст-инфекция: ВПГ ЦМВ и ВПГ ВЭБ, а в 7, 1% - ЦМВ-менингит протекал на фоне ВИЧ-инфекции.

Все пациенты переносили серозные менингиты в среднетяжелом течении. Заболевание начиналось с головной боли и повышения температуры до субфебрильных и фебрильных значений. В 33, 3% случаев наблюдалась тошнота и рвота. В 15, 2% случаев отмечались

катаральные явления. В 4 (12, 1%) случаях были обнаружены высыпания различного характера. В 8 случаях (24, 2%) пациенты отмечали боль в глазных яблоках, в 1 случае (3, 1%) была жалоба на боли в животе. В ряде случаев наблюдались жалобы неврологического характера: дизартрия, плохая послушность мимических мышц при клещевом бореллиозе, боли по ходу поясничного и грудного отделов позвоночника (постпункционный синдром при энтеровирусном менингите), онемение левого предплечья при ЦМВ ВПГ-менингите. Из менингеального синдрома в 36, 7% случаев выявлены положительны симптом ригидности затылочных мышц и симптом Кернига, в 30, 3% был положителен только один симптом, в 27, 3% оба симптома были отрицательны.

Энтеровирусные менингиты протекали легче, чем герпетические менингиты: хотя бы один из двух менингеальных симптомов был положителен в 50% случаев и в 85, 7% соответственно. У всех пациентов с энтеровирусными менингитами отмечался субфебрилитет, фебрильная лихорадка - при герпетических менигитах. Лейкоцитоз с лимфоцитозом или лимфопенией наблюдались в 62% при энтеровирусных менингитах и в 85, 7% при герпетических. Патологические изменения в ликворе были более выраженными при герпетических, чем при энтеровирусных менингитах.

В группе менингитов неустановленной этиологии в 80% случаев выявлялся хотя бы один из менингеальных симптомов. Лихорадка достигала 38-400С. Лейкоцитоз наблюдался в 70% случаев. Изменения в ликворе аналогичны таковым при энтеровирусных менингитах.

Выводы

- 1. В 30, 3% случаев серозного менингита этиология неизвестна.
- 2. В большинстве случаев серозные менингиты вирусной природы.
- 3. Клинически энтеровирусные менингиты протекают легче, чем герпесвирусные.
- 4. Изменения лейкоцитарной формулы зависят от иммунореактивности.
- В ликворе: лимфоцитарный плеоцитоз не более 1000 кл в 1 мкл и умеренное повышение белка.
- 6. Для диагностики вирусных менингитов необходимо сочетать ПЦР-диагностику и ИФА.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭКСПЕРТИЗЫ СЛУЧАЕВ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ

Бессолова Ю.Н. 6к. 648гр. ЛФ

Руководители темы: *Кондакова М.Н.* проф. каф. фтизиопульмонологии и торакальной хирургии, д.м.н., *Ковалева Р.Г.* асс. каф. фтизиопульмонологии и торакальной хирургии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Проблема туберкулеза и ВИЧ-инфекции является одной из самых актуальных в настоящее время, т. к. высокая инфицированность M. tuberculosis и быстрое распространение в той же среде ВИЧ-инфекции делают прогноз сочетанной патологии крайне неблагоприятным.

Цель

Изучение особенностей патогенеза туберкулеза на современном этапе, на основании анализа данных медицинских документов из материалов БСМЭ за 2008-2012 гг.

Материалы и методы

В работе представлены результаты анализа документов (экспертиз и протоколов вскрытия) 16 случаев смерти больных от туберкулеза и/или ВИЧ-инфекции, из которых 13 зарегистрированы в местах лишения свободы, 3 случая среди гражданского сектора.

Полученные результаты

Из числа всех больных: на момент смерти болели туберкулезом 5 человек (31%), ВИЧ-инфекция без туберкулеза диагностирована у 2 человек (13%), ВИЧ Туберкулез - у 9 человек (56%). Посмертная диагностика туберкулеза имела место у 1 человека. Возраст пациентов: от 23 до 45 лет. Больные с наркотической зависимостью: 6 человек. Стаж приема наркотиков от 11 до 26 лет. Время жизни от начала выявления ВИЧ и туберкулеза: от 4 до 16 лет. В клинической структуре случаев летального исхода превалировал диссеминированный туберкулез легких - 6

пациентов, на втором месте по частоте - ФКТ и инфильтративный туберкулез. Все погибшие больные имели ВИЧ-инфекцию на поздней стадии (4Б-5). Всего полости распада в легочной ткани выявлены у 8 больных, в том числе у 6 больных (из 9 больных) с туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией. Бактериовыделение зарегистрировано у 10 человек. В том числе, у 7 больных выделена культура МБТ, чувствительная к противотуберкулезным препаратам, у 3 человек идентифицирована множественная лекарственная устойчивость. Ранее проводилось лечение от туберкулеза 2 пациентам, лечение длилось более 1 месяца у 2 больных, что позволяет расценивать лекарственную устойчивость штаммов МБТ как вторичную. По материалам экспертизы имелись дефекты медицинской помощи, такие как: несвоевременная госпитализация в специализированное отделение и длительная диагностика туберкулеза - 4 человека (15%), отсутствие назначения ВААРТ-терапии - 12 человек (46%), терапия нерегулярно и без учета туберкулеза проводилась чувствительности МБТ к противотуберкулёзным препаратам- 10 человек (39%).

Выволы

Особенностями патогенеза туберкулеза на современном этапе является сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции. В клинической картине отмечается: более редкое обнаружение деструктивных изменений в легких у больных сочетанной патологией (туберкулез и ВИЧ-инфекция) в сравнении с пациентами с туберкулезом легких, что объясняется снижением интенсивности экссудативно-пролиферативных процессов на фоне иммунодефицита; преобладание диссеминированных процессов в легких, выраженные симптомы интоксикации, кахексия, постоянная или интермиттирующая лихорадка. Эффективность лечения больных с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом чрезвычайно низка. Несмотря на проводимую терапию в вичение короткого периода времени прогрессирование заболевания приводит к летальному ис ходу, что диктует необходимость дальнейшей оптимизации диагностических и лечебных мероприятий для обсуждаемого контингента больных.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Казарцева Н.В. 6к. 601гр. ПФ, Инютина Я.А. 6к. 601гр. ПФ, "Харченко А.Н. 6к. 603гр. ПФ Руководитель темы: Котлова В.Б. асс. каф. детских инфекционных болезней, к.м.н.

ВГМА имени Н.Н. Бурденко, Воронеж

Актуальность

Серозные менингиты составляют более 60% всех инфекционных заболеваний центральной нервной системы. Более половины этих поражений приходится на долю энтеровирусной инфекции (ЭИ). В период сезонного повышения заболеваемости частота выявления энтеровирусных менингитов достигает 80-95%. Как правило, ЭИ протекает благоприятно, однако не исключается возможность развития тяжелых осложнений, в связи с чем остро стоит проблема этиотропной терапии. На современном этапе не существует общепринятого подхода к выбору противовирусных препаратов.

Цель

Целью нашей работы была оценка клинической эффективности противовирусной терапии арбидолом в комплексном лечении серозных менингитов энтеровирусной этиологии у детей.

Материалы и методы

Под наблюдением находился 71 ребенок с клиническим диагнозом «энтеровирусная инфекция, серозный менингит», поступивший в БУЗ ВО «ОДКБ № 2» в период с июня по ноябрь 2013 года в возрасте от 2 до 16 лет. Диагноз подтверждался обнаружением в кале энтеровирусов, а также ПЦР-исследованием крови, ликвора, мазков из зева и носа. В комплекс общепринятого лечения входили следующие средства: внутривенная дегидратационная и дезинтоксикационная терапия с учетом тяжести состояния, диакарб в сочетании с препаратами калия для уменьшения внутричерепного давления, ангиопротекторы, витамины группы В.

Использовались симптоматические средства для борьбы с гипертермией, судорожным, болевым синдромами. Антибиотики назначались лишь в случае развития бактериальных осложнений. Наблюдаемые больные были разделены на две группы, идентичные по возрасту, полу и тяжести инфекционного процесса. Первую группу (34 человека) составили дети, которые в качестве противовирусной терапии получали арбидол в течение 7 дней в возрастной дозе, группу сравнения – 37 пациентов, в лечении которых противовирусные препараты не применялись.

Полученные результаты

В возрастной структуре более половины наблюдаемых составили школьники от 7 до 14 лет (53, 8%), более трети – дети дошкольного возраста (39, 3%), в возрасте до 3 лет 5, 5%, старше 14 лет – 1, 4%. Средний возраст поступивших 8, 17±3, 27 лет. Из числа госпитализированных преобладали мальчики – 70, 4%. Дети были госпитализированы на 2, 77±1, 47 день болезни с типичной клинической картиной: острое начало заболевания с развитием общеинфекционного, общемозгового и менингеального синдрома. Анализ регресса основных клинических проявлений заболевания показал, что длительность лихорадочной реакции у детей, получавших арбидол, была достоверно меньше, чем в группе контроля: 2, 29±0, 27 дней против 3, 72±0, 25 дней соответственно (р<0, 01). Синдром рвоты, имевший место у 74, 5% больных, купировался в первой группе в течение 0, 97±0, 12 дней, в то время как в группе контроля рвота сохранялась 1, 83±0, 2 дней (р<0, 01). Менингеальный синдром отмечался у всех наблюдаемых больных и сохранялся в 2 раза дольше (6, 35±0, 62 дней против 3, 05±0, 39 дней) у детей, не получавших противовирусные препараты (р<0, 005). На длительность сохранения головной боли назначение арбидола не повлияло. Она у детей сравниваемых групп была примерно одинаковой: 3, 94±0, 41 и 3, 86±0, 39 дней соответственно.

Выволы

Таким образом, комплексная терапия серозного менингита вирусной этиологии с использованием арбидола значительно облегчает течение острого периода серозного менингита, сокращая длительность основных клинических проявлений заболевания, что доказывает клиническую эффективность арбидола в качестве противовирусного препарата в составе комплексной терапии серозных менингитов энтеровирусной этиологии.

СКРИНИНГ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ТЕРАПИЮ ИНГИБИТОРАМИ ФНО-А. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДОВ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.

Евсеев П.Ю. 6к. 639гр. ЛФ

Руководители темы: *Елькин А.В.* проф. каф. фтизиопульмонологии и торакальной хирургии, д.м.н., *Кондакова М.Н.* проф. каф. фтизиопульмонологии и торакальной хирургии, д.м.н., *Барнаулов А.О.* асс. каф. фтизиопульмонологии и торакальной хирургии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Одним из современных методов лечения ревматических заболеваний является назначение генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), блокирующих медиаторы воспаления - цитокины и рецепторы иммунокомпетентных клеток. Повышение риска развития тяжелых инфекций, в частности туберкулеза, у больных, получающих ГИБП, является неотъемлемым следствием их воздействия на иммунные реакции человека. Поэтому скрининг перед началом терапии и в процессе терапии необходимо проводить для всех препаратов из этой группы.

Цель

Цель исследования - оценить диагностическую значимость методов скринингового обследования для назначения генно-инженерной биологической терапии.

Материалы и методы

Скрининговый отбор прошло 64 пациента, из которых 26 (40, 6%) мужчины и 38 (59, 4%) - женщины. Из наблюдаемых 64 больных с анкилозирующим спондилитом – 13 (20, 3%),

ревматоидным артритом -29 (45, 3%), псориатическим артритом -4 (6, 25%), болезнью Крона -15 (23, 3%), системной красной волчанкой -3 (4, 7%).

Проводили сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование, рентгенографию органов грудной клетки (по показаниям – КТ); всем пациентам выполняли пробу Манту с 2 ТЕ, у 31 (48, 4%) больного проведен ДИАСКИНТЕСТ® (ДСТ), у 41 (64%) - проба QuantiFERON-TB Gold (QF).

Полученные результаты

Положительная реакция пробы Манту с 2 ТЕ выявлена у 45 (70, 3%) пациентов. У 1 пациента среди них был выявлен активный туберкулез; у 2 — неспецифические заболевания легких. У 12 (18, 75%) обследованных были обнаружены посттуберкулезные изменения в легочной ткани в варианте «очагов Гона», петрификатов ВГЛУ, причем в 66, 7% случаев (у 8 пациентов) - с помощью МСКТ органов грудной клетки. Зо (66, 7%) пациентов подлежали превентивному лечению основываясь на данные пробы Манту с 2 ТЕ. Однако, выполнение ДСТ и теста QF этим (30) пациентам и сопоставление положительных (4 ДСТ и 4 QF) результатов данных тестов с результатами реакции Манту, позволило воздержаться от превентивного противотуберкулёзного лечения почти у 48, 9% (22) больных (р<0, 05; χ 2=6, 86).Следует отметить, что среди всех лиц с положительным результатом теста QF (12) у 8 (66, 7%) пациентов выявлялись посттуберкулезные изменения в легких, в том числе у 2 из 9 пациентов с отрицательной реакцией пробы Манту с 2 ТЕ.

Выволы

Большая чувствительность ДСТ и теста QF в системе скрининга латентной туберкулёзной инфекции у ревматологических больных, нежели проба Манту с 2 ТЕ, говорит в пользу первостепенности их назначения перед стартом терапии ГИБП. Достоверно показана целесообразность выполнения теста QF лицам с отрицательной реакцией пробы Манту с 2 ТЕ. В случае положительного результата теста, пациенты должны быть более тщательно обследованы на наличие посттуберкулезных изменений в легочной ткани с целью назначения адекватного режима превентивной терапии. Кроме того, продиктована необходимость применения МСКТ органов грудной клетки при скрининговом обследовании пациентов в виду большей разрешающей способности метода по сравнению с обзорной рентгенографией.

СОСТОЯНИЕ СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ БЕЛКОВ И СОДЕРЖАНИЕ СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПЕПТИДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ

Имагазалиева М.А. 6к. 1гр. ПФ, Кадиева Л.С. 6к. 9гр. ПФ, Гимбатова Д.Ш. 5к. 5гр. ЛФ, Гиравова Ф.М. 6к. 6гр. ЛФ

Руководитель темы: *Тагирбекова А.Р.* доц. каф. инфекционных болезней им. *Руднева Г.П.*, к.м.н. $\mathbf{\Pi \Gamma MA, Maxaч \kappa a J a}$

Актуальность

Бруцеллез является актуальной проблемой здравоохранения ряда южных регионов России, в том числе и Республики Дагестан. По современным представлениям, важное место в развитии различной патологии отводится активным формам кислорода (АФК), широкий спектр действия которых обусловлен способностью вызывать окислительную модификацию биомолекул.

Цель

Оценить интенсивность окислительной модификации белков и содержание среднемолекулярных пептидов у больных различными клиническими формами бруцеллеза.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 142 больных бруцеллезом, из них острым бруцеллезом – 55, подострым – 31, хроническим бруцеллезом в стадии суб - и декомпенсации – 56 больных. Окислительная модификация белков в плазме крови больных бруцеллезом определялась по методу Е. Е. Дубининой с соавт. (2000), содержание среднемолекулярных

пептидов в плазме крови (СМП) – по методу В. В. Николайчика с соавт. (1991). Группу сравнения составили 30 практически здоровых лиц – доноров РСПК.

Полученные результаты

При этом выявлено повышение активности окислительных процессов у больных различными клиническими формами бруцеллёза по сравнению с группой доноров. Выявлено повышение активности окислительных процессов у больных различными клиническими формами бруцеллёза по сравнению с группой доноров. Наибольший уровень содержания окисленных форм белка отмечался у больных ОБ, эта тенленция наблюдалась как при определении исходного уровня окисления белков, так и при спонтанном (в отсутствии прооксидантов) и индуцированном (в присутствии Fe2 и H2O2) окислении белков. Все показатели достоверно отличались от результатов исследования в группе доноров (p<0, 01). Содержание СМП в плазме крови больных бруцеллёзом достоверно превышало показатели группы доноров, причем максимальное отклонение показателей отмечено у больных ОБ. меньшее – ПБ.У больных ХБ и группой доноров различия показателей минимальные, однако, и между ними разница была достоверна. Очевидно, такая динамика содержания СМП отражает интоксикационного синдрома различными выраженность v больных бруцеллёза. Статистическая обработка данных не выявила достоверных отличий содержания СМП у больных ОБ и ПБ (p>0, 05), в то же время они существенно превышали показатели в группе больных ХБ (р<0. 01).

Выводы

Таким образом, у больных различными клиническими формами бруцеллеза отмечается повышение содержания в плазме крови окисленных форм белка, наиболее выраженное у больных ОБ, что свидетельствует о нарушении окислительно-восстановительного равновесия в сторону окисления, степень выраженности которого соответствует остроте процесса. Содержание СМП в плазме крови больных различными клиническими формами бруцеллёза возрастает по сравнению с донорами, достигая максимума у больных ОБ, что соответствует степени выраженности синдрома интоксикации у наблюдаемых больных бруцеллезом. Показатели содержания СМП у больных ОБ, ПБ и ХБ в различных группах имеют достоверные отличия, что можно использовать как диагностический критерий для оценки уровня эндогенной интоксикации у больных бруцеллезом.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМНОЙ МИКРОПИРКУЛЯПИИ У БОЛЬНЫХ БРУПЕЛЛЕЗОМ

Абдулаев М.А 6к. 7гр. ЛФ, Гасанова И.Г. 6к. 1гр. ЛФ, Шахбанова А.М. 5к. 6гр. ЛФ, Рустамов Г.Ш. 5к. 10гр. ПФ

Руководитель темы: *Тагирбекова А.Р.* доц. каф. инфекционных болезней им *Руднева Г.П.*, к.м.н. $\mathcal{L}\Gamma MA$, Maxaчкaлa

Актуальность

Известно, что состояние микрососудов конъюнктивы глазного яблока отражает общее состояние сердечно-сосудистой системы (А. И. Струков, 1975; А. Я Бунин с соавт., 1984; R. E. Wells., 1973). Экспериментальными работами Е. N. Bloch (1954), проводившего параллельное изучение микроциркуляции в конъюнктиве и во внутренних органах показано, что конъюнктивальная микроциркуляция крови отражает общее состояние микроциркуляции в организме.

Цель

Изучение состояния микроциркуляторного русла у больных различными формами бруцеллеза.

Материалы и методы

Нами было проведено исследование конъюнктивальных сосудов темпоральной части глазного яблока у больных острым бруцеллезом (ОБ) - 51, подострым бруцеллезом (ПБ) – 29 и хроническим бруцеллезом (ХБ) - 51. Оценку состояния микроциркцуляции производили

методом биомикроскопии сосудов конъюнктивы глазного яблока, что дает возможность детальной оценки состояния всех звеньев микроциркуляторного русла: артериол, прекапиллярных артериол, капилляров, посткапиллярных венул и венул, а также особенностей кровотока в микрососудах и состояния перивасулярного пространства (В. И. Козлов с соавт., 2004; П. Н. Александров с соавт., 2004). Из контингента исследуемых больных бруцеллезом были исключены пациенты в возрасте старше 55 лет.

Полученные результаты

В результате исследования нарушения микроциркуляции были выявлены у всех больных, причем при остром бруцеллезе они были более выражены, чем у больных подострым и хроническим бруцеллезом. Из всех отделов микроциркуляторного русла наибольшие изменения выявлены в архитектонике венул: извитость была выявлена у 83% больных острым, 76% - подострым и 59% больных хроническим бруцеллезом, неравномерность калибра – у 66, 50 и 43% больных соответственно, аневризмы – у 54, 41 и 22% больных соответственно, запустевание капилляров – у 39, 35 и 29% больных острым, подострым и хроническим бруцеллезом соответственно. Изменения артериол встречались с меньшей частотой, в основном в виде неравномерности их диаметра- 36%. Внутрисосудистые изменения в виде агрегации эритроцитов, замедления кровотока, микрозастоя были выявлены у 22% больных острым, 51% - подострым и 58% больных хроническим бруцеллезом. Внесосудистые изменения, проявляющиеся периваскулярным отеком и единичными геморрагиями, были выявлены у 62% больных острым, 57% - подострым и 55% больных хроническим бруцеллезом.

Выводы

Таким образом, изучение показателей микроциркуляции крови в сосудах бульбарной конъюнктивы у больных различными формами бруцеллеза свидетельствует о наличии микроциркуляторных нарушений. Среди наблюдаемых нами больных в максимальной степени эти сдвиги отмечались у больных острым бруцеллёзом, что характеризует наибольшую активность патологического процесса в печени у этой группы больных.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА БИОХИМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ И КРОВИ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ В СРАВНЕНИИ С НЕИНФИЦИРОВАННЫМИ БОЛЬНЫМИ.

Короленко М.С. 5к. 546гр. ЛФ

Руководитель темы: Погромская М.Н. доц. каф. инфекционных болезней, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Неврологические нарушения в ряде случаев являются первыми проявлениями ВИЧинфекции, возникая в период сероконверсии, когда иммунологические показатели еще нормальны.

Цель

Цель нашего исследования: сравнить биохимические изменения спинномозговой жидкости и крови у ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов.

Материалы и методы

Материалом исследования послужили истории болезни пациентов с менингитами, госпитализированных в больницу Боткина

Под наблюдением находились 20 пациентов с синдромальным диагнозом менингит, из них 5 страдали туберкулезным менингитом на фоне ВИЧ-инфекции. У ВИЧ-негативных больных возбудителями являлись Listeria monocytogenes и Neisseria meningitidis.

Полученные результаты

У всех ВИЧ-позитивных больных в биохимическом анализе крови были выявлены следующие изменения: повышение общего билирубина (30, 2 мкмоль/л), АЛТ (83, 6 е/л), АСТ (88, 4 е/л), ГГТ (353 е/л). У ВИЧ-негативных пациентов данные показатели были в пределах нормы. Значительное повышение С-реактивного белка отмечалось у обеих групп пациентов (47, 6 мг/л и 73, 5мг/л, соответственно).

В клиническом анализе крови у двух групп отмечался лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, при этом ускоренное СОЭ наблюдается лишь у пациентов с ВИЧ-инфекцией (50 мм/ч). У ВИЧ-негативных пациентов СОЭ не превышало 10 мм/ч и в среднем составляло 6 мм/ч. Также у двух групп определялась лимфопения (у первой группы пациентов – 1, 26, у второй – 2, 6). Помимо лимфопении, у ВИЧ-позитивных пациентов в 100% случаев выявлялась анемия легкой степени тяжести, при нормальном количестве эритроцитов. У ВИЧ-негативных пациентов показатели красной крови были в пределах нормы.

При исследовании СМЖ в ликворограмме определялось повышение белка — 1, 09 г/л и 2, 4 г/л, соответственно. Умеренный лимфоцитарный плейоцитоз - 751 кл/мкл и 1423 кл/мкл, значительное снижение глюкозы (1, 09 ммоль/л и 2, 6 ммоль/л) и хлорид-ионов (111 мкмоль/л и 122 мкмоль/л), соответственно. По нашим наблюдениям не получены значимые различия между ВИЧ инфицированными и неинфицированными. Меньшее содержание лимфоцитов у ВИЧ-позитивных пациентов можно объяснить более ранним выполнением пункции от начала заболевания, когда в ликворе преобладают нейтрофильные лейкоциты.

Выволы

Таким образом, показатели лабораторных исследований (биохимический анализ крови, клинический анализ крови, ликворограмма) могут оказать умеренную помощь не только в постановке диагноза, но и в диагностике менингитов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИАГНОЗОВ НАПРАВЛЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ДИАГНОЗОВ НА ПРИМЕРЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КИБ ИМ. БОТКИНА

Семенюк А.В. орд. 1-го года каф. инфекционных болезней Руководитель темы: Погромская М.Н. доц. каф. инфекционных болезней, к.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В настоящее время КИБ им. С. П. Боткина – крупнейшее лечебное учреждение, работающее в режиме круглосуточного оказания медицинской экстренной помощи жителям Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Ежегодно в больнице оказывают помощь более 40 тысячам пациентов, поликлиническая служба осуществляет 100 -120 тысяч консультаций в год.

На базе одного из сортировочно-диагностических отделений КИБ им. Боткина проходило исследование соответствия диагнозов при направлении и выписке из стационара. Материалом исследования послужили истории болезней пациентов данного отделения и журналы учёта поступления больных в отделение за 2013 год.

За год отделением было обслужено 1874 человека. Все пациенты поступали в стационар по экстренным показаниям, как правило, через несколько часов после начала заболевания по направлению поликлиник (СМП). Обращение за медицинской помощью составило 0, 1%.

Больные по диагнозам направляющего учреждения распределились следующим образом: ОРВИ (70, 6%), ангина (10, 3%), инфекционный мононуклеоз (5, 3%), клещевой боррелиоз (3%), грипп (3, 5%), другие диагнозы (4, 6%), такие как хронический тонзиллит (1, 3%), иерсиниозная инфекция (0, 9%), герпетическая инфекция, пиелонефрит, гепатит, пневмония, стоматит, ГЛПС, малярия, лихорадка не ясного генеза (0, 2-0, 5%).

Во всех случаях при обследовании больных, учитывался период и давность заболевания, поскольку инфекционным болезням свойственна цикличность течения.

Диагностика включала сбор анамнеза (в том числе эпидемиологического), объективное динамическое обследование органов и систем, анализ результатов специфических лабораторных и инструментальных исследований и результатов других дополнительных методов исследования с учетом проведенной дифференциальной диагностики.

Окончательный диагноз формулировался при завершении обследования больного с указанием формы, тяжести, течения инфекционного процесса с обязательной регистрацией

сопутствующих болезней и осложнений основного заболевания в соответствии с обшепринятыми принципами классификации.

Заключительные диагнозы основного заболевания при выписке пациентов были следующими: ОРВИ (74, 6%), грипп, верифицированный серологическими методами (10, 0%), острая ВИЧ-инфекция (3%), серозный менингит (3%), ЦМВ-инфекция (1%), легочный и внелегочный туберкулёз (1%), заболевания крови (1%), сепсис (0, 9%), лихорадка Денге (0, 9%), малярия (1%), ВСД (0, 9%), парвавирусная инфекция (0, 9%), абсцесс печени (0, 9%), ротавирусная инфекция (0, 9%). Все диагнозы подтверждены клинико-лабораторными и специфическими методами диагностики.

Выволы

- В большинстве случаев диагнозы при поступлении в стационар совпадают с заключительными клиническими диагнозами.
- 2. На догоспитальном этапе первичная диагностика инфекционных болезней ограничена, но своевременная диагностика и неотложная помощь решают судьбу больного.
- Совпадение постановки диагнозов на догоспитальном этапе и при выписке больных, говорит о правильной работе и организации неотложной медицинской помощи.

КАРДИОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ТРЕХЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ВЛИЯНИЯ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ НА РАЗВИТИЕ СМЕРТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОТ ХСН

Фоменко А.И. 6к. 12гр. ПФ, *Трофимова Е.А.* 6к. 12гр. ПФ, *Котова А.А.* 5к. 1гр. ПФ. *Шашникова А.А.* 5к. 1гр. ПФ

Руководитель темы: Джериева И.С. доц. каф. внутренних болезней с основами физиотерапии №3, д.м.н.

1 - РостГМУ, Ростов-На-Дону

Актуальность

В РФ 11млн., а в Европе более 15 млн. пациентов с ХСН, более 3, 5 млн. находятся в III—IV ФК. Средняя годовая смертность в РФ составляет 6%. Распространенность коморбидных состояний у пациентов с ХСН составляет: фибрилляция предсердий — 42%, гиперлипидемия - 34%, сахарный диабет — 44% анемия - до 50% Высокая смертность больных с ХСН обусловлена, в том числе, и коморбидностью. В мире действуют длительные программы по наблюдению за пациентами с хронической сердечной недостаточностью: ADHERE (количествю наблюдаемых пациентов (n) >100000), CanadaAHF, EuroHeartAHF, CharmCHF (n=7599), OptimizeHF-AHF (n=34059), IMPACT-HF (n=567), OPTIME-CHF-ADHF (n=951) [2, 3]. Аналогичных исследований, проведенных в России нет, однако на сегодняшний день идет анализ регистра ОРАКУЛ-РФ. Наше исследование является первым в городе Ростове-на-Дону, которое позволяет оценить выживаемость пациентов с ХСН и определить роль влияния коморбидных состояний на развитие смертельных исходов от хронической сердечной недостаточности.

Пель

Определить влияние коморбидных состояний на развитие смертельных исходов от XCH и выявить максимально уязвимый период для пациентов XCH

Материалы и методы

Дизайн исследования: 1) Отбор пациентов с симптомами (одышка, отеки, слабость, чувство тревоги) острой декомпенсации сердечной недостаточности (ОДСН) [1]; 2) Внесение пациентов в регистр; 3) Осуществление телефонных контактов с пациентами каждые три месяца. Исследование началось в сентябре 2010 и продолжается по настоящее время. Приводятся результаты на март 2014 года.

На базе МБУЗ «ГБ № 4 г. Ростова-на-Дону отобрали 143 пациента (73 женщины и 70 мужчин), в возрасте от 47 до 92 лет (средний возраст 73, 2 ± 11 , 8 года) с симптомами ОДСН. В регистр не вошли 45 человек, по различным причинам, не связанным со здоровьем. Под

наблюдением находилось 98 человек. С помощью телефонных контактов фиксировались: регулярность наблюдения в поликлинике, частота вызовов скорой помощи, количество повторных госпитализаций, приверженность пациента к терапии и факт смерти пациента.

Полученные результаты

Ведущую роль в этиологии ХСН в рамках нашего исследования играет сочетание ИБС и АГ – 74, 5%, как отдельная причина, ИБС – 13, 2%, АГ – 12, 3% случаев. Частота встречаемости сопутствующих заболеваний: Фибриляция предсердий – 60, 3%, сахарный диабет 2 типа – 20, 4%, ожирение алиментарно-конституционального генеза – 22, 4%, , анемия смешанного генеза – 18, 4%, дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) – 15, 3%, ХОБЛ – 9, 2%. За 3, 5 года умерло 75 человек. Динамика смертности: первый год (сентябрь 2010 – август 2011) - 42, 8%, второй год (сентябрь 2011 – август 2012) - 28, 5%. Влияние коморбидных состояний на развитие смертельных исходов – сочетание АГ и анемии: первый год – 29, 4%, второй год – 12, 2%, третий год – 10, 6%; сочетание АГ и сахарного диабета: первый год – 25, 5%, второй год –21, 2%, третий год – 6, 5%; сочетание ХСН с ожирением алиментарного генеза: первый год – 27, 4%, второй год –17, 6%, второй год –4, 8%, третий год –5, 3%; ДЭП: первый год – 4, 4%, второй год –15, 7%, третий год –27, 4%; сочетание одновременно всех патологий: первый год – 7, 8%, второй год –3, 4%, третий год –5, 7%;

Выводы

Жизнеугрожающим коморбидным состоянием в первый год после декомпенсации XCH н для пациентов является анемия смешанного генеза

АНАЛИЗ ТРЕХЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКОВ РАЗВИТИЯ СМЕРТЕЛЬНЫХ ИСХОЛОВ ОТ ХСН

Фоменко А.И. 6к. 12гр. ПФ, *Трофимова Е.А.* 6к. 12гр. ПФ, *Котова А.А.* 5к. 1гр. ПФ, *Шашникова А.А.* 5к. 1гр. ПФ

Руководитель темы: Джериева И.С. доц. каф. внутренних болезней с основами физиотерапии №3, д.м.н.

РостГМУ, Ростов-На-Дону

Актуальность

В мире действуют длительные программы по наблюдению за пациентами с хронической сердечной недостаточностью: ADHERE (количество наблюдаемых пациентов (n) >100000), CanadaAHF, EuroHeartAHF, CharmCHF (n=7599), OptimizeHF-AHF (n=34059), IMPACT-HF (n=567), OPTIME-CHF-ADHF (n=951). Аналогичных исследований, проведенных в России нет, однако на сегодняшний день идет анализ регистра, посвященного декомпенсации сердечной недостаточности — ОРАКУЛ-РФ. [4] Ориентировочно, число госпитализируемых в РФ составляет 6, 0 на 1000 населения в год, а в странах Европы и США 2, 5 – 3, 7 на 1000 населения в год. Уровень смертности варьирует в зависимости от возраста, сопутствующих заболеваний и достигает 50% в течение одного года. Наше исследование является первым в городе Ростове-на-Дону, которое позволяет оценить выживаемость пациентов с XCH и определить наиболее жизнеугрожающий для пациента период при декомпенсации заболевания.

Цель

Определить наиболее вероятные сроки развития смертельных исходов от XCH и выявить максимально уязвимый период для пациентов XCH, а так же изучить взаимосвязь между приверженностью пациентов к лечению и количеством регоспитализаций.

Дизайн исследования:

- 1. Отбор пациентов с симптомами (одышка, отеки, слабость, чувство тревоги) острой декомпенсации сердечной недостаточности (ОДСН);
- 2. Несение пациентов в регистр;

 Осуществление телефонных контактов с пациентами каждые три месяца. Исследование началось в сентябре 2010 и продолжается по настоящее время. Приводятся результаты на март 2014 года.

На базе МБУЗ «ГБ № 4 г. Ростова-на-Дону отобрали 143 пациента (73 женщины и 70 мужчин), в возрасте от 47 до 92 лет (средний возраст 73, 2 ± 11, 8 года) с симптомами ОДСН. В регистр не вошли 45 человек, по различным причинам, не связанным со здоровьем. Под наблюдением находилось 98 человек. С помощью телефонных контактов фиксировались: регулярность наблюдения в поликлинике, частота вызовов скорой помощи, количество повторных госпитализаций, приверженность пациента к терапии и факт смерти пациента

Полученные результаты

Распределение по функциональным классам (ФК): ХСН II ФК – 18, 4%; ХСН III ФК – 69, 3%; ХСН IV ФК – 2, 3% пациентов. Гендерных различий в распределении по ФК не выявлено. За 3, 5 года умерло 75 человек. Динамика ежегодной смертности была следующей: первый год (сентябрь 2010 – август 2011) - 42, 8%, второй год (сентябрь 2011 – август 2012) - 35%, третий год (сентябрь 2011 – август 2012) - 28, 5%. Число регоспитализаций в первый год наблюдения – 62, 2%, причем 32, 7% наблюдаемых госпитализировались два и более раз в течение года. В течение второго года число регоспитализаций – 54, 0%, причем 9, 2% пациентов госпитализировались более двух раз. За третий год повторно госпитализировались 48, 6%, более двух раз – 8, 8%. За первый год в связи с ухудшением течения сердечной недостаточности 53, 3% наблюдаемых вызывали скорую медицинскую помощь (СМП). На втором году исследования 31, 8% пациентов вызывали СМП на дом хотя бы один раз; 16, 3% - 2 раза и 8, 9% вызывали врача 3 и более раз. Необходимость в вызове СМП резко увеличилась на третий год исследования для 87, 2% наблюдаемых, 10, 2% вызывали 3 и более раз. Соблюдение назначенной терапии в первый год составило 80, 4%, во второй год – 64, 8%. На третий год исследования 83, 4% пациентов не соблюдают назначенную им терапию.

Выводы

- 1. Максимально уязвимым периодом для пациентов является первый год после первого эпизода обострения XCH.
- 2. Комплаентность пациентов к лечению обратно пропорциональна длительности заболевания и имеет тенденцию к снижению при прогрессировании заболевания.
- Интенсивный рост числа вызовов скорой помощи в третий год исследования, вероятно, связан с низкой комплаентностью.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Ильющенко Н.С. 2к. 321гр. медсестринское отделение Руководитель темы: Полонская И.И. научн.сотр. каф. терапии Санкт-Петербургский фельдшерский медицинский колледж

Актуальность

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одним из самых распространенных заболеваний, приводящих к смертности. Экспертами Всемирной Организации здравоохранения прогнозируется дальнейший рост сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, как в развитых, так и развивающихся странах, обусловленный старением населения и особенностями образа жизни. Ежегодно в нашей стране от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) умирают более 1, 2 миллиона человек. Ведущая роль в структуре смертности от ССЗ принадлежит именно ИБС — 35%. Несмотря на значительные достижения в лечении таких пациентов, распространенность ИБС продолжает увеличиваться. Поэтому большое значение имеет

изучение факторов, влияющих на возникновение заболевания с целью ранней диагностики развития ИБС и разработки мер ранней профилактики.

Факторы развития ИБС подразделяются на неустранимые – возраст, пол (мужской) и наследственность, и устранимые - ожирение, наличие сахарного диабета (СД), курение, малоподвижный образ жизни, гиперхолестеринемия, эмоциональный фактор, повышение артериального давления. Модификация факторов риска приводит к снижению заболеваемости и смертности от ССЗ.

Пель

Целью исследования явилось изучение наличия факторов риска и развития у пациентов ИБС.

Материалы и методы

Было обследовано 35 больных, находившихся на лечении в кардиологическом отделении СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия» с диагнозом: Ишемическая болезнь сердца.

Полученные результаты

Из них перенесенный инфаркт миокарда имели 11, 4% обследованных, у 54, 9% имелись нарушения ритма в виде фибрилляции предсердий. Все больные регулярно получали медикаментозное лечение, были информированы о необходимости коррекции образа жизни и придерживались рекомендаций врача. В исследуемую группу вошли 13 мужчин и 22 женщины, в возрасте от 36 до 87 лет, средний возраст составил 69, 2 лет. При этом у 77, 1% больных были старше 60 лет. Среди наследственных заболеваний выявлено наличие ИБС у 35% обследованных. Избыточная масса тела выявлена у 88, 6% пациентов, при этом средний показатель индекс массы тела составил 31, 9 кг/см². Сахарный диабет, как сопутствующая патология, выявлен у 27, 3% больных, а гипертоническая болезнь у 61, 2% больных. Средний показатель уровня глюкозы крови составил 6, 5 ммоль/л. Средний показатель систолического артериального давления составил 131 мм. рт. ст., а диастолического — 77 мм. рт. ст. В исследуемой группе средний показатель холестерина в крови составил 4, 9 ммоль/л, при этом 20% имели повышенной значение. Фактор курения выявлен у 30, 8% больных. В ходе опроса выявлено, что 87, 5% пациентов ведут малоподвижный образ жизни, а 32. 4% часто испытывают эмоциональные перенапряжения.

При сравнении группы обследованных женщин и мужчин выявлено, что наличие наследственной патологии, ожирения, сахарного диабета, а также подвержены эмоциональным стрессам чаще женщины. Такие факторы, как малоподвижный образ жизни и курение чаще встречается у мужчин. Повышение уровня холестерин больше у мужчин. АД повышено больше у женщин.

RLIBOTLI

Анализ проведенной работы позволяет сказать о том, что необходима обязательная профилактика эмоциональных перенапряжений, ожирения и курения, особенно у лиц, имеющих немодифицированные факторы, то есть у мужчин, имеющих старший возраст и наследственные заболевания

К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Исурина А.С. 5к. 541гр. ЛФ, Евсеевич М.С. 5к. 534гр. ЛФ

Руководитель темы: Махнов А.П. проф. каф. факультетской и госпитальной терапии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Фибрилляция предсердий ($\Phi\Pi$) является самым частым нарушением ритма сердца, требующим медицинской помощи больным.

Пель

Предполагается, что уточнение причин возникновения $\Phi\Pi$ позволит провести коррекцию программы ее первичной профилактики.

Материалы и методы

Оценены данные 1100 историй болезни больных, которые в течение 2-х лет были госпитализированы в связи с сердечно-сосудистой патологией в 16 павильон Клинической больницы Петра Великого.

Полученные результаты

ФП была зарегистрирована у 216 исследованных пациентов, среди которых мужчин было 103, а женщин – 113. Наибольшее количество больных с ФП (47, 7%) были в возрасте от 65 до 74 лет. По характеру течения ФП больные распределялись практически поровну – постоянная форма была у 112, а непостоянная – у 104.

В качестве заболеваний, ответственных за возникновение ФП в исследованной группе были найдены следующие: артериальная гипертензия — у 180 больных (83, 3%), ишемическая болезнь сердца — у 128 больных (в том числе хроническая — у 107 больных и инфаркт миокарда — у 36 больных). Другие причины (клапанный порок сердца, гипертиреоз, дилатационная кардиомиопатия) всего у 70 больных. Таким образом, наиболее часто у пациентов с ФП наблюдалась предшествующая артериальная гипертензия, которая в 44 наблюдениях могла рассматриваться как единственная причина ФП.

Признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) определялись электрокардиографически (ЭКГ) у 61 исследованного больного (из 216 с данными ЭКГ), а эхокардиографически (ЭХО-КГ) – у 73 (из 176, которым было проведено это исследование). Следует отметить, что среди больных с верифицированной ГЛЖ по данным ЭХО-КГ, только у 41 имелись признаки ГЛЖ на ЭКГ.

С помощью корреляционного анализа методом четырехпольной таблицы с расчетом критерия хи-квадрат для числа степеней свободы K=1 была определена достоверность влияния глж на возникновение ФП (с вероятностью безощибочного прогноза >99%), так как расчетное значение хи-квадрат, равное 6. 86 превосходит критическое табличное значение для p=0, 01 (6, 63).

Выволы

Полученные данные свидетельствуют о значимой роли ГЛЖ в возникновении ФП, что согласуется с литературными данными о связи диастолической дисфункции гипертрофированного миокарда и ремоделирования левого предсердия. Исходя из этого, следует, что включение в программу лечения больных с кардиальной патологией средств, влияющих на прогрессирование ГЛЖ, может снизить риск возникновения ФП.

Одновременно в исследовании найдено, что для максимально ранней диагностики ГЛЖ следует сочетать ЭКГ исследование с ЭХО-КГ методом, чувствительность которого для выявления гипертрофии превышает первое.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И РИСК СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Хубларова Э.А. орд. 1-го года каф. факультетской и госпитальной терапии Руководитель темы: Леонова И.А. доц. каф. факультетской и госпитальной терапии, к.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) характеризуется как эпидемия XXI в. Основанием для этого служит возрастающая частота ИБС в различных возрастных группах, высокий процент потери трудоспособности и летальности.

Цель

Изучение различных факторов, осложняющих течение инфаркта миокарда (ИМ), а также изучение факторов, влияющих на риск смерти у больных ИМ среди мужчин (м.) и женщин (ж.).

Материалы и методы

В исследование включены пациенты, госпитализированные в отделение кардиологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова в течение 2010-2011 года с ИМ. Исследование проводилось ретроспективно (анализ историй болезни за период 2010-2011 г). Всего было включено 347

пациентов (93 ж., 254 м.). На основании обследования пациентов с ИМ в 2007-2009 гг. при проведении статистического анализа были получены факторы (ф), осложняющие течение ИМ у ж. : возраст >67 лет, STEMI, ЖНР в острый период, уровень Нь <112 г/л, креатинин >90 мкмоль/л, ФВ ЛЖ<53% (2 балла), КДО ЛЖ>95 мл. Факторы, влияющие на риск смерти у ж. с ИМ: ОСН по КІІСІР>2, ЖНР в острый период (ЖТ, ФЖ), блокады в острый период (требующие ЭКС), креатинин>117 мкмоль, глюкоза >9, 0 ммоль/л, натрий <136, 5 ммоль/л, калий 4, 15 ммоль/л. В качестве ф., осложняющих ИМ у м. : возраст>62 лет, факт наличия ИМ в анамнезе, ОНМК в анамнезе, ИМ-циркулярный/ ПЖ, ОСН по КІІСІР>2- 3, ФВ ЛЖ<52% (2 балла), КДО ЛЖ>187 мл, трехсосудистое поражение/ поражение ствола ЛКА. В качестве ф., влияющих на риск смерти у м. с ИМ: возраст старше 62 лет, локализация ИМ-циркулярный/ ПЖ, ОНМК в анамнезе, ИМ в анамнезе (>2), ЖНР в остром периоде, блокады в острый период, ФП, ТП в острый период.

Полученные результаты

Факторы, осложняющие течение ИМ у ж.: возраст>67 лет- 48 человек (52%), STEMI-61 (66%), ЖНР в острый период-4 (4, 3%), Нb</d>
 112 г/л-19 (20. 4%), креатинин > 90 мкмоль/л-21 (22. 6%), ФВ ЛЖ<53% - 16 (17, 2%), КДО ЛЖ>95 мл - 39 (41, 9%). Факторы, влияющих на риск смерти у ж.: ОСН по KILLIР>2-1 (1, 1%), ЖНР в острый период 4 (4, 3%), блокады в острый период - 4 (4, 3%), креатинин>117 мкмоль- 9 (9, 7%), глюкоза > 9, 0 ммоль/л- 31 (33, 3%), натрий
 136, 5 ммоль/л-4 (4, 3%), калий 4, 15 ммоль/л-11 (11, 8%). Факторы, осложняющие ИМ у м.: возраст>62 лет- 68 (26, 8%), наличие ИМ в анамнезе- 64 (25, 2%), ОНМК в анамнезе- 9 (3, 54%), ИМ циркулярный/ ПЖ- 12 (4, 7%), ОСН по KILLIР>2-3 (1, 18%), ФВ ЛЖ<52%-47 (18, 5%), КДО ЛЖ > 187 мл- 26 (10, 2%), трехсосудистое поражение/ поражение ствола ЛКА-68 (27%). Факторы, влияющие на риск смерти у м.: возраст старше 62 лет- 68 (26, 8%), ИМ- циркулярный/ ПЖ- 12 (4, 7%), ОНМК в анамнезе- 9 (3, 54%), ИМ в анамнезе- 9 (3, 5%), ЖНР в остром периоде- 7 (2, 8%), блокады в острый период-8 (3, 15%), ФП, ТП в острый период-11 (4, 3%). Факторы осложненного течения ИМ у ж.: нет ф. -4 (4, 3%), 1ф. -23 (24, 7%), 2ф. -22 (23, 7%), 3ф. -18 (19, 4%), 4ф. -10 (10, 8%), >4 ф. -16 (17, 1%). Факторы осложненного течения ИМ у м.: нет ф. -95 (37, 4%), 1ф. -74 (29, 1%), 2ф. -31 (12, 2%), 3 ф. -23 (9, 1%), 4ф. -21 (8, 3%), >4 ф. -10 (3, 9%).

Выводы

Наибольшее число ж. имели 1-2 ф. риска осложненного течения ИМ; наибольшее число м. с осложненным течением ИМ - имели 1 ф. р., либо не имели риска. Наиболее частые ф. осложненного течения ИМ у ж. - возраст >67 лет, STEMI, КДО ЛЖ>95 мл.; у м. - возраст > 62 лет, факт наличия ИМ в анамнезе. ф., влияющих на риск смерти у ж. -глюкоза > 9, 0 ммоль/л.

ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА БОЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ Х.

Петрова В.Б. асп. 3-го года каф. факультетской и госпитальной терапии, Захарова О.В.асп. 3-го года каф. факультетской и госпитальной терапии

Руководитель темы: *Болдуева С.А.* проф. каф. факультетской и госпитальной терапии, д.м.н. **СЗГМУ им. И.И. Мечникова**

Актуальность

Кардиальный синдром X (КСХ) диагностируется у больных с типичными загрудинными болями, положительными нагрузочными тестами, ангиографически нормальными коронарными артериями (КА) и отсутствием клинических и ангиографических доказательств наличия спазма КА.

Цель

Целью настоящего исследования являлось изучение особенностей болевого синдрома больных кардиальным синдромом X. В исследование включались 26 женщин и 9 мужчин в возрасте от 41 до 73 лет (средний возраст 58±1, 3 года) с верифицированным диагнозом КСХ по результатам теста с физической нагрузкой, коронарографии и с 82Рубидием (82Rb) хлоридом.

Материалы и методы

Болевой синдром был изучен методом анкетирования, составлен индивидуальный профиль боли, учитывающий частоту, интенсивность, длительность болевых приступов, а также

связь с физической нагрузкой и психо-эмоциональным напряжением. Интенсивность болей определялась с помощью визуально-аналоговой шкалы (BAIII) и вербальной ранговой шкалы (BPIII)

Полученные результаты

Болевой синдром в грудной клетке отмечался у всех 35 больных, типичную для стенокардии локализацию (боль за грудиной, в прекардиальной области) описывали 60% пациентов, менее характерная клиническая картина (боль в области верхушки сердца или левого соска) была отмечена у 40% пациентов. Продолжительность болевого приступа у больных КСХ была следующей: у 3-х пациентов боль длилась от 1 до 10 минут, у 15 пациентовот 15 до 20 минут, у 7 пациентов- от 20-30 минут, у 12 пациентов до 1 часа (волнообразного характера и умеренной интенсивности). Интенсивность боли у пациентов с КСХ по данным визуальной аналоговой шкалы (при обычных приступах 5, 20±0, 220) и вербальной ранговой шкале (слабая боль у 2 (5, 7%) пациентов, умеренная у 21 (60%) и сильная боль у пациентов 12 (34, 3%), очень сильная и нестерпимая боль не была отмечена) имеет в среднем умеренный характер, а также ни у одного из обследуемых не достигает максимально возможных значений. Ежелневно беспокоили ангинозные боли только 6% пациентов. 2-3 раза в неделю приступы встречались лишь у 23% пациентов. У большинства больных КСХ (43%) эпизоды болей возникали 1 раз неделю, 10 пациентов (28%) испытывали боли в грудной клетки не чаще 1 раза в месяп. Продолжительность болевого приступа у больных КСХ была следующей: у 3-х пациентов боль длилась от 1 до 10 минут, у 15 пациентов- от 15 до 20 минут, у 7 пациентов- от 20-30 минут, у 12 пациентов до 1 часа (волнообразного характера и умеренной интенсивности). Интенсивность боли у пациентов с КСХ по данным визуальной аналоговой шкалы (при обычных приступах 5, 20±0, 220) и вербальной ранговой шкале (слабая боль у 2 (5, 7%) пациентов, умеренная у 21 (60%) и сильная боль у пациентов 12 (34, 3%), очень сильная и нестерпимая боль не была отмечена) имеет в среднем умеренный характер, а также ни у одного из обследуемых не достигает максимально возможных значений. У 74% (26 человек) больных отсутствовала четкая положительная реакция на прием коротколействующих нитропрепаратов. Классические по характеру ангинозные боли («давящие», «сжимающие», «жгучие» боли) описывали только 20% пациентов (7 человек), многие больные КСХ (14 человек (40%)) к типичным описаниям характера стенокардитического болевого синдрома добавляли атипичные характеристики ангинозных болей. Стоит отметить, что у 14 человек (40%) из 35 больных КСХ при выборе слов, которые наиболее точно отражают болевые ощущения, преобладали нетипичные характеристики ангинозного болевого синдрома, имеющие очень разнообразный характер. У 60% пациентов боль локализовалась за грудиной и в прекардиальной области, иррадиировала в левую руку или под левую лопатку. У 23% больных ангинозные боли возникали только при физической нагрузке, большинство (54% больных) испытывали боли в грудной клетки в покое или при психоэмоциональном напряжении без связи с физической нагрузкой, у 23% отмечалось возникновение болей как при физическом напряжении, так и в покое

Выволы

Болевой синдром у пациентов с КСХ в большинстве случаев имел атипичный характер.

ПРИЕМ МАЛЫХ ЛОЗ АСПИРИНА КАК ФАКТОР РИСКА НПВП-ГАСТРОПАТИЙ

Денисенко А.Е. 3к. 17гр. ЛПФ, Порубель А.В. 3к. 17гр. ЛПФ, Васютин Е.С. 3к. 17гр. ЛПФ, Егоров Г.Ю. 3к. 1гр. ЛПФ

Руководители темы: *Косенко В.А.* асс. каф. пропедевтики внутренних болезней, *ВеселоваЕ.Н.* асс. каф. пропедевтики внутренних болезней **РостГМУ, Ростов-На-Дону**

Актуальность

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – одна из наиболее востребованных и популярных среди населения групп фармацевтических средств,

обладающих противовос палительным, анальгезирующим и дезагрегантным действием. Особую группу пациентов, принимающих НПВП составляютлица, страдающие ишемической болезнью сердца (ИБС). Эти больные используют, как правило, препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК), в малых дозах и длительно. НПВП-гастропатии являются классзависимым побочным действием НПВП. Существенной связи между способами введения препаратов (перорально, парентерально или ректально) и частотой развития подобного рода осложнений не выявлено, вследствие системного действия НПВП (1). Онообусловлено подавлением синтеза физиологических простагландинов (ПГ) и, следовательно, снижением выработки слизи и бикарбонатов как факторов защиты слизистой оболочки желудка (СОЖ).

Пель

Продемонстрировать, насколько прием препаратов, содержащих низкие дозы АСК с защитной кишечнорастворимой оболочкой, предотвращающей местнораздражающее действие на СОЖ безопасен у пациентов ИБС, принимающих их длительное время.

Материалы и методы Информация о базе исследования: Исследование проводилось на базе кардиологического отделения городской больницы № 20 г. Ростова-на-Лону. Лизайн исследования: Сроки исследования: с 10. 2013г по 02. 2014г. Включая набор материала и его статистическую обработку. Характеристика выборки: Пациенты отбирались среди больных ИБС, находившихся в отделении кардиологии, страдающих ИБС, не имеющих в анамнезе хронических заболеваний ЖКТ. Возраст пациентов составлял от 40 до 60 лет. Все они регулярно получали препарат тромбо-асс. (содержащий 50 мг АСК, таблетки покрыты защитной кишечнорастворимой оболочкой) 50 мг/сут, в течение от 3 месяцев до 1 года. Группа пациентов составила 60 человек. Метолы исследования: Расспрос. пальпация живота. Инструментальный метолвидеоэндоскопияпищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Полученные результаты

Среди обследованных было 36 (60%) мужчин и 24 женщины (40%). Средний возраст составил 52 года. На основании расспроса выявлено отсутствие жалоб со стороны ЖКТ у 37 (62%) пациентов. У 24 (48%) обследуемых выявлены: изжога (28%), тяжесть в эпигастрии (25%), отрыжка (12%), натощаковыеболи в эпигастрии 18%, боли, усиливающиеся после еды в 8% случаев. Пальпаторная болезненность в пилоро-дуоденальной зоне отмечалась в 19 (32%) случаях. Согласно материалам видеоэндоскопии эрозивные повреждения слизистой оболочки преимущественно антрального отдела желудка наблюдались в 31 (52%) случае, причем в группе не предъявляющих жалоб у 12 (32%) из 37, а у предъявляющих жалобы у11 (46%) из 24 обследованных. Эрозии носили геморрагический характер (в 42%). Язвенные дефекты наблюдались у 2 больных (4%), они были поверхностными, без воспалительного вала вокруг, с локализацией в антруме, что характерно для нестероидных повреждений.

Выводы

- Длительный прием АСК сопровождается НПВП-гастропатией даже при использовании малых доз (50 мг/сут) в таблетированной форме с кишечнорастворимой оболочкой
- НПВП-гастропатия на фоне длительного приема малых доз АСК имеет следующие особенности: часто протекает бессимптомно
- Эрозивно-язвенные изменения СОЖ локализуются преимущественно в антральном отделе желудка и носят геморрагически компонент
- Безопасной АСК не бывает

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМОВ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДБОРА ЭФФЕКТИВНОЙ ДОЗЫ МЕТОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Шумков В.А. асп. 3-го года каф. факультетской и госпитальной терапии, Загородникова К.А. доц. каф. клинической фармакологии и терапии, к.м.н., Зайцев В.В.бк. 637гр. ЛФ, Хубларова Э.А. орд. 1-го года каф. факультетской и госпитальной терапии Руководитель темы: Болдуева С.А. проф. каф. факультетской и госпитальной терапии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Цель

Разработка алгоритмов персонализированной терапии ОИМ путем прогнозирования эффективности и безопасности β-адреноблокаторов на основании молекулярно-генетического тестирования и терапевтического лекарственного мониторинга.

Материалы и методы

В исследование включены 96 пациентов на 2й неделе ОИМ, получающие метопролол. Проводили клиническое обследование, измерение частоты сердечных сокращений (ЧСС) в покое, мониторинг концентраций метопролола в плазме крови методом ВЭЖХ.

Полученные результаты

С целью создания алгоритма индивидуального назначения метопролола путем генетического анализа и терапевтического лекарственного мониторинга нами был разработан метод для быстрого определения концентраций метопролола в плазме крови пациентов с ОИМ. Метод отличается простотой и высокой скоростью осуществления при высокой специфичности и чувствительности (порог определения – 15 нмоль/л), что делает его доступным для рутинного применения в клинической практике. Для выяснения зависимости ЧСС от концентрации метопролола в плазме крови мы разделили пациентов на 2 группы - пациенты, достигшие терапевтической брадикардии (ЧСС 50-65 ударов в минуту) и пациентов, не достигших терапевтической брадикардии (ЧСС 70-90 ударов в минуту). В первую группу вошли 47 пациентов, во вторую – 49 пациентов. Группы были однородными в отношении клинического статуса – 2я неделя острого инфаркта миокарда. По полу и возрасту пациенты в группах также значимо не различались. Средние концентрации метопролола на максимуме были сопоставлены с ЧСС в покое в то же время. В первой группе среднее значение концентраций составило 150, 4 [50-222] нмоль, что существенно превышало среднее значение концентраций метопролола во второй группе - 65, 12 [22-88] нмоль. Значимость различий при непараметрическом анализе Манна-Уитни p<0, 0003, что свидетельствует о зависимости эффектов метопролола от концентрации. Также мы определили такие концентрации, в которых у большинства пациентов наблюдается терапевтическая брадикардия – не менее 150 нмоль.

Выводы

Разработанный нами метод индивидуального подбора дозы метопролола с помощью терапевтического лекарственного мониторинга отличается простотой и высокой скоростью осуществления при высокой специфичности и чувствительности, что делает его доступным для рутинного применения в клинической практике. Метод позволит индивидуально в краткие сроки подбирать эффективную дозу метопролола пациентам с ОИМ. В дальнейшем он будет сопоставлен с генетическим и клиническим алгоритмом подбора дозы.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИБС У ЖЕНШИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТОВ.

Пэтайчук А.Г. 5к. 537гр. ЛФ, Гамидова Я.Н. 5к. 538гр. ЛФ Руководитель темы: Третьякова Н.С. асс. каф. факультетской и госпитальной терапии $\mathbf{C3}\Gamma\mathbf{M}\mathbf{y}$ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — наиболее распространенное заболевание среди населения разных возрастных групп как в России, так и во всем мире. В настоящее время в России сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место среди причин смерти, за последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты смертности от разных форм ИБС, в том числе у женщин молодого возраста, что и отражает актуальность данной проблемы.

Пель

Изучить распространенность заболеваемости таких форм ИБС, как инфаркт миокарда, стенокардия напряжения разных функциональных классов, синдром X среди женщин разных возрастов.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ 1872 историй болезни пациентов женского пола, лечившихся на отделении кардиологии в больнице имени Петра Великого за 2004-2013 гг. Велся подсчет таких форм ИБС, как инфаркт миокарда (ИМ), стенокардия напряжения разных функциональных классов, синдром Х. Полученные результаты были распределены по трем возрастным группам — молодые женщины (до 44 лет), женщины среднего возраста (45-59 лет), женщины старшей возрастной группы (60 лет и более).

Полученные результаты

За последние 10 лет диагноз ИБС был поставлен у женщин до 44 лет – 32 женщинам (1, 71%), от 45 до 59 лет – 425 женщине (22, 70%), старше 60 лет – 1415 женщинам (75, 59%). ИМ как дебют ИБС регистрировался у 14 женщин до 44 лет (43, 75%), у 129 женщин от 45 до 59 лет (30, 35%), у 445 женщин старше 60 лет (31, 45%); стенокардия напряжения 1-IV функциональных классов у 16 женщин до 44 лет (50%), у 254 женщин от 45 до 59 лет (59, 77%), у 935 женщин старше 60 лет (66, 08%); синдром X у 2 женщин до 44 лет (6, 25%), у 42 женщинам от 45 до 59 лет (9, 88%), у 35 женщин старше 60 лет (2, 47%).

Выводы

Отмечается рост заболеваемости разных форм ИБС у женщин за последние 10 лет: ИМ — 31, 41% от общего числа ИБС, стенокардий - 64, 37%, 4, 22% синдромов Х. У женщин старше 60 лет наибольший процент заболеваемости приходится на стенокардию напряжения (I-IV функциональных классов) — 66, 08%, на втором месте ИМ - 31, 45%. Такая же картина наблюдается и у женщин в возрасте 45-59 лет: стенокардия напряжения - 59, 77%, ИМ - 30, 35%. Рост заболеваемости ИБС прослеживается среди женщин молодого возраста, ИМ как дебют ИБС составляет 43, 75%, стенокардия напряжения - 50%. Синдром X регистрировался чаще у женщин молодого и среднего возраста- 6, 25% и 9, 88% соответственно, у женщин старше 60 лет он составляет 2, 47%.

РОЛЬ ПИТОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ С КСХ

Захарова О.В. асп. 3-го года каф. факультетской и госпитальной терапии, Петрова В.Б.асп. 3-го года каф. факультетской и госпитальной терапии

Руководитель темы: *Болдуева С.А.* проф. каф. факультетской и госпитальной терапии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность

Кардиальный синдром X (КСХ) диагностируется у больных с типичными загрудинными болями, положительными нагрузочными тестами, ангиографически нормальными коронарными артериями (КА) и отсутствием клинических и ангиографических доказательств наличия спазма КА. Одним из основных звеньев патогенеза КСХ, согласно мнению многих авторов, является нарушение эндотелий-зависимой вазодилатации мелких миокардиальных артерий. Лечение таких пациентов, в отличие от лиц с атеросклеротическим стенозированием КА, ограничено только медикаментозным воздействием. Для хирургического лечения, применение которого значимо улучшает качество жизни пациентов, нет точки приложения. Медикаментозное лечение согласно европейским рекомендациям (ESC, 2013) включает препараты, традиционно используемые при ишемической болезни сердца (ИБС) – бета-блокаторы, нитраты, антагонисты кальция, статины, дезагреганты.

Пель

Изучить влияние цитопротективной терапии (Предуктала МВ) на показатели нагрузочного теста у больных с КСХ

Материалы и методы

Проанализированы данные индивидуальных анкет 60 пациентов, которым на основании клинико-лабораторного обследования: клинической картины, отсутствия изменений в КА при диагностической коронарографии, положительного нагрузочного теста (велэргометрия, тредмил, стресс-ЭХОКГ), позитронно — эмиссионной томографии миокарда с функциональными пробами (холодовая проба, проба с дипиридамолом), наличия дисфункции эндотелия по данным периферийной артериальной тонометрии (РАТ), был диагностирован КСХ. Все пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа: 30 человек получали базисную медикаментозную терапию, включающую дезагреганты, бета-блокаторы, статины. 2 группа: 30 человек получала базисную терапию, и в качестве дополнительной терапии был назначен триметазидин 35 мг 2 раза в день. Через 3 месяца наблюдения пациентам повторно выполнен нагрузочный тест (тредмил).

Полученные результаты

Положительный нагрузочный тест после лечения в 1 группе контроля наблюдался у 90% больных. Во 2 группе у пациентов, получающих Предуктал МВ, положительный нагрузочный тест регистрировался у 66% больных (р < 0, 05).Кроме того, улучшились и другие показатели нагрузочного теста.В группе пациентов, принимающих Предуктал МВ, достоверно значимо увеличилось общее время проведения нагрузочного теста с 5, 15±1, 41 до 10, 5 минут. У контрольной группы данные значения на фоне проводимой терапии остались без изменений.Количество метаболических единиц (МЕТЅ) у пациентов, принимающих Предуктал МВ, возросло с 4, 45±0, 87 до 8, 15±0, 64.В группе контроля значимого увеличения МЕТЅ через 3 месяца терапии не отмечалось.

Выводы

На основании проведенного исследования можно говорить о том, что добавление Предуктала MB к базисной терапии у больных с KCX значительно улучшает показатели нагрузочной пробы.

СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРЛЕЧНОЙ ГЕМОЛИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРЛА НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ПИТОПРОТЕКТОРОМ МЕКСИКОР И ТРАДИЦИОННОЙ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

 1 Коробова В.Н. 6к. 10гр. ЛФ, 2 Алименко Ю.Н. Руководитель темы: ¹*Михин В.П.* проф. каф. внутренних болезней №2. д.м.н. 1 – КГМУ, Курск

2 - МСЧ УВЛ, Курск

Актуальность

последние годы большой интерес вызывает перспектива использования кардиопротекторных препаратов при острой ишемии миокарда. Они позволяют улучшить переносимость ишемии кардиомиоцитами и ускорить восстановление физиологической активности поврежденного миокарда.

Пель

Целью данной исследовательской работы явилось изучение состояния внутрисердечной гемодинамики у больных острым инфарктом миокарда на фоне лечения цитопротектором «Мексикор» и традиционной антиангинальной терапии, а так же оценка клинической эффективности данного цитопротектора.

Материалы и методы

Исследование включало 2 рандомизированные группы больных по 25 человек (исследуемая и контроль), страдающих острым инфарктом миокарда, на фоне лечения цитопротектором Мексикор в составе комплексной терапии. Под наблюдением находились больные в возрасте 40-70 лет (в среднем 54, 3±2 года), проходивших лечение в кардиологическом отделении и отделении реанимации и интенсивной терапии МУЗ ГБ СМП г. Курска. Из исследования исключались больные не получившие тромболизис. Обследование больных включало общий осмотр с оценкой физикальных данных, ЭКГ, допплерэхокардиографию и статистическую обработку. Больные исследуемой группы на фоне традиционной терапии, включающей β-адреноблокаторы, нитраты по показаниям, антиагреганты и антикоагулянты, наркотические анальгетики и седативные препараты, получали в качестве антиишемического препарата, обладающего антиоксидантной активностью, новый отечественный препарат мексикор, вводимый в/в в дозе 400 мг/сут. (в среднем 7, 5 мг/кг/сут.).

Полученные результаты

Оценка исходных параметров систолической и диастолической функций левого желудочка, показала наличие низкой фракции выброса, невысокого ударного индекса (УИ) и сердечного индекса (СИ). У больных обеих групп имела место диастолическая дисфункция I характерными типа, что подтверждалось изменениями скоростных трансмитрального потока: низким показателем VE и высокой VA и увеличением времени изоволемического расслабления левого желудочка (IVRT) в первые сутки острого инфаркта миокарда. Исходно в обеих исследуемых группах имелось значительное число зон гипокинезии, акинезии и дискинезии. На фоне лечения фракция выброса достоверно увеличилась к 14-м суткам ИМ в группе контроля на 9%, в исследуемой - на 25%. УЙ в исследуемой группе повышался с 3 суток до момента выписки на 40%, а в группе контроля на 28% лишь к моменту выписки. СИ в процессе лечения мексикором значительно возрастал с 3 суток (на 13%), достигая к 14 суткам прироста на 18%. В группе контроля изменений указанного параметра не было. Терапия мексикором ускоряла нормализацию параметров трансмитрального потока: Ve, Va, уменьшала длительность IVRT, что в итоге свидетельствует о благоприятном воздействии мексикора на параметры трансмитрального потока и диастолическую дисфункцию миокарда левого желудочка. Мексикор способствовал сокращению зон акинезии и их переходу в состояние гипокинеза, а также восстановлению нарушенной сегментарной сократимости.

Выводы

Новый кардиопротективный препарат мексикор, обладающий антиоксидантной активностью, рекомендуется включать в лечебную программу ИМ, так как он улучшает

клиническое течение болезни, ускоряет восстановление функциональной активности миокарда левого желудочка.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.

Саранцева Л.Е. 5к. 544гр. ЛФ

Руководитель темы: *Третьякова Н.С.* асс. каф. факультетской и госпитальной терапии **СЗГМУ им. И.И.Мечникова**

Актуальность

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и, в особенности, острый инфаркт миокарда (ИМ) являются основной причиной смертности и инвалидизации населения, кроме того в последние годы резко возросла доля молодых пациентов, особенно женщин в возрасте 40-50 лет.

Пель

Изучить факторы риска развития инфаркта миокарда у женщин разных возрастных групп.

Материалы и методы

Участвовало 344 женщины с подтвержденным диагнозом острый инфаркт миокарда (ИМ). В зависимости от возраста женщины были поделены на возрастные группы: женщины молодого возраста до 44 лет, среднего возраста -45-59 лет и старшего возраста 60 лет и старше (до 44 лет) – 26 (7. 56%) человек, среднего возраста – 147 (42. 73%) человек, и старшая возрастная группа -171 (49. 71%) человек. Оценивались факторы риска: избыточная масса тела, артериальная гипертензия, сахарный диабет, гиперхолестеринемия, курение, отягощенный наследственный анамнез по заболеваниям сердечно-сосудистой системы, гинекологический анамнез. Проведен сбор анамнеза по специально разработанной анкете, физикальное обследование. Проанализированы результаты стандартных лабораторных и инструментальных методов обследования больных с ИМ.

Полученные результаты

Женщины в возрасте до 44 лет составили 7, 56% случаев, в возрасте 45-59 лет- 42, 73% случаев, в старшей возрастной группе -49, 71% случаев. Индекс массы тела у женщин молодого возраста составил 27, 78; у женщин среднего возраста 29, 7; у женщин стершей возрастной группы 28, 75. При анализе факторов ИМ, у женщин в молодом возрасте (до 44 лет) курение выявлялось в 84, 61% случаев, АГ - 52%, гиперхолестеринемия в 57, 59%. У женщин в возрасте 45-59 лет распространенность курения составила 53, 06%, АГ- у 80, 83%, гиперхолестеринемия 80, 27%. В возрасте 60 лет и старше курение выявлялось в 17, 16%, АГ - у 87, 71%, гиперхолестеринемия в 78, 36% случаев. Сахарный диабет 2 типа выявлен у 7, 69% женщин молодого возраста, 22, 6% среднего возраста, 26, 74% старшего возраста. У большинства обследованных женщин наблюдался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: в группе молодых женщин - в 77, 3% случаев, среди лиц среднего возраста – в 74, 4% случаев и в 85, 3% случаев женщин старшей возрастной группы. Показано, что у женщин молодого и среднего возраста дебютом заболевания в 80, 7% и в 64, 6% случаев (p<0, 001), соответственно, был острый ИМ. У женщин пожилого возраста развитию данного ИМ в 57, 8% случаев предшествовала стабильная стенокардия напряжения (p<0, 001). В ходе исследования было установлено, что у женщин молодого возраста наследственный анамнез по заболеваниям сердечно-сосудистой системы по материнской и отцовской линии был отягощен в 64% случаев, среднего возраста-в 65%, а в группе женщин старше 60 лет- в 44%.

Выводы

У женщин молодого и среднего возраста ИМ является дебютом заболевания ИБС. У молодых женщин основными факторами риска развития ИМ являются курение и отягощенная наследственность, с возрастом увеличивается роль артериальной гипертензии, дислипидемии. Влияние отягащенного акушерско-гинекологического анамнеза на развитие ИМ выявлено не было

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА 4 ТИПА.

Буравлева К.Р. 6к. 634гр. ЛФ, Чернова Н.А. 6к. 634гр. ЛФ, Андреев В.Б.орд. 1-го года каф. факультетской и госпитальной терапии, Лим А.И. орд. 2-го года каф. факультетской и госпитальной терапии, Комиссарова И.В. орд. 2-го года каф. факультетской и госпитальной терапии, Холопова В.Е. орд. 1-го года каф. факультетской и госпитальной терапии Руководитель темы: Леонова И.А. доц. каф. факультетской терапии с курсом интервенционной кардиологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И. И. Мечникова

Актуальность

Неуклонный рост заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями и, в частности, инфарктом миокарда сопровождается ростом коронарографических (КАГ) и ангиопластических (АП) операций. Как и любое инвазивное вмешательство, КАГ и АП имеют ряд возможных осложнений, в том числе инфаркт миокарда (ИМ) 4 типа.

Пель

Установить частоту встречаемости инфаркта миокарда 4 типа при КАГ и АП у больных с ишемической болезнью сердца 16 павильона больницы Петра Великого.

Материалы и методы

Проведена выборка среди выписных эпикризов пациентов 16 павильона больницы Петра Великого за 2010-2013 гг.

Полученные результаты

 $3a\ 2010\$ год выполнено: КАГ 760, АП 851, из них осложнились ИМ 4 типа 4 случая (0, 47%); за $2011\$ год выполнено: КАГ 929, АП 734, из них осложнились ИМ 4 типа 9 случаев (0, 54%); за $2012\$ год выполнено: КАГ 471, АП 710, из них осложнились ИМ 4 типа 3 случая (0, 25%); за $2013\$ год выполнено: КАГ 687, АП 817, из них осложнились ИМ 4 типа 5 случакев (0, 33%).

Выволы

Проанализировав полученные данные, можно сделать вывод о том, что осложнение КАГ и АП в виде ИМ 4 типа остается на стабильно минимальном уровне. Это представляет особое значение, так как данный вид исследования и лечения является "золотым стандартом" в решении проблем пациентов с ишемической болезенью сердца.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

ПОТРЕБЛЕНИЕ ВИТАМИНА К, ПРОФИЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ /БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ГЕНОТИП У БОЛЬНЫХ, ПРИНИМАЮЩИХ ВАРФАРИН.

Шатнева Ю.А. 6к. 601гр. МПФ

Руководитель темы: *Вавилова Т.В.* проф. каф. клиническая лабораторная диагностика, д.м.н. **СЗГМУ им. И.И.Мечникова**

Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А.Алмазова

Актуальность

Тромбоэмболические осложнения (ТЭО) широко распространены среди больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, часто являясь причиной инвалидизации и смерти. Лечение и длительная профилактика ТЭО осуществляется анти-витамин К препаратами (варфарин), имеющими широкую вариабельность реакции больных на их прием. Известно, что основной причиной этого являются фармакогенетические особенности (полиморфизмы генов VKORC и P-450 (СУР), но возможен и другой влияющий фактор – потребление витамина К и его обмен.

Пель

Изучение влияния потребления витамина К на эффективность и безопасность терапии варфарином у больных с различным фармакогенетическим профилем.

Материалы и методы

В исследование включены 57 человек: 23 условно здоровых (44-76 лет), не принимавшие антикоагулянты, и 34 пациента, принимавшие варфарин не менее 6 месяцев (52-78 лет). Оценено потребления витамина К методом суточного воспроизведения потребления продуктов и анкетно-опросным методом. Определены генотипы СҮР4F2 С1347Т и VKORC1 -1639 G>A методом ПЦР в реальном времени (детектирующий амплификатор, ДНК-технология, Россия). Критерием эффективности и безопасности терапии варфарином являлось международное нормализованное отношение – МНО (реагенты Stago, Франция; коагулометр STA-Compact, Roche, Швейцария).

Полученные результаты

Суточное потребление витамина К среди условно здоровых людей и среди больных, принимавших варфарин, существенно различалось (91, 0 ± 25 , 8 мкг/сут и 63, 3 ± 54 , 4 мкг/сут, соотвтетственно; p<0, 0001). Оптимальные показатели МНО достигались при более высоких дозах потребления витамина К (84, 0 ± 25 , 0 мкг/сут). При суточном потреблении витамина К в количестве 58, 9 ± 8 , 2 мкг/сут значения МНО были выше терапевтического интервала, в то время как при суточном потреблении витамина К в объеме 55, 8 ± 8 , 4 мкг/сут – ниже целевых значений. Генетический анализ показал широкое распространение полиморфизмов генов СҮР4F2 (1347СТ ТТ у 48% обследованных) и VCORC1 (-1639 GA AA у 58%) без существенного влияния на дозу препарата.

Выволы

Потребление витамина К в группе лиц, принимающих варфарин, существенно ниже, чем в популяции Северо-Западного региона России. Снижение потребления витамина К уменьшает стабильность гипокоагуляции у больных, принимающих варфарин. Генотипы СҮР4F2 С1347Т и VKORC1 -1639 G>A не вносят существенного вклада в индивидуальный ответ на варфарин и потребление продуктов, содержащих витамин К не должно отличаться при разных генотипах.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТИРОВАНИЯ ОПТИКО-ЭЛЕКТРОННОЙ СИСТЕМЫ НЕИНВАЗИВНОГО КОНТРОЛЯ ГЛЮКОЗЫ

Ластовская Е.А. 4к. 4312гр.

Руководитель темы: Чертов А.Н. доц., к.т.н.

Национальный исследовательский университет информационных технологий, механики и оптики

Актуальность

Сахарный диабет - группа эндокринных заболеваний, развивающихся вследствие абсолютной или относительной недостаточности гормона инсулина, в результате чего развивается гипергликемия – стойкое увеличение содержания глюкозы в крови и нарушаются все виды обмена веществ. Глюкометром называют устройство для измерения уровня сахара. Диабетическим больным необходимо ежедневно проверять уровень сахара в крови, что является не самой приятной процедурой при современном уровне техники.

Пель

Таким образом, целью работы является проведение экспериментальных исследований по неинвазивному измерению уровня глюкозы в крови оптическим методом. Можно с уверенностью сказать, что создание неинвазивного глюкометра является весьма актуальной задачей современного медицинского приборостроения.

Материалы и методы

Определение концентрации глюкозы оптическим методом основано на измерении коэффициента пропускания или отражения биологического объекта на определенных длинах волн.

Исходя из результатов предварительных экспериментальных исследований, определены необходимые блоки макета экспериментальной установки. Разработана оптическая система для эффективного ввода излучения в волоконно-оптический кабель и клипса для фиксации правильного положения оптических волокон относительно друг друга и биологического объекта.

Выводы

Собран макет экспериментальной установки и проведены экспериментальные исследования. Результаты измерений проанализированы и сопоставлены с лабораторными данными. В дальнейшем планируются усовершенствования макета экспериментальной установки, разработка специальной методики проведения измерений, оценка погрешности измерений.

КЛИНИЧЕСКАЯ НЕВРОЛОГИЯ

ИЗУЧЕНИЕ МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

 1 Сабо Ю.С. 4к. л-408гр. ЛФ, 2 Борейша Е.А., 1 Усачева Е.А. Руководитель темы: 1 Малеев Ю.В. доц. каф. опертивной хиртургии и топографической анатомии, д.м.н.

1 - ВГМА им. Н.Н. Бурденко, Воронеж 2 - ООО "Медхелп"

Актуальность

По данным отечественных и зарубежных авторов частота встречаемости минимальной мозговой дисфункции среди детей дошкольного и школьного возраста достигает 20-70%.

Цель

Целью работы явилось изучение минимальной мозговой дисфункцией среди младших школьников с помощью различных методов диагностики.

Материалы и методы

Материалы и методы. Проведено комплексное исследование 73 детей (29 мальчиков и 34 девочек) в возрасте от 7 до 10 лет. Обследование включало психологические методики (анкетирование учителей, тест Тулуз-Пьерона), беседа и осмотр младших школьников на выявление признаков минимальной мозговой дисфункции, анализ заключений узких специалистов (невролога, логопеда).

Полученные результаты

Полученные результаты анкетирования учителей выявили проявления минимальной мозговой дисфункции у 67, 5% детей. Анализ данных теста Тулуз-Пьерона показал отсутствие признаков минимальной мозговой дисфункции у 5, 5% учащихся, в «группе риска» у 19, 2%, наличие признаков минимальной мозговой дисфункции у 61, 6% и выраженные проявления в 13, 7% случаев.

При проведении визуального осмотра признаки патологии шейного отдела позвоночника отмечались у 91, 8% младших школьников обоего пола. Неврологическое обследование выявило симптомы минимальной мозговой дисфункции у 80, 8% детей, выраженные неврологические нарушения у 13, 7% обследуемых и только 5, 5% детей не наблюдалось неврологических проблем. Результаты осмотра логопеда обнаружили речевые расстройства у 65, 8% детей.

Полученные результаты позволяют предположить, что для выявления симптомов минимальной мозговой дисфункции необходимо использовать комплексные методы диагностики.

Выволы

- Для выявления минимальной мозговой дисфункции у детей младшего школьного необходимо использовать психологические, антропометрические, неврологические, логопедические методы исследования.
- 2. Наиболее эффективными методами диагностики, по нашим данным, являются обследования невролога и логопеда.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО МЕНИНГОЭНПЕФАЛИТА

Короленко М.С. 5к. 546гр. ЛФ

Руководители темы: *Погромская М.Н.* доц. каф. инфекционных болезней, к.м.н., *Голдобин В.В.* доц. каф. неврологии имени ак. С.Н. Давиденкова, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Менингоэнцефалит – острое инфекционное заболевание, характеризующееся воспалительным процессом в оболочках и веществе головного мозга. Менингоэнцефалиты являются одной из наиболее частых форм нейроинфекций. Спорадическая заболеваемость герпетическим менингоэнцефалитом остается относительно высокой, заболевание нередко протекает в тяжелой или осложненной форме.

Пель

Изучить клинико-лабораторные особенности течения герпетического менингоэнцефалита.

Материалы и методы

Были обследованы 6 больных с диагнозом герпетический менингоэнцефалит. Диагноз устанавливали на основании клинических и лабораторных данных в соответствии с диагностическим стандартом. В рамках данного исследования всем пациентам выполняли стандартный неврологический осмотр, также анализировали данные дополнительных методов исследования по истории болезни.

Полученные результаты

Для всех случаев было характерно острое начало с лихорадки, выраженных общемозговых проявлений: тошноты, многократной рвоты, головной боли, нарушения сознания: кратковременное возбуждение, которое сменилось заторможенностью, сонливостью, вялостью. В последующем угнетение сознания прогрессировало до комы I степени. Менингеальные симптомы (миотонические феномены) у всех обследованных пациентов были отрицательными за все время нахождения в стационаре.

При анализе ликвора был выявлен плеоцитоз 24–1104 в 1 мл, преимущественно лимфоцитарный. Повышение белка в ликворе было отмечено в 4 случаях из 6.

Показатели гемограммы менялись в зависимости от давности заболевания. В первые дни отмечались лейкоцитоз, нейтрофилез с незначительным палочкоядерным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, лимфопения, умеренное ускорение СОЭ. В биохимическом анализе крови выявляли гипопротеинемию, повышение уровня С-реактивного белка.

При магнитно-резонансной томографии головного мозга были отмечены очаговые поражения преимущественно в базальных отделах лобных и височных долей головного мозга, расширение субарахноидального пространства.

Выводы

На основании данной работы можно сделать выводы: основными начальными проявлениями герпетических менингоэнцефалитов являются лихорадка и общемозговой синдром. У обследованной нами группы больных не наблюдалось специфичных очаговых симптомов и не выявлялось миотонических менингеальных феноменов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МАЛОСИМПТОМНЫХ ЛАКУНАРНЫХ ИНСУЛЬТОВ

Кобчикова И.Е. 5к. 536гр. ЛФ

Руководитель темы: Γ олдобин B.B. доц. каф. неврологии имени ак. С.Н. Давиденкова, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Лакунарные инсульты (ЛИ) головного мозга являются одним из часто встречаемых вариантов острых нарушений мозгового кровообращения по ишемическому типу. По данным регистров инсульта на долю ЛИ приходится от 15 до 35% острых церебральных ишемий. ЛИ могут проявляться характерными клиническими синдромами или протекать асимптомно. По данным литературы асимптомные ЛИ наблюдались при магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга у 20-28% обследованных пациентов старше 65 лет (Vermeer S. E. et al., 2003). Проявления ЛИ могут также быть неспецифичными, что приводит к диагностическим трудностям при обследовании данных пациентов. Изолированным признаком ЛИ у 26% пациентов была лабильность настроения.

Пель

Являются ли наличие неспецифических жалоб и ухудшение самочувствия у пациентов с факторами риска ишемического инсульта показанием для проведения нейровизуализационных исследований.

Материалы и методы

Были обследованы 150 пациентов в возрасте 62, 7±11, 6 года с ЛИ в остром периоде, верифицированным методами нейровизуализации. Всем пациентам проводили комплексное лабораторно-инструментальное обследование. Неврологический осмотр выполнялся по стандартной методике. МРТ головного мозга проводили с помощью томографа «Siemens Magneton» (Siemens, Германия) с напряженностью магнитного поля 1, 5Т. Протокол исследования включал следующие режимы: Т1, Т2, FLAIR, DWI по аксиальной, коронарной и сагиттальной плоскостям. На томограммах оценивали характер выявленных очаговых изменений (изменение сигнала, контуры, наличие слияния), их количественные характеристики и локализацию.

Полученные результаты

У 8 (5, 3%) обследованных нами пациентов ЛИ протекал асимптомно и был случайной находкой при дообследовании, в связи с жалобами на непостоянные головные боли (n=7), головокружение (n=1), шум в голове (n=1). У большинства обследованных пациентов имели место общепризнанные факторы риска цереброваскулярной патологии: артериальная гипертензия наблюдалась у 7 из 8 обследованных, СД у 4 из 8, курение у 2 из 8. По данным литературы, фактором риска развития асимптомного ЛИ у пациентов младше 65 лет является наследственный анамнез ишемического инсульта у ближайших родственников, однако наследствнный анамнез у обследованных нами пациентов проследить не удалось.

Выводы

Наличие неспецифических жалоб и ухудшение самочувствия у пациентов с факторами риска ишемического инсульта являются показанием для проведения нейровизуализационных исследований, поскольку могут быть единственным проявлением лакунарного инсульта.

МИКРОКРОВОИЗЛИЯНИЯ В ВЕЩЕСТВО ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК МАРКЁР ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Афанасьева М.Ю. 5к. 539гр. ЛФ

Руководитель темы: Тимонина О.И. асп. 2014-го года каф. неврологии им. акад.

С.Н.Давиденкова

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Церебральные микрокровоизлияния (ЦМ) являются одной из форм микроангиопатий головного мозга. Формирование микрокровоизлияний обусловлено диапедезом форменных элементов крови через неповреждённую сосудистую стенку. Этиологическими факторами данной патологии могут быть длительно существующая неконтролируемая артериальная гипертензия, сахарный диабет, васкулиты, церебральная амилоидная ангиопатия. К факторам риска развития ЦМ относят пожилой возраст и употребление алкоголя.

Цель

Целью данной работы было изучение особенностей возникновения церебральных микрокровоизлияний и их локализации у пациентов с хронической цереброваскулярной патологией.

Материалы и методы

Было обследовано 20 больных, в возрасте 60, 6 ± 10 , 2 года, женщин -13, мужчин -7. Всем пациентам проводилось неврологическое обследование по стандартной методике, а также выполнялось магнитно-резонансное томографическое (MPT) исследование головного мозга на томографах с магнитным полем в 1, 5 Тл или 3 Тл. Протокол MPT исследования включал применение импульсных последовательностей SWI и T2-GRE для выявления микрокровоизлияний.

Полученные результаты

Пациенты пожилого возраста (старше 65 лет) составили 40% обследованных. При неврологическом осмотре очаговая неврологическая симптоматика была представлена: легким гипокинетическим синдромом, пирамидной недостаточностью, статико-локомоторными расстройствами. Выявленные очаговые симптомы соответствовали критериям дисциркуляторной энцефалопатии I – II степени.

МРТ исследование головного мозга позволило выявить микрокровоизлияния в проекции базальных ганглиев (хвостатое ядро) с двух сторон у 50%, в левое хвостатое ядро у 18%, в правую височную долю у 8%, правую теменно-затылочную область у 8%, в лобные доли у 4%, в левую затылочную долю у 4%, в перивентрикулярную зону у 4%, в таламусы у 4%.

У мужчин и у женщин ЦМ наиболее часто локализовались в области базальных ганглиев с обеих сторон. В то же время среди обследованных нами пациентов ЦМ в таламусе наблюдались только у мужчин, а у женщин достоверно чаще встречались ЦМ в полушариях мозга (p<0, 05).

Выводы

Церебральные микрокровоизлияния наиболее часто наблюдаются в проекции базальных ганглиев (в 68% наблюдений). Нельзя исключить гендерные различия в формировании микрокровоизлияний в различных отделах мозга.

КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ В РСО АЛАНИЯ.

Арчегова Э.Г. асп. 2-го года каф. фармакология с клинической фармакологией, *Царахова Ф.В.* 6к. 607гр. ПФ, *Гагиева З.А.* 6к. 607гр. ПФ Руководитель темы: *Болиева Л.З.* проф. каф. фармакология с клинической фармакологией, д.м.н. **СОГМА, Владикавказ**

Актуальность

Проблема взаимоотношений лекарств и развивающегося плода приобретает в последние десятилетия все большую остроту. Несмотря на то, что ни одно лекарственное средство (ЛС) не внедряется в практику без предварительной оценки эмбриотоксичности и тератогенности, по разным данным до 5% всех врожденных аномалий имеют связь с приемом лекарственных препаратов. В 1979 году FDA впервые была создана классификация, согласно которой ЛС делятся на категории в зависимости от потенциального риска для плода при применении в разные сроки беременности. Однако, вследствие того, что беременные женщины практические исключены из клинических исследований по этическим соображениям, для большинства ЛС отсутствуют доказательные данные об их безопасности в период беременности. Таким образом, использование ЛС у данной категории больных продолжает оставаться малоизученной областью – как в отношении риска, так и пользы.

Материалы и методы

Ретроспективное описательное фармакоэпидемиологическое исследование по историям родов беременных, госпитализированных в стационары PCO-A за 2012 год. При оценке безопасности использовалась классификация риска применения лекарственных средств при беременности по FDA.

Полученные результаты

Проанализировано 284 медицинские карты беременных, находившихся на лечении в гинекологических отделениях стационаров РСО-Алания в 2012 г. при сроке беременности до 12 недель включительно.

Анализ частоты назначений ЛС показал, что среднее количество лекарств, назначаемых беременным в условиях стационара, составило 8, 61 ± 2 , 68 (от 3 до 17) при средней занятости койки 12 дней. Для лечения беременных женщин применялись 98 различных наименований ЛС из 38 групп по классификации АТС. Обращает на себя внимание тот факт, что только в 9, 5% случаев беременным назначается менее 5 ЛС одновременно, при этом 69% женщин получали за период госпитализации одновременно от 6 до 10 ЛС, 18, 7% - от 10 до 15 ЛС и 2, 8% - 16 - 19 ЛС.

Согласно проведенному нами анализу только 9% назначенных лекарственных средств были безопасными для беременных и соответствовали категории А по FDA и в 13% случаев назначались относительно безопасные препараты (категория В). В 10% случаев рекомендованные для лечения беременных средства представляли потенциальный риск для плода, т. е. относились к категории С, к категории X — препараты, с доказанной тератогенностью — относился 1% назначенных ЛС (дивигель), 67% назначенных беременным женщинам ЛС относились к категории препаратов с неизвестным риском применения при беременности.

Выводы

Анализ результатов исследования показал, что частота использования лекарственных средств при беременности чрезвычайно высока - 90% беременных при госпитализации в I триместре получают более 5 ЛС одновременно. При этом серьезную проблему представляет не только количество назначаемых беременным женщинам ЛС, но и структура назначений - 78%

рекомендованных врачами для лечения в третьем триместре лекарственных средств относились к категориям С, X, и средствам с неизвестными последствиями применения.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПНЕВМОНИТА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Четырин В.В. 6к. 636гр. ЛФ

Руководитель темы: Загородникова К.А. доц. каф. клиническая фармакология, к.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Предпосылками к проведению данной работы является то, что пациенты с полиморбидной патологией, требующей комплексной фармакологической терапии и дополнительной дифференциальной диагностики, подвергаются полипрагмазии. Это, в свою очередь, затрудняет определение наиболее эффективного препарата в каждом конкретном случае и повышает риск нежелательных лекарственных реакций (НЛР) вследствие возможного неблагоприятного комплексного влияния назначенных лекарственных средств (ЛС). Помимо ущерба здоровью пациента, это может приводить к значительному экономическому ущербу.

Пель

Целью исследования являлся расчет экономического ущерба, причиняемого несвоевременно диагностированной HЛР – лекарственного пневмонита.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ клинического случая лекарственного пневмонита, вызванного последовательным применением ряда бета-лактамных антибиотиков в ходе лечения пациента с внебольничной пневмонией. Проанализировали прямые затраты, связанные с дополнительными диагностическими процедурами, фармакотерапией, днями, проведенными в стационаре по причине неблагоприятной лекарственной реакции (НЛР). Описание исходных данных. Мужчина 45 лет госпитализирован с внебольничной пневмонией. На фоне стартовой терапии отмечается улучшение клинико-лабораторных показателей, однако через 10 дней отмечается ухудшение состояния. По данным Rg исслелования наблюдается распостранение процесса с поражением обоих легких. Бактериологическая диагностика не выявила нового возбудителя, отсутствовали признаки интоксикации, по результатам компьютерной томографии (КТ) диагностирован неспецифический пневмонит. Состояние диагностировано как лекарственный пневмонит, назначена терапия глюкокортикостероидами, на фоне которой наступило быстрое выздоровление.

Полученные результаты

В общей сложности пациент провел 46 койко-дней, из них 42 – в отделении реанимации. Антибиотикотерапия осуществлялась следующим образом: цефтриаксон 1г 2р/сут, общим количеством 18 в течение 12 дней; метронидазол 500 мг 3р/сут., общим количеством 28 в течении 12 дней; ципрофлоксацин 400 мг общим количеством 4, в течении 2 дней, имипенем/циластатин 500мг 4 р/сут., общим количеством-47 в течение 12 дней, флуконазол в дозе 200мг общим количеством 8 в течение 8 дней, азитромицин 500 мг в сутки в течение 6 дней. После предположения диагноза лекарственного пневмонита произведена отмена антибиотиков и назначен преднизолон в дозе 10 мг в сутки, на этом фоне отмечалась положительная клиническая и рентгенологическая динамика. Общее количество выполненных клинических анализов крови – 29, биохимических анализов крови – 18, рентгенограмм органов грудной клетки – 10, КТ органов грудной клетки- 1. Общая стоимость лечения составила 206 850 руб. При этом не были учтены дополнительные консультации специалистов и затраты на обеспечение инфузий ЛС, сопутствующая терапия. В случае своевременной диагностики данной НЛР стоимость должна была составить 43 300 руб. Т. о. общий экономический ущерб в данном случае составил 163550 руб.

Выволы

Проанализированный случай демонстрирует, что несвоевременная диагностика серьезных НЛР может быть сопряжена с существенным экономическим ущербом. Проведение фармакоэкономического анализа подобных случаев поможет объективизировать значение проблемы.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ОАТРІВІ*5 У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, И ЕГО СВЯЗЬ С ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ СТАТИНОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.

Мокрова Е.В. 3к. 320гр. МПФ, Зикеева Е.В. 3к. 319гр. МПФ, Корешева А.О. 3к. 319гр. МПФ Руководители темы: Загородникова К.А. доц. каф. клиническая фармакология, к.м.н. Вишневеикая Т.П. доц. каф. фармакологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Статины (ингибиторы 3-гидрокси-3-метил-глютарил коэнзима A) — это группа гиполипидемических препаратов, применяемых с целью лечения и профилактики атеросклероза. Применение статинов на 20-30% снижает риск инфаркта миокарда, инсульта и внезапной смерти у пациентов с атеросклерозом. В терапевтической практике отмечается индивидуальные различия гиполипидимического действия статинов, а также различия в появлении побочных реакций. Полипептиды, транспортирующие органические анионы (ОАТРs), опосредуют поступление значительного числа соединений в клетку, в их числе желчные соли, гормоны и стероидные конъюгаты, а также лекарственные препараты, например, статины. ОАТР1В1 — белок, осуществляющий транспорт статинов в гепатоцит. Известны мутации в гене, кодирующем этот белок, которые могут объяснять повышенный риск миопатии как характерного побочного эффекта статинов.

Пель

Изучить частоту встречаемости генетического варианта ОАТР1В*5 и связь этого варианта с субъективными проявлениями миопатии как побочного эффекта различных статинов, назначаемых в рутинной клинической практике.

Материалы и методы

В исследование были включены 22 пациента с ишемической болезнью сердца (ИБС), которым по клиническим показаниям были назначены статины. У всех пациентов брали материал для проведения генетического анализа – в 14 случаях - соскоб буккального эпителия, и в 8 - цельная венозная кровь. Выявление генетического варианта ОАТР1В1*5 осуществляли с помощью полимеразной цепной реакции в реальном времени (Real-time PCR) с использованием флюоресцентных красителей Fam и Hex. Помима вида и дозы принимаемого статина регистрировали возникновение жалоб на боли в мышцах через 2-3 недели приема методом телефонного интервьюирования.

Полученные результаты

В результате генотипирования по аллельному варианту ОАТР1В*5b из 22 пациентов 12 человек имели генотип ТТ (54%), 9 человек – генотип ТС (40%), 1 человек – генотип СС (4, 5%). Частота встречаемости мутантного аллеля составила 25%. Пациенты принимали следующие препараты: аторвастатин в начальной дозе 20 мг в сутки; симвасатин 5-10 мг/сутки и розувастатин 5-10 мг/сутки. На 2-3 неделе после назначения из 22 пациентов продолжили прием статинов 15 человек (68%), при этом наблюдалось снижение дозы статинов, принимаемых амбулаторно, по сравнению с дозами, назначенными в стационаре. Средняя доза аторвастатина составила 5 мг, аторвастатина - 2, 5 мг. Причинами отказа от приема были: слишком большое количество препаратов, непонимание необходимости в приеме статинов. У трех пациентов в течение трех недельного курса были отмечены побочные эффекты, из которых у одного они проявились в виде легкой миалтии, а у двух, со слов пациентов, бессонница. У всех пациентов, сообщивших о побочных эффектах, был диагностирован генетический вариант ОАТР1В1*5,

при этом миалгия появилась у пациента, являющегося носителем данной мутации в гомозиготном состоянии.

Выволы

Среди пациентов с ИБС наблюдается высокая частота выявления мутантного аллеля ОАТР1В1*5. Наличие данной мутации ассоциировано с развитием характерных побочных эффектов статинов при их приеме в обычных терапевтических дозах. Также исследование показало, что приверженность к терапии статинами наблюдается менее, чем в 70% случаев, что может влиять на прогноз развития ИБС.

КОММУНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА САНИТАРНО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ ЦЕХА ВАКУУМНЫХ ФИЛЬТРОВ ОЧИСТНЫХ СООРУЖЕНИЙ ПЕЛЛЮЛОЗНО-БУМАЖНОГО КОМБИНАТА

Саченко В.И. 4к. 410гр. МПФ

Руководитель темы: Жигалов В.А. доц. каф. коммунальной гигиены, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Целлюлозно-бумажный комбинат (ЦБК) расположен на юге Архангелькой области. Комбинат представляет собой современный промышленный комплекс производящий все виды продукции переработки древесины (целлюлоза, различные виды картона и бумаги, продукции широкого массового потребления и др.). Сточные воды комбината поступают на очистные сооружения (станция биологической очиски (БОПС – биологическая очистка промышленных стоков). Цех вакуумных фильтров – один из важных компонентов очистных сооружений осуществляющих доведение сточных вод до допустимых нормативных уровней (ПДС) перед выпуском их в водоём.

Отбор проб осуществлялся в 7 точках цеха вакуумных фильтров очистных сооружений методом пассивной сендиментации (по Коху) и аспирационным методом с использованием импиджеров (комплекс ПОВ-1). Посев проб из импиджеров, а так же, посев для выделения различных групп микрорганизмов осуществлялся после доставки проб в микробиологическую лабораторию.

Характеристика точек отбора проб цеха вакуумных фильтров.

- 1. Пультовая.
- 2. В конце ленты транспортёра с обезвоженным осадком.
- 3. В воздухе рабочей зоны лаборанта при отборе проб воды и осадка.
- 4. В воздухе рабочей зоны оператора вакуумных фильтров (в начале зала).
- 5. В воздухе рабочей зоны оператора вакуумных фильтров (в середине зала).
- 6. В воздухе рабочей зоны оператора вакуумных фильтров в конце зала).
- Комната приёма пищи для персонала цеха вакуумных фильтров (между точками №5 и №6).

Методика отбора проб и проведение посева.

Пробы, отобранные по методу Коха, отбирались в указанных точках в течение 3-х часов, объём воздуха для посева, при этом, составлял величину, около 0, 227 кубических метра.

Аспирационным методом, посев производили с использованием аппарата ПОВ-1 в импинджеры, содержащие 10 мл стерильного физиологического раствора. Скорость отбора проб в аппарате, составляла величину 25 литров в минуту. Общий объём исследованого воздуха составлял 1, 5 кубических метра (в точке N2 1-2 кубических метра.).

Для количественного и качественного учёта бактериального загрязнения на месте производили посев 0, 1 мл жидкости из импинджера на мясо-пептонный агар (МПА).

После доставки проб в микробиологическую лабораторию производился посев на хлормагниевую среду для выделения сальмонелл и на желточно-солевой агар (ЖСА – среда

Чистовича) для выделения стафилококков. Для выделения дрожжевых и плесневых грибов производился посев параллельно на Сабуро-агар и среду Чапека. Осадок, полученный после цнтрифугирования проб исследовался на наличие простейших.

По результатам санитарно-бактериологического исследования воздушной среды цеха вакуумных фильтров было выявлено, что видовой состав бактериальной флоры представлен в основном кокковой микрофлорой. Микрококки и сарцины обнаружены во всех пробах в большом количестве. В точках № 3, 4 и 7 высяено по общему количеству микроорганизмов КОЕ/м3 от 1692 до 2713. (сендиментационный метод посева) и в точках № 2. 4 и 6 от 26666 до 100 000 КОЕ/м3 (аспирационный метод посева). При использовании сендиментационного метода в большинстве проб (кроме № 3 и № 5) обнаружены стафилококки. Кроме того, в пробах № 4 и № 7 обнаружены лецитиназопозитивные S. aureus. Сальмонеллы в исследованных пробах обнаружены не были.

По результатам санитарно-микологического исследования воздушной среды цеха вакуумных фильтров было выявлено, что видовой состав грибов представлен в основном Пенициллами, Аспергиллами и Мукор. Кроме того, в пробах № 1, № 2, и № 4, при использовании сендиментационного метода посева материала на питательную среду, обнаружено наибольшее количество грибов, чем в других точках исследований (132, 110 и 167 против 70, 79, 75 и 53). При аспирациооном методе посева материала на питательную среду наибольшее количество грибов было высеяно из точек № 1. № 4. № 5 и № 6 (1500, 1967, 1533 и 203) против 7 из других точек.

Видовой состапв грибов был представлен: Пенициллы, Триходерма, Аспергиллы, Муко и Цефалоспориум при седиментационном методе посева и лополнительно Родоторулла при аспирационном методе посева материала.

По результатам исследования воздушной среды цеха вакуумных фильтров на наличие простейших были обнаружены цисты простейших (амебы) только в точке № 1. В остальных точках простейшие не обнаружены.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ КЛАДБИШ

Белоногова Е. Ю. 417гр., МПФ., Романова Я. Ю. 417гр., МПФ Руководители темы: д.м.н., проф. Фридман К.Б., к.м.н., доц. Крюкова Т.В. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

На протяжении всего существования человечества люди с особым вниманием и трепетом относились к вопросам захоронения. С течением времени менялись лишь способы и обряды. Однако всегда в этих религиозных обрядах главным вопросом является обеспечение безопасности, предупреждение возникновения инфекционных заболеваний, связанных с разложением трупов. По этой причине тела умерших либо сжигали, либо предавали земле, что гарантировало гигиеническую безопасность.

Организация кладбищ в нашей стране является основным решением предоставления ритуальных услуг. По вопросам захоронения и организации кладбищ разработаны и действуют многочисленные планировочные, строительные гигиенические нормативы и регламенты.

Однако, несмотря на это, постоянное увеличение численности населения в городах, растущая агломерация, диктуют новые условия управления похоронной отрасли, внедрения новых технологий захоронения. В результате чего в сфере ритуальных услуг наметили ряд проблем, решить которые, следуя действующему федеральному закону № 8 от 12.01.1996 г. «О погребении и похоронном деле» уже не представляется возможным.

В настоящее время в Санкт-Петербурге с 5-ти миллионным населением, в год умирает около 65000 человек. Вместе с тем территорий для организации кладбищ в условиях постоянно растущих объемов захоронения в Санкт-Петербурге нет. За последние десять лет к территориям городских кладбищ добавили 250 га земли, чего сегодня крайне недостаточно.

Согласно требованиям санитарных регламентов (СанПиН 2.1.2882-11 «Гигиенические требования к размещению, устройству и содержанию кладбищ, зданий и сооружений похоронного назначения»), нормативная площадь кладбища не должна превышать 20 га. При этом должна организовываться санитарно-защитная зона размером 300 м. Таким образом, гигиенический норматив определяет достаточно большие площади для размещения кладбищ и организации использования санитарно-защищенных зон. Это обстоятельство диктуется условиями обеспечения гигиенической и экологической безопасности почвы и должно строго соблюдаться.

Принимая во внимание современные технологии и остроту проблемы с отведением площадей под кладбища, видится целесообразным изучить возможности производства искусственной т.н. «могильной земли» с повышенными свойствами биоразложения. Что приведет к уменьшению кладбищенского периода и в существенной мере сократит потребности в территориях для захоронений.

Выводы:

- 1. Для города-мегаполиса проблема организации кладбищ, согласно санитарным требованиям, является чрезвычайно животрепещущей, в связи с необходимостью выделения значительных городских территорий, имеющих свой предел.
- 2. Сокращение кладбищенского периода существенно снижает потребность в дополнительных территориях под кладбища.
- 3. Сокращение кладбищенского периода возможно за счет организации инженернооборудованных кладбищ (мелиорация, вентиляция почвы и пр.) и использование искусственно приготовленной могильной земли.

ИССЛЕДОВАНИЕ СВОЙСТВ ВОДЫ НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ ПОЧВЕННЫХ ГОРИЗОНТОВ

Аджаматова И.Ш.

Руководители темы: *Комарова Н.И., Обуховская А.С.* каф. зам. директора по науке **Лицей №179 Калининского района Санкт-Петербурга**

На отдельных территориях, в дачных поселках, сельской местности часто используют воду скважин и колодцев. По данным литературы свойства воды колодцев, питьевых скважин и природных водоёмов во многом зависят от химического состава почвы, степени ее загрязнения. При этом загрязнение воды на разных уровнях почвенных горизонтов может изменяться, что, в свою очередь будет влиять на процессы жизнедеятельности человека.

Цель работы - использовать химический метод исследования и биоиндикацию для исследования безвредности воды, зависимости этого показателя от уровня почвенных горизонтов.

Подчеркивая всю важность биоиндикационных методов исследования, необходимо отметить, что биоиндикация предусматривает выявление уже состоявшегося или происходящего загрязнения окружающей среды по функциональным характеристикам особей и экологическим характеристикам сообществ организмов.

Для достижения цели были выполнены следующие задачи:

Определить химический состав воды исследуемых водных объектов;

Определить зависимость качества воды от уровней почвенных горизонтов;

Определить степень её влияния на биоиндикаторы: кресс-салат, ряску, дафнии, инфузорий-туфелек.

Для проведения наших исследований мы использовали пробы воды, взятые в садоводстве Пупышево Волховского района Ленинградской области из колодца родникового типа глубиной 3м (далее – проба 1), и из двух скважин: 17 и 38 м глубиной (далее – пробы 2 и 3 соответственно).

Результаты полученных исследований свидетельствуют: в пробе № 1 (колодец родникового типа) наименьшая жесткость, нитраты не превышают допустимую норму, но при этом их больше в 2 раза, чем в обеих скважинах (пробы 2 и 3) (табл. 1). Видимо, это объясняется тем, что родниковый колодец отчасти функционирует как накопительный, то есть в него стекает грунтовая вода. Перманганатная окисляемость в пробе № 2 (скважина глубиной 17

м), выше, чем в пробах 1 и 3, однако перманганатная окисляемость не превышает ПДК во всех трех пробах. Общее число железа преобладает в пробе № 3 (скважина глубиной 38 м). Данные химического исследования подтверждаются органолептическим анализом (через 30 минут после получения пробы вола желтеет и приобретает своеобразный запах).

Самый высокий показатель по кальцию в пробе № 2, что в 2, 36 раза выше, чем в робе № 3 и в 4, 4 выше, чем в пробе № 1. Общая жесткость также выше в пробе № 2 в 2 раза и в 9 раз, чем в пробе № 3 и № 1 соответственно. В пробе № 1 (колодец родникового типа) показатели по магнию низкие и соответствуют 1, 9 мг/дм3.

Следовательно, самая благоприятная для полива и питья воды – вода колодца. Однако вызывает некоторое напряжение количество в ней перманганатной окисляемости. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что свойства воды зависят от глубины залегания и значительно изменяется по параметрам химического анализа.

Результаты тестирования на биоиндикаторах показали, что вода пробы № 1 (колодец родникового типа) сравнительно хорошо влияет на растительные биоиндикаторы и лучше, чем вода всех других проб, на животные биоиндикаторы, № 2 (скважина глубиной 17 м) наиболее благоприятна для растений мелких домашних водоемов из-за высокого содержания кальция, однако пагубно влияет на животные организмы. Вода же пробы № 3 (скважина глубиной 38 м) наименее благоприятна для животных организмов и растений из-за высокого содержания железа.

Выводы: вода из разных уровней почвенных горизонтов различается как по химическому составу, так и по воздействию на организмы-биоиндикаторы. Следует обратить внимание на то, что вода глубокого залегания, кроме всего прочего, бедна кислородом, что так же определяет ее влияние на организмы.

МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ЛИСТЬЕВ БЕРЁЗЫ

Оганнисян А.С., Арцимович В.В.

Руководитель темы: *Обуховская А.С.* каф. зам. директора по науке Лицей №179 Калининского района Санкт-Петербурга

Актуальность

Работа над данной темой обусловлена рядом факторов:

- известно, что микроэлементы необходимы для построения жизнедеятельности организмов, они входят в состав ферментов, витаминов, гормонов.
- главная их функция состоит в построении тканей, поддержании осмотического водноэлектролитного, окислительно-восстановительного, гомеостаза.
- ряд растения, в том числе берёза, обладают лечебными свойствами
- растения в частности береза являются биоиндикаторами качества окружающей среды.

Мониторинг состояния зеленых насаждений позволяет обеспечить ранее выявление неблагоприятного состояния, оценку и прогноз развития экологических проблем.

В доступной нам литературе в основном приведены данные о макроскопических изменениях листьев березы. Однако известно, что химический состав клеток растительных организмов так же может свидетельствовать об изменение качества окружающей среды.

Цель

Определить с помощью современных методов исследования содержание в листьях березы микроэлементов, некоторых солей, а так же состояние атмосферного воздуха.

Материалы и методы

Материалом исследования были листья берез, собранные в начале июня и середине августа 2013.

Метолы:

- 1. ИСП АЭ (атомно-эмиссионная спектрометрия с индуктивно связанной плазмой)
- 2. ИСП МС (масс-спектрометрометрия с индуктивно связанной плазмой)
- 3. Биоиндикация

Полученные результаты

Химический анализ позволил определить содержание микроэлементов в исследуемых пробах: алюминия, хрома, железа, калия, лития, марганца, свинца, фосфора, бария, кальция, ванадия, титана, кремния, серы. Всего 13 элементов.

К сожалению, в доступной нам литературе нет данных по ПДК перечисленных в работе микроэлементов в листьях растений, растущих в Санкт-Петербурге. Однако известно, что картирование растений на содержание металлов в листьях в разных географических районах проводятся. При этом следует учесть, что содержание микроэлементов в растениях во многом зависит от типа почвы, влажности, буферности почвы. Поэтому мы можем говорить только о динамике содержания металлов в разных точках исследования (на автостоянке, пересечении дорог и во дворе лицея).

Выволы

- 1. По данным ИСП-АЭ и ИСП-МС в листьях березы определены микроэлементы и другие вещества (содержание Al, Cr, Fe, K, Li, Mn, фосфатов, Pb, солей серы, силикатов, V, Ca, Mg).
- 2. Во всех исследуемых пробах березовых листьев, которые были собраны в июне, содержание микроэлементов и солей (Al, Cr, Fe, K, Li, Mn, фосфатов, Pb, солей серы, силикатов, V, Ca, Mg) было меньше, чем в августе.
- 3. В пробах березовых листьев (точки забора № 2 автостоянка, № 3 пересечение ул. Ушинского и ул. Тимуровской) содержание Al, Cr, Fe, K, Li, Mn, фосфатов, Pb, солей серы, силикатов, V, Ca, Mg было выше, чем в точках забора № 1 (двор лицея).
- 4. В пробах березовых листьев (точка забора № 1) содержание Al, Cr, Fe, K, Li, Mn, фосфатов, Pb, солей серы, силикатов, V, Ca, Mg выше, чем в точках № 2 и 3.
- 5. Биоиндикация листьев березы свидетельствует: в августе, по сравнению с июнем, наблюдается ассиметрия листьев и некрозы, которые более выражены у березовых листьев, собранных в точках 2 и 3.
- 6. Увеличение содержания микроэлементов и солей Al, Cr, Fe, K, Li, Mn, фосфатов, Pb, солей серы, силикатов, V, Ca, Mg в точках 2, 3 объясняется тем, что растения выполняют биоиндикаторную (основана на способности растений аккумулировать загрязняющие вещества) и биоремедиационную (очистка атмосферного воздуха за счет метаболического потенциала биологических объектов) функции. Кроме того, в августе, по сравнению с июнем, адсорбционная способность листьев стала больше, что способствовало большей адсорбции загрязняющих веществ.

ОЦЕНКА РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ЭКСПЛУАТАЦИИ ЗАПАДНОГО СКОРОСТНОГО ДИАМЕТРА (ЗСД).

Кулешова А.В. 5к. 501гр. МПФ

Руководитель темы: Носков С.Н. доц. каф. коммунальной гигиены, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Ведущим фактором, отрицательно влияющим на условия обитания населения в городах, является транспортный шум. Этот факт чрезвычайно важен при проектировании и строительстве дорог в условиях населенных мест. Проектируемый участок 3-й очереди Западного скоростного диаметра проходит по трем административным районам Санкт-Петербурга: Приморскому, Выборгскому и Курортному. 1-й участок начинается от транспортной развязки с Богатырским проспектом на ПК 225 28, 62 и заканчивается перед транспортной развязкой с КАД (ПК 303 00). 2-й участок начинается от ПК 303 00 трассы Западного скоростного Диаметра, конец участка соответствует местам примыканий к автодороге Е-18 -Скандинавия» и Зеленогорскому шоссе (начало транспортной развязки на

пересечении с автодорогой E-18 «Скандинавия» соответствует ПК447 19, 32 трассы Западного скоростного Диаметра).

Цель

Оценка риска здоровью населения при эксплуатации Западного скоростного Диаметра. Материалы и метолы

С использованием методологии оценки риска от транспортного шума, изложенной в MP 2. 1. 10. 0059-12, на основе материалов предоставленных заказчиком (расчетных, лабораторно-инструментальных данных на перспективу использования Западного скоростного Диаметра).

Полученные результаты

Для определения риска здоровью населения был проведен расчет экспозиции, по результатам, которого была выявлена вероятность возникновения под воздействием шума болезней сердечно-сосудистой системы, нервной системы, органов слуха. На 1 участке: нет риска для здоровья населения, на 2 участке: низкий риск для здоровья населения (<0, 05%).Также были рассчитаны показатели предотвращённого ущерба здоровью населения, попадающего под воздействие автотранспортного шума.По результатам которых, было выявлено его отсутствие, за счёт проведения мер по борьбе с шумом.

Выволы

Из результатов оценки риска следует, что в целом среди населения, проживающего на территории прохождения ЗСД после пуска дороги в эксплуатацию и с учетом проведенных мероприятий, направленных на снижение шума, уровень заболеваемости, связанной с шумовым фактором, останется неизменным по отношению к существующим (фоновым) показателям. Уровни риска от воздействия шумового фактора на территории прохождения ЗСД, являются приемлемыми и не превышают риски обусловленные фоном.

Таким образом, можно утверждать, что ущерб здоровью населению от воздействия транспортного шума после реализации запланированных мероприятий по борьбе с шумом на участке 1 и 2 будет отсутствовать.

РОЛЬ БРЮХОНОГИХ МОЛЛЮСКОВ В ФОРМИРОВАНИИ БЕНТОСНЫХ СООБЩЕСТВ МУРИНСКОГО ПРУДА

Литвинова А.А. 11кл. Б Руководитель темы: Петрова И.В. ст.научн.сотр. каф., к.б.н. Лицей №179 Калининского района Санкт-Петербурга

Роль моллюсков в водоеме определяется их вкладом в круговорот веществ, а также участием в других процессах значимых для экосистемы, в частности, моллюски являются промежуточными хозяевами трематол, а на поверхности их раковин обитают бактерии. водоросли, мелкие беспозвоночные. Разнообразие видового состава брюхоногих моллюсков в санкт-петербургских водных объектах относительно велико, не менее 20 видов. Их полное описание и учёт является актуальной задачей с точки зрения изучения и сохранения биоразнообразия городской природы. Причем, негативное значение может иметь не только исчезновение вида, но и его избыточная численность. Рабочей гипотезой исследования было предположение о сохранении высокой на протяжении 12 лет роли брюхоногих моллюсков в функционировании прибрежных биоценозов Муринского пруда. Целью нашей работы является оценка роли разных групп брюхоногих моллюсков для прибрежных биоценозов Муринского ручья. Материалом для работы послужили результаты наблюдений, проведенных в 2010-2012 гт. и архивные данные. Для реализации этой цели поставлены следующие задачи: определить видовой состав моллюсков по морфологическим признакам; охарактеризовать видовой состав сопутствующих видов и провести биоиндикацию по Майеру; исследовать встречаемость разных видов брюхоногих моллюсков и выявить разные группы по встречаемости; оценить пространственно-временные изменения фауны брюхоногих моллюсков; составить миниопределитель брюхоногих моллюсков для Муринского ручья.

Исследования бентоса показали, что по количеству встречаемых таксонов, видовиндикаторов, по пространственному распределению видового богатства на протяжении последних 12 лет в Муринском пруду наблюдалась относительная стабильность. Биоиндикация по индексу Майера показала, что уровень загрязнения на протяжении исследованного периода не уменьшился: был от умеренно загрязненного до загрязненного. Биоиндикация по бентосу свидетельствует о том, что моллюски находились на протяжении рассматриваемого периода примерно в одинаковых условиях. Наиболее встречаемой группой брюхоногов были Viviparidae, они попадались в 100% проб. Довольно часто встречались роговые катушки Planorbarius corneus (57%) и битинии Bithynia sp. (24%). Остальных брюхоногих моллюсков можно отнести к редким для Муринского пруда видам, их встречаемость не превышала 4%. Анализ многолетних данных показал, что в бентосном сообществе Viviparidae всегда доминировали по биомассе, но лишь эпизодически по плотности. Преобладающая и средняя высота раковины на протяжении рассматриваемого периода не была постоянной, изменялась в пределах от 18 до 23, 7 мм. Доля самок в большинстве случаев превышала долю самцов (в 67% случаев). Убыль самцов в прибрежье предположительно была связана с большей зараженностью их трематодами по сравнению с самками.

Фауна моллюсков пруда включала 11 видов, относящихся к 7 семействам. Эти виды вошли в мини-определитель Муринского пруда. Среди легочных моллюсков были встречены представители семейств Lymnaeidae (Lymnaea corvus, L. fragilis, L. stagnalis, L. ovate), Bulinidae, (Planorbarius corneus), Planorbidae (Planorbis planoris, Anisus sp.). Эти виды обитают преимущественно в фитофильных биоценозах или рядом с ними. Прудовики встречаются относительно редко, а катушки довольно часто.

Среди жаберных в пруду обитают представители семейств Bithyniidae (Bithynia tentaculata, B. curta) и Viviparidae (Viviparus viviparus, Contectiana turrita, Contectiana listeri). Среди вивипарид в 2012 году наиболее встречаемым видом был Contectiana turrita. Для вивипарид характерны более разнообразные места обитания по сравнению с легочными моллюсками и битинидами. Они обитают на песчанном дне, на полиэтиленновых предметах, в зарослях макрофитов.

Таким образом, на протяжении 12 лет в прибрежных биоценозах Муринского пруда в летний период брюхоногие моллюски доминировали по биомассе. Наиболее существенную роль в накоплении биомассы играли вивипариды. Вивипариды являются хозяином вида трематод, поражающего в большей степени самцов.

Выводы

- 1. Брюхоногие моллюски вносят существенный вклад в круговорот веществ экосистемы водоема. Наибольшее значение имеют переднежаберные моллюски сем. Viviparidae, встречающиеся повсеместно в большом количестве. На втором месте роговые катушки, на третьем битинии.
- Вивипариды встречались во всех местах обитания прибрежья, включая бытовые отходы, другие виды чаще попадались в зарослях мактофитов.
- 3. Моллюски являются благоприятной средой для комменсалов и паразитов.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ЗАГРЯЗНЕНИЙ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ С ЭЛЕМЕНТАМИ ОЦЕНКИ РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ.

Кожеко И.В. 4к. 417гр. МПФ, Зыкова В.А. 4к. 417гр. МПФ Руководитель темы: Носков С.Н. доц. каф. коммунальной гигиены, к.м.н. СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность

В современных условиях научно-технического прогресса в результате развития различных видов энергетики и промышленности электромагнитное излучение (ЭМИ) занимает

одно из ведущих мест по своей экологической и производственной значимости среди других факторов окружающей среды.

Пель

Оценить уровень электромагнитного излучения жилых помещений и провести эпидемиологическое исследование для изучения отдаленных последствий ЭМИ на здоровье человека

Измерения проводились вблизи электробытовых приборов, работающих на полную мошь. После кратковременного воздействия электромагнитных излучений (ЭМИ) и выхода из опасной зоны защитные механизмы здорового организма в состоянии частично или полностью устранить образовавшиеся изменения биополя. Слабые электромагнитные поля (ЭМП) мощностью сотые и даже тысячные доли Ватт высокой частоты для человека опасны тем, что интенсивность таких полей совпадает с интенсивностью излучений организма человека при обычном функционировании всех систем и органов в его теле. В результате этого взаимодействия собственное поле человека искажается, провоцируя развитие различных заболеваний, преимущественно в наиболее ослабленных звеньях организма. Наиболее негативное свойство электромагнитных сигналов в том, что они имеют свойство накапливаться со временем в организме. Среди всего спектра наиболее выраженные негативные последствия выявляются после воздействия ЭМИ СВЧ. С интенсивностью от 0, 005 до 1 мВТ/см2 наблюдается тенденция к понижению артериального давления при длительном воздействии, в ответ на это компенсаторно возникает тахикардия, что в результате приводит к колебаниям объема циркулирующей крови; при интенсивности от 2 до 10 мВТ/см2 возникают ваготоническая реакция, замедление электропроводимости сердца, со стороны крови появляется непродолжительная эритропения и лейкпения. Однако следует отметить, для того, чтобы произошли существенные изменения в организме человека излучение должно быть продолжительным (не менее 8 часов в сутки в течение 2 лет) и достаточно высокими значениями воздействии ЭМИ. Поэтому при использовании бытовой техники с малыми дозами излучения и/или кратковременным действием ЭМИ не оказывает влияние на здоровье населения

СРАВНЕНИЕ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В РОДНИКАХ СЕРАФИМА САРОВСКОГО В П. ПЕСОЧНОЕ

Кои И.С.

Руководители темы: *Иванова Е.В., Петрова Л.Н.*Липей №179 Калининского района Санкт-Петербурга

Пель:

Сравнить качество родниковой воды из двух источников преподобного Серафима Саровского.

Задачи:

- 1. Провести исследование органолептических и физико-химических показателей воды из родников № 1 и № 2.
- 2. Изучить осадок вокруг родника № 2.
- 3. Определить степень загрязнения воды в родниках № 1 и № 2, используя методы биотестирования.

Результаты:

Вода в роднике № 1 чистая, хорошо видно дно. Нет масляных плёнок на поверхности воды, камнях, подводных предметах.

Вода в роднике № 2 местами мутная, но хорошо видно дно, на погруженных предметах наблюдаются слабые налёты, но масляных и нефтяных плёнок на поверхности воды нет.

Показатели рН находится в пределах нормы. Аммония в первом источнике не обнаружено, во втором 0, 2, что ниже ПДК. Общая жёсткость в первом и во втором источнике 2, 5. Это означает, что вода в обоих родниках мягкая.

Те показатели, которые мы определяли, в основном, совпадают с данными литературы. Исключение составляют показатели рН. Хлориды 80-94, что не превышает ПДК, но больше средних показателей.

Данные, полученные при помощи биотеста на кресс-салате, показали, что процент прорастания данного биообъекта не значительно отличается от контроля (80-90%, среднее 84%), то есть процент всхожести укладывался в 84% в воде родника № 1 и 80% в воде из родника № 2.

Анализ интенсивности роста корешков и проростков в испытуемых водах показал некоторые отличии во влиянии этих вод на данный биообъект. Длина корешков кресс-салата во всех пробах равна контрольным показателям. Анализируя интенсивность роста побегов можно сказать, что наблюдаются существенные отличий между опытными и контрольными сериями. В пробах из родника № 2 видно, что длина проростков меньше контроля. Их рост связан с наличием в воле тех или иных вешеств.

Эксперимент на дафнии магна показал, что она чувствует себя лучше в родниковой воде, чем в отстоявшейся водопроводной.

Эксперимент на ампуляриях показал, что хеморецепция нарушена незначительно после пребывания в воде из родника № 2. Из этого можно сделать вывод, что в воде этого родника есть примеси, которые влияют на поиск пищевой приманки и блокируют проявление пищевого рефлекса ампулярий.

УРБАНИЗАЦИЯ КАК ПРИЧИНА УХУДШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ МЕГАПОЛИСА

Сампсонов А.С. 523 гр. МПФ, Милушева Г.М. 611 гр. МПФ Руководители темы: д.м.н., проф. Φ ридман К.Б., к.м.н., доц. Крюкова Т. В. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Санкт- Петербург – город с более чем 5 млн. населением, морским и речным портами, множеством объектов транспортной инфраструктуры с более 2 млн. количеством транспортных единиц, объектами промышленности и энергетики является мощным разрушителем и загрязнителем окружающей среды, следствии чего является ухудшение условий обитания, заболеваемость населения и смертность.

Так ¾ территории Санкт – Петербурга по содержанию экотоксикантов – солей тяжелых металлов характеризуется по официальной методике как чрезвычайно опасные. Стойкие превышения гигиенических нормативов содержания в почвах цинка, свинца, кадмия и других веществ 1 — го и 2 — го класса опасности обуславливает попадание их в приземные слои атмосферного воздуха при ветровой эрозии или некачественной механической уборке городской территории.

Перечисленные иллюстрации разрушения природной среду в городе отрицательно сказываются на здоровье населения, формируя психосоматическую заболеваемость.

В значительной мере качество жизни и состояние общественного здоровья зависят от качества атмосферного воздуха. Несмотря на различные экологические программы, качество атмосферного воздуха оценивается как крайне неудовлетворительное. Это обстоятельство обусловлено не столько выбросами промышленных и энергетических объектов, сколько транспортными выбросами.

Превышение гигиенических нормативов по основным загрязняющим веществам: пыль, формальдегид, окислы азота отмечается в 2-3 раза, а в ряде районов в 10 раз. По данным ВОЗ до 50 % заболеваний обусловлено загрязнением атмосферного воздуха.

Основной причиной загрязнения атмосферного воздуха является загрязнение некачественно убираемых территорий города и транспорт, причем как выбросы отработавших газов, так и грязь которая накапливается на днищах автомобилей (до 15 кг.) и вторично загрязняет атмосферу и дорожное полотно пылью.

Введение в эксплуатацию кольцевой автодороги (КАД) хотя и разгрузила городскую уличную сеть на 30 %, но не снизила риск здоровью горожан.

Существенным фактором в формировании болезней является транспортный шум. ³/₄ населения города живет в условиях сверхнормативного шума.

Однако, оценивая весь набор факторов влияющих на здоровье жителей Санкт-Петербурга, следует признать, что здоровье жителей Санкт-Петербурга формирует весь комплекс городской жизни: внутригородская миграция, в которую вовлечена абсолютная часть горожан, социальные факторы, загрязнение городской среды, отсутствие информации об управлении общественным здоровьем, что мешает формированию культурных навыков в этой области.

Патогенез формирования абсолютного большинства нозологических форм заболеваний обусловлен срывом адаптационных механизмов организма, снижением неспецифического иммунитета под воздействием множества факторов городской среды, действующих порой на уровне незначительного превышения гигиенических норм, но постоянно и длительное время.

По этой причине и комплекс мер, направленный на оздоровление городской среды должен учитывать это обстоятельство.

На протяжении многих лет в Санкт-Петербурге проводится работа по оздоровлению городской среды смешанного воздействия факторов, отрицательно влияющих на здоровье.

Важным обстоятельством является наличие в Санкт-Петербурге государственной системы социально — гигиенического мониторинга, включающие значительные объемы информации накопленного многолетнего наблюдения за качеством атмосферного воздуха, питьевой воды, воды открытых водоемов, почвы по десяткам и сотням показателей химического, физического, токсикологического, бактериального, паразитологического, радиационного качества факторов городской среды непосредственно в местах проживания населения. Целью санитарно-гигиенического мониторинга является установление причинноследственной связи между средой обитания и здоровьем населения.

Санкт-Петербург располагает большим количеством научных учреждений, занятых в том числе и проблемами общественного здоровья. Так, в настоящее время на базе кафедр коммунальной гигиены и микробиологии ведется работа по научному обоснованию и созданию системы гигиенических нормативов грибкового поражения жилых и общественных зданий. Известно, что этот фактор в Санкт-Петербурге является причиной многочисленных микозов, микоаллергозов и других заболеваний.

Вместе с тем научные исследования в области общественного здоровья, деятельность государственных органов управления и надзора нескоординированы между собой, не существует общей направленности, обмена мнениями и обсуждениями результатов работы, нет коллективного обоснования приоритетов. Показатели общественного здоровья, приводимые МЗ РФ и Комитетом по здравоохранению СПб, внушают тревогу и требуют обсуждения плана действий со стороны многих медицинских и немедицинских учреждений и организаций.

К сожалению, здоровье горожан не стало основным показателем в оценке деятельности администраций районов города.

В связи с выше изложенным считаем, что назрела необходимость комплексного подхода к изучению и решению этой проблемы. Научный кружок СНО кафедры коммунальной гигиены в настоящее время проводит исследования по изучению влияния некоторых факторов городской среды на здоровье населения. Результаты и анализ исследования мы представим в следующих наших публикациях.

ХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И БИОТЕСТИРОВАНИЕ ОБВОДНОГО КАНАЛА

Водопьянова Е.С. Окл.,

Руководители темы: *Иванова Е.В., Обуховская А.С.* каф. зам. директора по науке **Лицей №179 Калининского района Санкт-Петербурга**

Пель:

Исследовать качество воды в Обводном канале.

Точки забора проб воды: исток Обводного канала и в районе м. Балтийская; при впадении реки Монастырки и Екатерингофки в канал. Проводили химический анализ проб и

биотестирование. Химический анализ проб: титриметрический: растворенный кислород, хлориды; визуально - колориметрический: водородный показатель, нитраты; общая жесткость: аммоний катион, железо; турбидиметрический: сульфаты. Биотестирование на кресс-салате, ряске малой. Длительность опыта 14 дней. Результаты исследования (обработаны статистически и достоверны). Содержание растворенного кислорода ниже рыбохозяйственного и санитарногигиенического норматива. Содержание хлоридов во всех исследуемых пробах составляет 14. 2 мг/л, что не превышает ПДК, но является более высоким показателем по сравнению с фоновым (10 мг/л) для рек Северо-Западного региона. Что, скорее всего, связано с антропогенным влиянием на химический состав реки. Значение рН колеблется от 6. 5 до 7. 5, что не превышает ПДК - среда нейтральная. Концентрация катиона аммония 0. 2 во всех пробах, что также не превышает ПДК. Общая жесткость от 2. 25 до 2. 75 ммоль/л количества вещества эквивалента – вода мягкая. Концентрация нитратов не превышает ПДК, но в местах впадения реки Екатерингофки и станции метро Балтийской она составляет 20 мг/л, что значительно отличается от общих показателей. Концентрация железа колеблется от 0. 1 до 0. 3 мг/л, это превышает ПДК в 2 раза в истоке и месте впадения реки Монастырки и в 6 раз около станции метро Балтийская и в месте впадения реки Екатерингофки. Количество сульфатов в воде меняется, не превышает ПДК.

Проростки кресс-салата, выращенные на воде из проб собранных у станции метро Балтийская и у реки Екатерингофки превышают контроль на несколько единиц из-за большого содержания в воде катиона аммония и нитратов. Корни кресс-салата во всех пробах воды больше контроля на несколько единиц. В пробах истока и места впадения реки Монастырки отмечена слабая ветвистость корней; что является показателем ингибирования у места впадения реки Монастырки и Екатерингофки в Обводный канал. Окраска листьев может служить косвенным показателем интенсивности фототаксиса хлоропластов в листецах ряски. Этот показатель считается чувствительным индикатором степени загрязнения. Окраска лопастей отличалась во всех варантах. Вероятно, это свидетельствует о различиях в химическом составе воды, а не её токсичности. Эксперимент на ампуляриях показал, что хеморецепция у части особей нарушена. Нарушена хеморецепция у моллюсков после пребывания в испытуемых водах из места впадения реки Екатерингофки и точки около станции метро Балтийской. В отличие от них хеморецепция у моллюсков была почти не нарушена после пребывания в испытуемых водах из истока и места впадения реки Монастырки.

Что свидетельствует - в воде реки Екатерингофки, точки около станции метро Балтийской, содержатся токсические примеси, которые пагубно влияют на поиск пищевой приманки и блокируют проявление пищевого рефлекса ампулярий.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ИНДУКЦИЮ АПОПТОЗА КЛЕТОК МЕЛАНОМЫ КОЖИ ЧЕЛОВЕКА

Ершов Д.Е. 5к. 621гр. МПФ, Першина А.С. 5к. 510гр. МПФ Руководители темы: Семилетова Ю.В. доц. каф. онкологии, к.м.н., Лемехов В.Г. проф. каф. онкологии, д.м.н., Мяснянкин М.Ю. асс. каф. онкологии

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Пель

Изучить индукцию апоптоза клеток меланомы кожи человека под влиянием Φ ДТ в эксперименте in vitro.

Материалы и методы

Для экспериментального исследования in vitro использовали клеточную линию меланомы кожи человека (Mel 226), полученную в лаборатории клеточных технологий НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова и депонированную в Российском Банке клеточных линий

позвоночных. Фотодитазин (ФД) добавляли в разных концентрациях: 1) 0, 5 мкг/мл, 2) 1мкг/мл (эквивалент дозе 1 мг/кг, рекомендованной в инструкции по применению ФД), 3) 2, 5 мкг/мл. Через 30 мин проводили облучение клеток меланомы лазерным светом 662 нм, 40 Дж (доза для культуры опухолевых клеток, эквивалентная используемой в клинической практике), экспозиция 6 и 10 мин. Анализ проводили через 1 и 4 часа после фотодинамического воздействия. В суспензию клеток меланомы (1×106/мл) вносили аннексин V-FITC (Annexin V-FITC (Fluorescein Isothiocyanate)) («ВD», США) и пропидиум йодид (PI (Propidium Iodide)) («ВD», США), инкубировали 15 мин в темноте, при комнатной температуре. Подсчет клеток проводили с использованикм флуоресцентного микроскопа («Carl Zeiss», Германия). Уровень апоптоза оценивали по апоптотическому индексу (АИ).

Полученные результаты

Из представленных данных, концентрации Φ С 0, 5 мкг/мл, 1мкг/мл и 2, 5 мкг /мл обладают сопоставимой способностью индуцировать ранний апоптоз. Вместе с тем, статистически значимых различий не было выявлено (p>0, 05). При увеличении времени облучения Φ ДТ сенсибилизированного опухолевого очага происходит более быстрый переход опухолевых клеток в позднюю фазу апоптоза (p<0, 05).

Выволы

- 1. Увеличение концентрации фотодитазина не приводит к увеличению числа клеток на стадии раннего апоптоза (p>0, 05).
- 2. Удлинение времени экспозиции приводит к увеличению доли поздних форм апоптоза (p<0,05).

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ ПЛОДА: ОЦЕНКА СТРУКТУРЫ И ЧАСТОТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ МЕТОДОМ УЗИ ДИАГНОСТИКИ В Г. АКТОБЕ

¹Стародумова А.А. 4к. 423гр. Общая Медицина

Руководители темы: ¹Дженалаев Б.К. проф. каф. детской хирургии, д.м.н., ¹Заришняк Н.В.асс. каф. нормальной и топографической анатомии, к.м.н., ³Бойко Л.Н. отд. медико-генетический кабинет, ¹Кушанова А.М. отд. ультразвуковой диагностики

1 - Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова

2 - Медико-генетическая консультация на базе ОПЦ 3 - ТОО ЦКиЗ «Айгерим»

Актуальность

Врожденные пороки развития (ВПР) плода являются актуальной проблемой современного акушерства и влияют на частоту перинатальной заболеваемости и младенческой смертности [1]. По данным ВОЗ частота ВПР плода в структуре младенческой смертности составляет от 2, 7 до 16, 3% [2].

Цель

Целью нашего исследования являлось оценка структуры и частоты выявления ВПР у плода методом ультразвуковой диагностики (УЗИ) в различные сроки беременности.

Материалы и методы

Проведено сплошное выборочное исследование оценки развития плода и его биометрических параметров у женщин в различные сроки беременности (I, II, III триместры) у врача-эксперта УЗИ в поликликническом отделении в ТОО ЦКиЗ «Айгерим», г. Актобе на УЗИ - аппарате ACCUVIX V10 в 2013 г. Всего ультразвуковое исследование проведено у 649 беременных женщин: I трим. - 151; II трим. - 280; III трим. - 218 человек. Женщины до 35 лет составили – 492 и после 35 лет – 157 человек.

Полученные результаты

В нашем исследовании, в I триместр беременности, было установлено в 1, 8% случаев - расширение воротникового пространства плода (ТВП) и в 0, 3% случаев - гипоплазия носовых костей. Маркеры пороков во II и III триместре были выявлены в 35, 8% случаев (изолированные

− 22, 8% и сочетанные − 13, 0%). В структуре выявленных изолированных маркеров наиболее часто встречались маркеры пороков желудочно-кишечного тракта − 10, 3%; сердечнососудистой системы − 9, 4%; центральной нервной системы − 3, 5%; мочеполовой и опорнодвигательной систем - в 2, 8% и 2, 5% случаев. Выявление изолированного маркера требует динамического наблюдения за развитием плода. Выявление сочетанных маркеров ВПР плода (наличие двух и более маркеров) свидетельствует о возможном риске рождения ребенка с хромосомной патологией и диктует необходимость направления женщин на медикогенетическую консультацию. Пороки развития сердечно-сосудистой системы выявлялись наиболее часто − в 5, 9% случаев. В три раза меньше было выявлено пороков развития желудочно-кишечного тракта − 1, 8% случаев и в 11, 8 раз меньше пороков опорнодвигательной системы − 0, 5%.

Выволы

Опираясь на данные нашего исследования, мы можем сделать следующие выводы:

- скрининговое УЗИ необходимо всем беременным во всех триместрах беременности (І триместр - для выявления группы высокого генетического риска по рождению ребенка с хромосомной патологией; ІІ и ІІІ триместр для выявления манифестных форм врождённых пороков;
- 2. выявление маркеров отмечалось в 4, 4 раза чаще, чем пороков развития плода;
- 3. необходимо обеспечить психологическую помощь женщинам, у которых была выявлена тяжелая патология развития плода.

ДАКРИОЦИСТОРЕНТГЕНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЕЗООТВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹Каращук Н.П. 5к. 532гр. ЛФ Руководитель темы: ¹Ялфимов А.Н. доц., к.м.н. 1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова 2 - СПБГПМУ

Актуальность

Заболевания слезоотводящих путей — распространенная патология среди пациентов офтальмологического профиля, встречающаяся во всех возрастных группах. На долю больных, страдающих нарушением слезоотведения, приходится до 25% от числа всех пациентов с заболеваниями органов зрения, в том числе 7 - 13% у детей. В связи с этим оценка состояния слезоотводящих путей на основе доступных и эффективных диагностических методов является актуальной задачей.

Цель

Целью настоящего исследования было определение возможностей ДЦГ в диагностике заболеваний слезоотводящих путей в детской практике.

Материалы и методы

Материалом для исследования послужили архивные данные, полученные при исследовании слезных путей с помощью ДЦГ детям глазной клиники на базе Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. Изучено 8 наблюдений с клиническими признаками эпифоры в период за 2011 – 2012гг.

Полученные результаты

По результатам ДЦГ патология слезоотводящих путей выявлена в 7 случаях: в 2 случаях - кистовидное расширение слезного канала, у 5 пациентов – сужение слезных каналов, из них 2 случая со стенозом (органическое сужение просвета, связанное с морфологическими изменениями в самой стенке слезного канала на фоне хронических воспалительных и дистрофических изменений слизистой полости носа, конъюнктивы, или являющееся врожденным).

Выволы

Таким образом, установлено, что ДЦГ предоставляет исчерпывающую информацию о конфигурации и месте сужения слезоотводящих путей. Однако при дакриостенозах, когда слезоотводящие пути проходимы, ДЦГ не дает объективной информации о степени их сужения. Кроме того, ограничение объективной оценки состояния слезного мешка и носослезного канала связано с проекционным наслоением костных структур средней зоны лица, отсутствием возможности оценивать пограничные мягкотканые структуры и часть носослезного протока дистальнее места его облитерации. В настоящее время актуальной задачей является изучение и внедрение в практику современных лучевых методов, обладающих более широкими диагностическими возможностями, а именно, КТ, МРТ и УЗИ.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (ФДТ) В НЕОАДЪЮВАНТНОМ РЕЖИМЕ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ

Першина А.С. 5к. 510гр. МПФ, Ершов Д.Е. 5к. 621гр. МПФ Руководители темы: Семилетова Ю.В. доц. каф. онкологии, к.м.н., Лемехов В.Г. проф. каф. онкологии, д.м.н., Мяснянкин М.Ю. асс. каф. онкологии

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Пель

Оценить краткосрочное воздействие операции с/без ФДТ на субпопуляционный состав иммунокомпетентных клеток периферической крови у больных локализованной меланомой кожи

Материалы и методы

В исследование включено 25 больных локализованной меланомой кожи. Пациенты, в изучаемых группах были сопоставимы по возрасту и полу, а также по стадиям заболевания. Всем больным проводился забор крови для оценки содержания основных субпопуляций лимфоцитов периферической крови до лечения и через 7 дней после операции. Хирургическое лечение больных (1-я гр.) проводили по стандартной методике в объеме радикального хирургического вмешательства. Второй группе пациентов за 2 дня до хирургического лечения проводили ФДТ отечественным ФС второго поколения - диметилглюкаминовая соль хлорина Е6, 50, 0 мг внутривенно капельно в течение 30 мин в 200 мл 0, 9% раствора хлорида натрия. Через 2 часа после этого проводили лазерное облучение опухолевого очага (662 нм, 400 Дж). При анализе субпопуляционного состава иммунокомпетентных клеток учитывали абсолютное содержание Т-лимфоцитов (CD3 CD19-), Т-хелперов (CD3 CD4), цитотоксических Тлимфоцитов (CD3 CD8), двойных положительных Т-клеток (CD3 CD4 CD8), В-лимфоцитов (CD19 CD3-), активированных Т-хелперов (CD3 CD4 HLA DR). В исследование также были включены 4 больных с интраоперационной ФЛТ: I стадия болезни по TNM (7-го пересмотра) – 1 больной, II стадия – 1 пациент, III стадия – 2-е больных. ФС вводили за 2 часа до оперативного вмешательства, лазерное облучение проводили после удаления локализованной опухоли и/или метастатического поражения регионарных лимфатических узлов в течение 30 минут.

Полученные результаты

Хирургическое вмешательство приводило к повышению абсолютного содержания CD3 CD19- Т-лимфоцитов (р=0, 036), однако, субпопуляционный состав Т-клеток (число Т-хелперов (CD3 CD4), активированных Т-хелперов (CD3 CD4 HLADR), двойных положительных Т-лимфоцитов (CD3 CD4 CD8), Т-эффекторов (CD3 CD8) и число В-лимфоцитов (CD19 CD3-) не претерпело статистически значимых изменений (р>0, 05). При добавлении к хирургическому лечению неоадыовантной ФДТ (2-я гр. больных) выявлено статистически значимое повышение содержание CD3 CD4 Т-хелперов (р=0, 02), активированных CD3 CD4 HLADR Т-хелперов (р=0, 05), CD3-CD19 В-лимфоцитов (р=0, 02), что свидетельствует об активации Т- и В-клеточного звена иммунной системы. У больных, получавших хирургическое лечение и интраоперационную ФДТ (3-я гр.) статистически значимые различия не были выявлены (р>0, 05). Не исключено, вследствие недостаточной мощности исследования (n=4).

Выволы

- Использование ФДТ с фотодитазином в дозе 50, 0 мг с последующим облучением (662 нм, 400 Дж) за 2 дня до хирургического вмешательства активирует Т- и В-клеточное звено иммунной системы (р<0, 05).
- 2. При определении лечебной тактики у больных с локализованной меланомой кожи целесообразно использование неоадъювантной ФДТ в сочетании с хирургическим лечением.

МЕДИЦИНСКАЯ БИОЛОГИЯ

ЕС-КЛЕТКИ ЭПИТЕЛИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ МОРСКИХ СВИНОК ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Чуркова М.Л. асс. каф. медицинской биологии, Акулов Е.С. 3к. 320гр. МПФ, Макаренко И.Е. асп. 2014-го года каф. биологической и общей химии, Иванова О.В. доц. каф. медицинской биологии. к.б.н.

Руководитель темы: Костнокевич С.В. проф. каф. медицинской биологии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Стандартным объектом для экспериментального моделирования атеросклероза являются морские свинки. Это связано сходством липопротеинового профиля данных животных и человека [Xiangdong L., 2011]. Применение атерогенной диеты у морских свинок приводит к развитию атеросклероза [Cullen P, 2003]. Механизм развития заболевания тесно связан с развитием нарушений работы ЖКТ. Ранее было показано, что при атеросклерозе наблюдаются общие дистрофические изменения в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки [Тавхелидзе Т. Д., 1976]. Однако на сегодняшний день состояние эндокринного аппарата двенадцатиперстной кишки, в частности аргентаффинных ЕС-клеток, при атеросклерозе не описано в литературе.

Пель

Выявить реакцию ЕС-клеток двенадцатиперстной кишки морских свинок при моделировании атеросклероза.

Материалы и методы

Эксперимент по моделированию атеросклероза с применением стандартной диеты проводили на 30 морских свинках, самцах, возраст 6-8 недель. 15 животных составили интактную группу (диета: «Корм для содержания лабораторных животных» и Смесь зерновая ВАККА ЛЮКС для морских свинок) и у 15 животных был моделирован атеросклероз (стандартная диета Purina Certified Rabbit Chow#5322 with 4, 7% Hydrog. Coconut Oil). Развитие патологии происходило на протяжении 30дней, на 31 день — эвтаназия. Материал двенадцатиперстной кишки животных был забран, фиксирован в забуфференном растворе 10% нейтрального формалина, проведен по спиртам возрастающей концентрации и залит в парафин. Поперечные срезы изучаемого отдела ЖКТ толщиной 4-5 мкм для микроскопического изучения были окрашены гематоксилином и эозином, для выявления популяции ЕС-клеток использовали реакцию серебрения по Массон -Гамперлю. Количество ЕС-клеток подсчитывали с использованием окулярной морфометрической сетки в 100 полях зрения, окуляр х7, объектив х40 и относили к 1 мм2 поверхности среза слизистой оболочки. Статистическую обработку количественных показателей проводили с учетом значимости различий по непараметрическому критерию Манн-Уитни при р<0, 05.

Полученные результаты

Морфологически было выявлено сходство строения слизистой оболочки эпителия двенадцатиперстной кишки у интактных и экспериментальных животных. Отмечена хорошая

васкуляризация кишечника во всех исследуемых группах. При этом визуально было установлено, что крипты кишечника у экспериментальных животных имеют меньшую глубину (по сравнению с интактными), а длина ворсинок визуально имеет большую высоту и плотностью расположения.

EC-клетки были выявлены во всех группах исследования. Располагаются EC-клетки преимущественно на дне крипт и у основания ворсинок кишечника. Выявленные клетки отличались по форме и размерам, с преобладанием клеток открытого типа. Статистический анализ показал, что в условиях эксперимента в эпителии двенадцатиперстной кишки отмечено, по сравнению контролем (176, 2 \pm 11, 7), достоверное уменьшение EC-клеток почти в 3 раза— 59, 97 ± 6

Обсуждение: Анализ полученных данных показал, что число ЕС-клеток достоверно снижается у животных экспериментальной группы.

Выволы

Полученные результаты свидетельствуют о вовлечении ЕС-клеток эпителия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки в процесс физиологической адаптации организма животных при атеросклерозе.

МЕДИЦИНСКАЯ МИКРОБИОЛОГИЯ

АНАЛИЗ РАСПРОСРЕНЕННОСТИ БЕТА-ЛАКТАМАЗ СТАФИЛОКОККОВ КАК ПРИЧИНЫ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ИНДИКАЦИИ МЕТИЦИЛЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ РУТИННЫМИ СПОСОБАМИ

Гоменюк Н.А. 2к. 218гр. МПФ

Руководитель темы: *Степанов А.С.* орд. 2-го года каф. Медицинской микробиологии **СЗГМУ им. И.И.Мечникова**

Актуальность

Метициллинорезистентность - это способность микроорганизмов рода Staphylococcus продуцировать измененные пенициллинсвязывающие белки (далее ПСБ), участвующие в синтезе пептидогликана клеточной стенки. Измененные ПСБ обуславливают перекрестную резистентность к широкому спектру бета-лактамных антибиотиков. Это вынуждает испльзовать в лечении препараты резерва, что увеличивает стоимость лечения, затрудняет выбор эмпирической терапии. Для выявления метициллинорезистентности в РФ принято использовать метод синергии дисков. Тем не менее, этот метод не признается окончательным, так как имеет место "псевдорезистентность" к оксациллину при гиперпродукции беда-лактамаз.

Пель

Целью нашего исследования было проведение анализа клинических изолятов стафилококков от больных и носителей на наличие у них метициллинорезистентности и отделение истинно метициллинорезистентных стафилококков от продуцентов бета-лактамаз.

Материалы и методы

С целью выявления метициллинорезистентноти чистые культуры 130 стафилококков засевались штампом-репликатором через стандартную суспензию (0, 5 МсFarland) на среду Мюллер-Хинтон с добавлением субстанции бензилпенициллина (производство НИЦФ) в концентрации 0, 25 мкг/мл. Инкубация посевов проводилась при температуре 35град. С 24 часа. Штаммы, выросшие на среде с пенициллином считались устойчивыми к природным беталактамным антибиотикам. Также предполагалось усиление продукции факторов резистентности у этих штаммов и проведение селекции в отношении устойчивой части популяции. Суточные культуры стафилококков пересевались на Мюллер-Хинтон агар через стандартную суспензию (0, 5 МсFarland), производилась постановка дисков с 1 мкг оксациллина (производство НИЦФ). Инкубация посевов проводилась при температуре 35град. С 24 часа. Учет проводился по

диаметру зоны задержки роста: при диаметре меньшем, чем 15 мм, штамм считался резистентным. Для проверки продукции бета-лактамаз использовался йодометрический метод Сиволодского Е. П. (1980 год) в модификации с микропланшетами. Для осуществления метода приготавливаются 2 реактива: смесь 0, 005 молярного раствора йода с 500000 ЕД бензипенициллина и 2% раствор крахмала. Суспензию культуры (10 McFarland) вносили в лунку микропланшета в количестве 20 мкл, затем добавляли по 40 мкл реактивов 1 и 2. результат учитывали через 30 минут инкубации в термостате при 37град. С. Побеление раствора в лунке расценивалось как наличие бета-лактамаз. Данные обрабатывались в программе МЅ Excel 2007.

Полученные результаты

В ходе проведенных исследований были плучены следующие данные: диско-диффузионным методом метицилинорезистентность выявлялась в 48, 88 (m=4, 56) случаях на 100 проведенных тестов, при изолированном анализе метода Е. П. Сиволодского и данных устойчивости к только пенициллину частота резистентности составила 48, 88 (m=4, 56) случаев на 100 исследований, одноко при комбинации данных и интегральной оценке показателей частота выявления метициллинрезистентности составила 11, 97 (m=3, 00) случаев на 100 тестов, что значительно ниже, чем при использовании только диско-диффудионного или йодометрического методов (р<0, 05).

Выволы

Таим образом, в ходе исследования нами было установлено, что диско-диффузионный метод выявления метициллинорезистентности стафилококков не обладает достаточной чувствительностью и специфичностью, требует дополнительной постановки добавочных тестов. Это позволяет сделать вывод о наличии возможной гипердиагностики метициллинорезистентных стафилококков, что увеличивает расход антибиотиков запаса, приводит к общему необоснованному удорожанию терапии таких больных.

ИЗМЕНЕНИЕ ФАКТОРОВ ПАТОГЕННОСТИ STAPHYLOCOCCUS AUREUS ПРИ ЧАСТОТНО-РЕЗОНАНСНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ

Шаймуллин Д.Р. 5к. 522гр. ЛФ, *Яикова Н.Р.* 3к. 304гр. ПФ Руководитель темы: *Егоркина С.Б.* проф. каф. нормальная физиология, д.м.н. **ИжГМА. Ижевск**

Актуальность

Применение резонанса в медицине основано на правильном подборе частоты и формы лечебного электромагнитного воздействия. Основой частотно-резонансной терапии является применение специфических частот, на определенные виды организмов, которые обеспечивают их нейтрализацию без применения специальных лекарственных средств. Таким образом, удается воздействовать на конкретного возбудителя, при этом все остальные полезные микроорганизмы не страдают.

Попь

Изучить влияние частотно - резонансной терапии (ЧРТ) на рост колоний и степень патогенности St. aureus в условиях: in vitro и in vivo.

Материалы и методы

Для осуществления ЧРТ нами был использован аппарат «Мини-эксперт ДТ». Работа состояла из 2 этапов. Первый этап исследования проходил в условиях in vitro. Для этого были взяты клинические штаммы St. aureus с гемолитической и лецитиназной активностью. Разведения культур проводилось по методу Мак Фарланду 0, 5 ЕД. Каждая культура St. aureus была помещена в 4 пробирки по 1 мл, 3 из которых были опытными, 1 контрольной; культура в опытных пробирках обрабатывалась частотами, с помощью магнитного индуктора в течение 10 мин однократно по определенным частотным программам, заложенным в самом аппарате, затем производили посевы из разведения 10³ на питательные среды: кровяной агар (КА) и желточно солевой агар (ЖСА) из опытных и контрольных пробирок. Посевы помещали в термостат при

температуре 37°С (КА на 1 сутки, ЖСА на 2 суток). Результаты оценивали по числу колоний, выросших на средах. Второй этап исследования проводился в условиях in vivo. Для данного этапа было взято 12 крыс (3 контрольные, 9 опытных). Всем крысам вводили культуру St. aureus по 1 мл внутрикожно. Опытным крысам вводилась предварительно обработанная той же частотой культура, контрольным крысам вводили культуру без воздействия ЧРТ. Результаты оценивались по степени выраженности септических проявлений у крыс.

Полученные результаты

Частотно - резонансная терапия снижает рост колоний St. aureus на KA на 48%, на ЖСА на 42% по сравнению с контролем. В условиях in vivo ЧРТ приводит к снижению развития септических проявлений у экспериментальных животных.

Выводы

Таким образом, ЧРТ может быть рекомендована для использования в комплексном лечении заболеваний, вызываемых разными штаммами St. aureus.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗДУХА УЧЕБНОГО КАБИНЕТА И ЖИЛОЙ КОМНАТЫ

¹Каменева Н.С. 9кл. химико-биологический

Руководитель темы: ¹*Косякова К.Г.* доц. каф. медицинской микробиологии, к.м.н.

1 - Гимназия № 56 Петроградского района Санкт-Петербурга 2 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Воздушная среда является неблагоприятным объектом для пребывания микроорганизмов в связи с недостаточным содержанием влаги и питательных веществ и бактерицидным действием солнечной радиации. Бактерии попадают в воздух в основном из почвы, с поверхности растений и животных, от человека воздушно-капельным путем и с отходами некоторых производств. Известно, что попадая в воздух, многие микроорганизмы, в том числе патогенные и условно-патогенные, могут находиться в жизнеспособном состоянии, являясь возможным фактором передачи аэрогенных инфекций.

Пель

Оценить микробное загрязнение воздуха жилых и учебных помещений, а также эффективность проветривания для снижения микробной нагрузки.

Материалы и методы

Пробы воздуха отбирались с помощью пробоотборника импакторного типа ПУ 1-Б на мясо-пептонный агар (МПА), желточно-солевой агар (ЖСА), кровяной агар (КА) и среду Сабуро. Посевы на МПА инкубировали при температуре 37°С 24 ч и дополнительно при 22°С 24 ч, на КА и ЖСА - при 37°С 48 ч, на агаре Сабуро - при 28°С 72-96 ч. На МПА учитывали показатель общее микробное число (ОМЧ), на КА – гемолитические формы, на ЖСА – S. aureus, на агаре Сабуро – плесневые и дрожжеподобные грибы. Проводили расчет на 1 м3 воздуха; идентификацию выполнял врач-бактериолог по стандартным микробиологическим методикам.

Полученные результаты

В учебном классе площадью 54 м2 показатель ОМЧ составил до урока 160 КОЕ/м3, после урока с 25 школьниками – 1120 КОЕ/м3, после проветривания – 192 КОЕ/м3. В жилой комнате площадью 20 м2 показатель ОМЧ перед сном - 240 КОЕ/м3, после сна 1 человека – 720 КОЕ/м3, после проветривания – 160 КОЕ/м3. Таким образом, показатель ОМЧ повышался во всех помещениях за время пребывания людей, в зависимости от их количества и длительности нахождения, и снижался почти до начального уровня после проветривания.

В учебном классе после урока выявлены гемолитические формы и S. aureus. В жилой комнате до сна, после сна и после проветривания обнаружены микромицеты Penicillum spp и Aspergillus spp в количестве 60, 120 и 40 КОЕ/м3 соответственно. Источником микромицетов, по-видимому, явились старая штукатурка на стенах и потолке и клетка с попугаем (сухой корм, подстилка, оперение). В СанПиН 2. 4. 2. 1178-02 отсутствуют микробиологические нормативы воздуха помещений для пребывания детей, однако обнаружение гемолитических форм и S.

аигеиs свидетельствуют о присутствии в помещении больных или носителей с высоким уровнем обсемененности носа и зева. Неожиданной находкой в жилом помещении оказались грибы рода Aspergillis, которые при постоянном воздействии могут вызывать не только аллергизацию организма, но и тяжелые респираторные микозы. Несмотря на высокую значимость микроскопических грибов в развитии инфекций с аэрогенным механизмом передачи, их присутствие в воздухе закрытых помещений в настоящее время не нормируется.

Выволы

Выявление гемолитических форм, S. aureus и плесневых грибов свидетельствует о неблагоприятном состоянии воздуха помещений пребывания детей. Проветривание является важным профилактическим мероприятием, однако не позволяет полностью освободить воздух от патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.

К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИММУНОДИАГНОСТИКИ У ЖЕНЩИН С НЕУДАЧНЫМ ИСХОДОМ ЭКО

Кошелева М.И. 5к. 505гр. МПФ

Руководитель темы: Коваленко А.Д. доц. каф. медицинской микробиологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Бесплодие - это неспособность сексуально активной, не использующей контрацепцию пары добиться беременности в течение одного года. (ВОЗ, 2010 год). Актуальность проблемы обусловлена тем, что по статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), бесплодие встречается у 10-15% супружеских пар, из них 38% - бесплодие у мужчин, 40% - бесплодие у женщин, 22% и у тех и у других. Бесплодие заметно отражается на росте численности людей. Для России эта проблема имеет особое значение в связи с демографическим кризисом, начало которого относят к 1990 году. Правительством Российской Федерации в 2007 году была сформулирована «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», а Министерство здравоохранения и социального развития в 2012 году издало указ № 107 от 30. 08. 2012 года «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

Материалы и методы

В работе использовались данные результатов обследования 15 женщин с неудачным исходом ЭКО. У них определялись Ig классов A и G к микоплазме, y уреаплазме, IgG к трихомонаде методом $U\Phi A$.

Полученные результаты

До процедуры ЭКО у всех 15 женщин результаты были отрицательными. После неблагоприятного исхода ЭКО было проведено повторное исследование, в результате которого у части женщин были обнаружены антитела к микоплазме и уреаплазме в диагностическом титре. Таким образом, одной из причин неудачного исхода ЭКО может быть хроническая инфекция, вызванная уреаплазмами и микоплазмами, которая не диагностируется методом ИФА. Беременность явилась провоцирующим фактором, вызвавшим обострение. Провоцирующим фактором могло явиться и назначение гормональных препаратов, которые, как известно, подавляют иммунитет.

Выводы

Из полученных данных был сделан вывод, что ИФА не выявляет антитела при персистенции возбудителя, т. е. необходимо использование других методов или их комплекса. Таким образом, возникла необходимость создания четкого алгоритма обследования женщин с планирующимся ЭКО на скрытую урогенитальную инфекцию.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ УЧЕБНОГО КЛАССА

Соколовская Д.М. 2к. 287гр. ЛФ, Решетин А.А. 2к. 287гр. ЛФ Руководитель темы: Пунченко О.Е. доц. каф. медицинская микробиология, к.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Микробиологические исследования воздушной среды и поверхностей рабочих помещений играют важную роль при оценке риска здоровью человека. Воздушно-капельным и контактным путем могут передаваться возбудители бактериальных, вирусных инфекций, а также возбудители микозов.

Пель

Провести микробиологический мониторинг воздуха и контаминацию поверхностей в учебном классе для практических занятий.

Материалы и методы

Для оценки микробной нагрузки исследовали воздух и поверхности столов класса для практических занятий по микробиологии. Воздух забирали в 4 точках с помощью импактора ПУ-1Б на мясо-пептонный агар (МПА), желточно-солевой агар (ЖСА), кровяной агар (КА) и среду Сабуро. Чашки инкубировали при 37 °С с МПА и КА - 24 ч, с ЖСА – 48 ч. Среду Сабуро оставляли в термостате при 22 °С на 5 суток с предварительным просмотром на 2-е сутки. С поверхности шести рабочих столов брали смывы на МПА и в пептонную воду (ПВ) 1%. Для этого на каждом столе с помощью трафарета произвольно выбирали участок 10 кв. см.; смывы забирали с помощью вмонтированного в пробирку влажного тампона. Материал в ПВ подращивали в течение суток при 37 °С, затем делали высев на хромогенную среду Brilliance UTI адаг, Охоіd, с последующей инкубацией в течение суток при 37 °С. Хромогенная среда позволяет произвести экспресс-идентификацию стафилококков, псевдомонад, энтерококков, протеев и бактерий группы кишечной палочки.

Полученные результаты

По всем группам микроорганизмов из воздушной среды получены существенные различия перед началом занятий и в конце рабочего дня. Общее микробное число увеличилось с 9 до 125 КОЕ/м3, количество золотистого стафилококка с 1 до 8 КОЕ/м3, гемолитических микроорганизмов с 1 до 2 КОЕ/м3. Количество микроскопических грибов, наоборот, уменьшилось с 13 до 1 КОЕ/м3. Среди плесневых грибов преобладали микромицеты рода Aspergillus. При количественном учете выросших колоний на МПА обнаружено от 13 до 90 КОЕ в смыве (65, 8±25, 4). При идентификации микроорганизмов в конце рабочего дня были выявлены коагулазоотрицательные стафилококки, энтерококки, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa. Escherichia coli.

Выводы

- 1. Обнаруженные в воздухе грамположительные кокковые микроорганизмы не представляют угрозы для здоровья, так как источником их является сам человек, но значительное количество этих бактерий служит признаком скученности и редкого проветривания помещения.
- 2. Несмотря на небольшое общее количество бактерий и микромицетов, воздух данного класса не может считаться безопасным из-за наличия золотистых стафилококков и гемолитических микроорганизмов, а также преобладания грибов рода Aspergillus.
- 3. Идентификация до рода и вида выделенных с поверхности столов микроорганизмов позволяет сделать заключение в том числе и о фекальном характере загрязнения рабочего места.

ОПРЕЛЕЛЕНИЕ МУТАГЕННОЙ АКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ МИКОТОКСИНОВ.

Агарвал И.Р. 5к. 504гр. МПФ, *Батаева К.Д.* 5к. 504гр. МПФ, *Ершова А.И.* 5к. 504гр. МПФ Руководитель темы: *Васильев О.Д.* доц. каф. микробиологии, вирусологии и иммунологии,

K.M.H.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Многие плесневые грибы продуцируют микотоксины, некоторые из которых обладают тератогенным, канцерогенным и мутагенным действием. Употребление в пищу загрязненных ими продуктов увеличивает частоту и риск возникновения злокачественных новообразований.

Пель

Оценить мутагенную активность выделенных из плесневых грибов микотоксинов – афлатоксина, стеригматоцистина и цитринина в спот-тестах и полуколичественных тестах сальмонелльно-микросомального метода Эймса.

Материалы и методы

Исследована мутагенная активность следующих микотоксинов: афлатоксина, стеригматоцистина и цитринина на ауксотрофном по гистидину плазмид-содержащем штамме Salmonella typhimurium ТА 100 с применением системы метаболической активации (полной активационной системы), состоящей из грубой фракции микросом печени мышей и кофакторов. Критерием мутагенной активности служило 2-х и более кратное увеличение числа ревертантов клеток Salmonella к прототрофности по сравнению с контролем после 48-часовой инкубации.

Полученные результаты

Полуколичественный тест продемонстрировал высокую мутагенную активность афлатоксина в присутствии полной активационной системы, без прямого мутагенного действия. Мутагенная активность стеригматоцистина проявлялась начиная с дозы 0, 1 мкг на чашку и составила 29% от активности афлатоксина. Отмечено прямое мутагенное действие стеригматоцистина с 5 мкг на чашку без полной активационной системы, возрастающее с увеличением дозы. Цитринин не проявил мутагенной активности.

Выволы

- 1. В ходе исследования установлено, что результаты, полученные с помощью споттестов коррелируют с результатами, полученными полуколичественным методом.
- 2. Афлатоксин обладает непрямым мутагенным действием в присутствии полной активационной системы.
- 3. Стеригматоцистин обладает прямым мутагенным действием.
- 4. Цитринин не обладает мутагенной активностью.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛАССИЧЕСКОЙ БАКТЕРИОЛОГИИ И MALDI-TOF MACC-СПЕКТРОМЕТРИИ С ЦЕЛЬЮ РУТИННОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ СТАФИЛОКОККОВ

Оганесян Э.Г. 2к. 221гр. МПФ, 2 Соколов А.Л. 2к. 222гр. МПФ Руководитель темы: *Оришак Е.А.* доц. каф. микробиологии, вирусологии и иммунологии, к.м.н. **СЗГМУ им. И. И. Мечникова**

Актуальность

При бактериологическом исследовании клинического материала, как правило идентифицируются только три вида стафилококков S. aureus, S. saprophyticus или S. epidermidis. Однако имеется достаточно данных о роли в патологии человека и других видов стафилококков. С появлением технологии MALDI-TOF (Matrix Assisted Laser Desorption/Ionization Time of Flight) возлагаются надежды на расширении спектра идентифицируемых микроорганизмов, в том числе стафилококков.

Пель

Целью оригинального исследования являлась оценка эффективности и достоверности масс-спектрометрии для рутинных микробиологических исследований, возможности внедрения метода в повседневную практику для идентификации эпидемически значимых видов стафилококков.

Материалы и методы

Исследовали клинический материал от пациентов. Посев осуществляли на кровяной агар и желточно-солевой агар. После выделения чистой культуры идентификацию стафилококков проводили с помощью методов классической бактериологии: по морфологическим свойствам, наличию лецитиназы, плазмокоагулазы, ферментации маннита, наличию пигмента. Для сравнения качества идентификации стафилококков методами классической бактериологии и масс-спектрометрии провели идентификацию чистых культур с использованием технологии MALDI-TOF.

Полученные результаты

Бактериологическим методом выделено 14 культур стафилококков, из них 9 штаммов были идентифицированы как Staphylococcus aureus по наличию лецитиназы и/или плазмокоагулазы, 2 изолята идентифицированы как Staphylococcus saprophyticus. 3 штамма были идентифицированы только до рода Staphylococcus на основании морфологии, наличия роста в присутствии 10% хлорида натрия и ферментации глюкозы. Прочих признаков, на основании которых данные изоляты могли бы быть отнесены к видам S. aureus, S. saprophyticus или S. epidermidis, штаммы не проявили. В результате проведения масс-спектрометрии по технологии MALDI-TOF чистые культуры были идентифицированы следующим образом: 10 штаммов - S. aureus, 1 - S. simulans, 2 - не идентифицирован. При этом из 10 результатов идентификации S. aureus и в совпали с результатами классического бактериологического метода. Так, два штамма, идентифицированные бактериологически как S. aureus и S. saprophyticus, не были идентифицированы масс-спектрометром. Из 3 штаммов, идентифицированных бактериологически ков Санрунованных бактериологически ков Санрунованым масс-спектрометром. Из 3 штаммов, идентифицированных бактериологически ков Санрунованных бактериологически ков Санрунованным масс-спектрометром. Из 3 штаммов, идентифицированных бактериологически ков Санрунованных бактериологически ков С

Таким образом, несмотря на расширение перечня витдов стафилококков при использовании MALDI-TOF от классического метода невозможно отказаться, по крайней мере, по двум причинам: 1) для технологии MALDI-TOF требуется выделение чистой культуры; 2) в отдельных случаях, например, при капсулообразовании MALDI-TOF не идентифицирует стафилококки даже до рода.

Выводы

- 1. Технология MALDI-TOF позволяет расширить спектр идентифицируемых стафилококков.
- На настоящий момент в ряде случаев MALDI-TOF не позволяет идентифицировать некоторые виды, которые без труда идентифицируются классическим бактериологическим метолом.

УСТОЙЧИВОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ БАКТЕРИЙ-КОНТАМИНАНТОВ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ РАСТВОРОВ

Трифонов А.В. 3к. 318гр. МПФ, *Повалюхина Е.С.* 3к. 448гр. ЛФ Руководитель темы: *Косякова К.Г.* доц. каф. медицинской микробиологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Персистенция микроорганизмов в дезинфицирующих растворах может приводить к внутрибольничному инфицированию пациентов и персонала лечебных организаций, а также к формированию устойчивости не только к дезинфицирующим средствам, но и к антибиотикам, лаже без контакта с ними.

Пель

Выявить микробное загрязнение рабочих растворов дезинфектантов в стационарах и определить профиль антибиотикорезистентности бактерий, выделенных в качестве микробных контаминантов.

Материалы и метолы

Исследование проводилось методом мембранной фильтрации рабочих растворов в объеме 100 мл с последующей нейтрализацией остаточного количества препарата 3% Твин-80. Далее мембранные фильтры стерильно разрезали на 2 части, каждую из которых инкубировали на кровяном агаре и среде Сабуро при 32 °C 7 и 14 суток соответственно. Идентификацию бацилл проводили с помощью хромогенного агара (HiCrome Bacillus Agar Base M 1651, HiMedia, Индия), микромицетов – изучением культуральных и морфологических свойств. Идентификацию бактерий и чувствительность к антибиотикам (27 препаратов) проводили с помощью прибора MicroScan WalkAway Plus System (Siemens, США), Объективность результатов контролировали путем определения полноты нейтрализации. Для этого после фильтрации 10 мл рабочего раствора и промывки нейтрализатором фильтры размещали на кровяном агаре и среде Сабуро и контаминировали тест-культурами Е. coli, S. aureus, C. albicans, затем инкубировали при тех же условиях, что и опытные образцы. Исследовано 35 проб из 4 стационаров: 2% АХДЕЗ 3000, 0, 2% тетрамин, 0, 18% хлорапин, 1% и 0, 5% МДЖ, 1% клиндезин-специаль, 0, 1% септохлораль.

Полученные результаты

В 12 из 35 образцов выделено 17 штаммов бактерий: 9 Bacillus spp., 7 S. marcescens и 1 P. aeruginosa, и 1 плесневой гриб. Все контаминированные растворы были рекомендованы производителя ми для дезинфекции среднего уровня. В 2 препаратах, задекларированных в качестве спороцидных средств, выявлен рост спорообразующих бактерий через 24-48 часов после приготовления рабочих растворов. Этот факт свидетельствует о потенциальной возможности накопления в дезинфицирующих растворах в течение рекомендуемого срока применения вегетативных форм бактерий, в том числе - патогенных. Штаммы бактерийконтаминантов дезинфицирующих растворов характеризовались более широким спектром антибиотикорезистентности по сравнению с клиническими изолятами, выделенными от больных в том же стационаре. Все изоляты S. marcescens, выделенные из дезинфицирующих растворов, обладали устойчивостью к цефалоспоринам III поколения (ЦФ III), к ингибиторозащищенным пенициллинам (ИП), к цефепиму (Cef), к азтреонаму (Azt) и амикацину (Amc). Клинические изоляты были устойчивыми к ЦФ III - 80, 4%, к ИП - 85, 7%, к Cef - 71, 4%, к Azt - 78, 6%, к Amc - 35, 7%. Штаммы бактерий-контаминантов сохранили чувствительность карбапенемам (КБ) и хинолонам (ХЛ), клинические изоляты были устойчивыми к КБ - 28, 6% и ХЛ - 16, 7%.

Выволы

Полученные данные свидетельствуют о возможном существовании общих механизмов формирования резистентности к антибиотикам и дезинфектантам. Дезинфицирующие растворы, подвергающиеся микробной контаминации, становятся потенциальными источниками внутрибольничного инфицирования, а также экотопом, в котором возможно формирования антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов без in vivo контакта с антимикробными препаратами.

МОРФОЛОГИЯ

АНАТОМИЯ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА

Малышева М.И. 1к. 131гр. ЛФ, Купцов Н.А. 1к. 131гр. ЛФ

Руководитель темы: Чуносова Т.Н. доц. каф. анатомии человека, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Сердце человека является своеобразным мотором, который обеспечивает постоянное и непрерывное движение крови по сосудам. Работы по изучению анатомии проводящей системы сердца являются актуальными в связи с тем, что в настоящее время проводится много операций по коррекции ритма сердца.

Пель

Целью данной работы является изучение анатомии сердца, его кровоснабжения и иннервации.

Материалы и методы

Материалом для исследования послужили 8 препаратов, полученных от людей разного возраста обоего пола, погибших от заболеваний, не связанных с нарушениями сердечно сосудистой системы. В ходе работы использовалась методика препарирования, морфометрии и анализа рентгенограмм.

Полученные результаты

В ПСС различают узлы и пучки: синусо-предсердный узел, предсердно-желудочковый узел, предсердно-желудочковый пучок (пучок Гиса). Синусо-предсердный узел располагается в области соединения верхней полой вены и правого предсердия. Предсердно-желудочковый узел расположен в стенке правого предсердия, близ перегородочной створки трехстворчатого клапана. Волокна узла, непосредственно связанные с мускулатурой предсердия, продолжаются в перегородку между желудочками в виде предсердно-желудочкового пучка. Исходя из расположения элементов проводящей системы сердца, необходимо произвести измерение параметров верхней полой вены, правого предсердия и предсердно-желудочковой перегородки. Длина предсердно-желудочкового узла составляет 5-6 мм, ширина 2-3 мм. Длина ствола пучка Гиса 8-18мм, ширина около 2мм. Длина синусо-предсердного узла составляет 15 мм, ширина его - 5 мм и толпцина 2 мм. Диаметр верхней полой вены - от 20 до 25 мм.

Выволы

Полученные результаты совпадают с данными литературы.

АНОМАЛИИ МОЧЕТОЧНИКА И ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ.

Моисеева Е.А. 2к. 241гр. ЛФ

Руководители темы: *Шуркус Е.А.* доц. каф. анатомии человека, к.м.н., *Бусарин Д.Н.* асс. каф. анатомии человека

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Развитие почечной хирургии и современных методов урологической диагностики поставили остро вопрос об изучении аномалий почечной артерии и мочеточников, которые составляют 80% всех пороков развития почки. Перерезка добавочной артерии на операции приводит к сильному кровотечению. В урологической практике сдавление добавочной артерией

мочеточника может вызвать нарушение уродинимики, а удвоение мочеточников служит морфологической предпосылкой для развития патологии.

Пель

Выявить частоту встречаемости добавочной артерии почки и двойного мочеточника; изучить их морфометрические параметры (длину и калибр), топографию, синтопию лоханочномочеточникового аппарата и артерий в условиях аномалии.

Материалы и методы

Исследование проведено на 16 фиксированных в 7% растворе формалина препаратах почек взрослых людей (трупы, органокомплексы, изолированные почки). Использованы методики макроскопического препарирования и морфометрического исследования.

Полученные результаты

Добавочная почечная артерия была обнаружена в 25% наблюдений (4 препарата), двойной мочеточник в 12. 5% (2 препарата). На одном препарате девая добавочная почечная артерия отходила от брюшной аорты ниже уровня основной почечной артерии. Имела восходящее направление, пересекала ее спереди, затем ложилась позади нижней брыжеечной и почечной вен и достигала верхнего края ворот почки, вступая в синус. При такой топографии контакта с лоханкой и мочеточником не было. Ее длина составляла 8 см, калибр 4 мм. Основная и добавочная артерии вместе входили в ворота. На втором препарате добавочная артерия была двусторонней. Справа и слева добавочные артерии отходили от брющной аорты выше уровня отхождения почечной артерии на 5 мм. Имели нисходящее направление, пересекали почечную артерию и входили в нижний угол ворот почки, делясь на ветви первого порядка. Длина правой добавочной артерии составляла 7 см, левой 5 см, калибр обеих - 5 мм. Обе артерии пересекали мочеточник и лоханку. На третьем препарате имела место двойная аномалия - левосторонняя добавочная артерия и двойной левый мочеточник. Артерия отходила от брюшной аорты ниже уровня отхождения почечной артерии. Имела восходящее направление, длину 7 см и калибр 3 мм. Из ворот почки выходили два мочеточника – один из верхнего угла, другой – из нижнего. Первый мочеточник пересекался добавочной артерией, второй – нет. Второй случай двойного мочеточника (левого) отличался особенностями деления почечной артерии в воротах. Она делилась на два крупных ствола, которые кровоснабжали изолированно участки двойной почки.

Выводы

Добавочная почечная артерия встречается чаще, чем двойной мочеточник в два раза. Она преимущественно отходит от брюшной аорты слева. При восходящем направлении добавочная артерии не соприкасаются с мочеточником и лоханкой, при нисходящем - соприкасается. Имеет длину больше и калибр в 2-2, 5 раза меньше основной артерии. Редко (6% случаев) имеется сочетание двойного мочеточника и добавочной артерии, которые находятся в тесных синтопических отношениях

АРТЕРИАЛЬНЫЕ АНАСТОМОЗЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА

Погребняк А.А. 1к. 115гр. ЛФ

Руководитель темы: Чуносова Т.Н. доц. каф. анатомии человека, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Строение и топография сосудов толстой кишки имеет большое значение для патогенеза многих заболеваний ЖКТ.

Цель

Целью исследования было изучение кровоснабжения отделов ободочной кишки.

Материалы и методы

Исследованы 5 препаратов ободочной кишки взрослых людей различного возраста, обоего пола. Использовались методики препарирования и морфометрии.

Полученные результаты

В результате исследования выяснилось, что восходящая и поперечная ободочная кишки кровоснабжаются ветвями верхней брыжеечной артерии. В области левого изгиба ободочной

кишки ветви верхней и нижней брыжеечной артерии анастомозируют. Соединительные ветви имеют диаметр 1, 5-2 мм. На одном из препаратов вместо соединительной ветви образовалась сеть мелких артерий.

АССОЦИАТИВНЫЕ ЗОНЫ ВТОРОЙ СИГНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В КОРЕ ПОЛУШАРИЙ БОЛЬШОГО МОЗГА

Гребенникова А.С. 2к. 248гр. ЛФ, *Горзий Т.С.* 2к. 248гр. ЛФ Руководитель темы: *Чуносова Т.Н.* доц. каф. анатомии человека, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В настоящее время изучение зон коры головного мозга, отвечающих за речь, актуально, так как участились случаи поражения этих зон вследствие инсульта и других неврологических заболеваний

Пель

Изучить верхнюю височную, среднюю лобную и нижнюю лобную извилины.

Материалы и методы

Препарирование, морфометрия, изготовление гистологических препаратов.

Полученные результаты

Нами исследовано пятнадцать препаратов головного мозга, полученных от людей разного возраста и пола, погибших от заболеваний, не связанных с поражением головного мозга. Ассоциативные зоны занимают около 80% мозговой коры. Вторая сигнальная система - система условно-рефлекторных связей на речевой раздражитель, обеспечивающая восприятие и воспроизведение речи. Эта система состоит из 3 отделов: периферического, проводникового и мозгового отдела анализатора. Последний, в свою очередь, состоит из трёх компонентов: моторный центр Брока - зона коры головного мозга, участвующая в обеспечении функции языка, локализующаяся в нижней лобной извилине; центр восприятия письменной речи - в затылочной области коры головного мозга; область Вернике (сенсорная речевая зона) — зона коры головного мозга, участвующая в работе с информацией, связанной с речью, расположена в заднем отделе верхней височной извилины доминантного полушария мозга. Средний размер передней части верхней височной извилины равен 8, 4 мм, средней части – 8, 3, средний размер задней части (она нас больше интересует, т. к. именно на неё приходится зона Вернике) равен 12. 3 мм

Выволы

Знания этих данных имеет теоретическое и практическое значение для невропатологов и нейрохирургов.

ВАРИАНТЫ КРОВОСНАБЖЕНИЯ ЖЕЛУЛКА ЧЕЛОВЕКА

Шевцова М.А. 1к. 132гр. ЛФ, *Черная Ю.В.* 1к. 131гр. ЛФ Руководитель темы: *Чуносова Т.Н.* доц. каф. анатомии человека, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Знания кровоснабжения желудка и его основных источников необходимы современному врачу в его практической деятельности.

Пель

Целью исследования является изучение особенностей строения кровеносной системы желудка и ее связи с кровеносной системой окружающих органов.

Материалы и методы

Материалом для исследования послужили десять препаратов людей обоего пола и разного возраста, умерших от заболеваний, не связанных с пищеварительной системой. Методы исследования: морфометрия и препарирование.

Полученные результаты

Основным источником кровоснабжения желудка является чревный ствол. В ходе исследования было установлено, что чревный ствол представляет собой небольшую артерию длиной 0, 5 – 3 см и диаметром 0, 8 – 1, 2 см. Она отходит от аорты на уровне XII – I поясничного позвонков и делится на три ветви: левую желудочную артерию; общую печёночную артерию; селезёночную артерию. По малой кривизне располагается анастомоз между левой желудочной артерией, 0, 3-0, 5 см в диаметре, и правой желудочной артерией, 1 мм в диаметре, по большой — левой желудочно-сальниковой артерией и правой желудочно-сальниковой артерией диаметром 0, 25-0, 3 см. В двух случаях левая желудочная артерия была развито слабо (0. 1 – 0, 12 см), а правая желудочная артерия - лучше (0, 3 – 04 см). Дно желудка кровоснабжают короткие артерии желудка (от 1 до 6 ветвей), отходящие от селезеночной артерии. Они располагаются в селезеночно-желудочной связке и у стенок желудка наастомозируют с другими артериями желудка. Артериальные дуги, окружающие желудок, являются функциональным приспособлением, необходимым для желудка как для органа, меняющего свои форму и размеры. Вены следуют по ходу артерий и впадают в воротную вену.

Выволы

Таким образом, знание вариантов строения кровеносной системы желудка имеет большое теоретическое и практическое значение для формирования практики врача.

ВАРИАНТЫ МОРФОЛОГИИ ИЛЕОПЕКАЛЬНОГО УГЛА

Hиколаева A.Э. 1к. 131гр. ЛФ, Oрлова A.A. Руководитель темы: Ууносова T.H. доц., к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Операция по удалению червеобразного отростка является одной из самых частых операций, проводимых в брюшной полости. В России ежегодно проводится более полутора миллионов операций по поводу аппендицита.

Пель

Поэтому необходимо знать точную топографию илеоцекального угла, варианты расположения червеобразного отростка, его иннервацию и кровоснабжение, а так же роль в кишечно-ассоциированной лимфоидной ткани.

Материалы и методы

Нами изучено 10 препаратов илеоцекальных углов, полученных от людей разного возраста и обоего пола, умерших от заболеваний, не связанных с желудочно-кишечным трактом. Использовались методы препарирования и морфометрии.

Полученные результаты

Из десяти препаратов илеоцекальных углов, четыре имели аппендикс с нисходящим положением, три - с медиальным, один - с латеральным и один- с ретроцекальным. Средние размеры илеоцекального угла составили: на границе с тонкой кишкой- 2, 5 см, на границе с восходящей ободочной кишкой -8 см, диаметр слепой кишки- 10 см. Илеоцекальный угол кровоснабжается подвздошно-ободочной артерией, которая делится на три ветви: ободочную, слепокишечную и подвздошно-ободочной артериями. Ободочная ветвь подвздошно-ободочной артерии располагалась параллельно медиальному краю начальной части восходящей ободочной кишки и образовывала единую аркаду с правой толстокишечной артерией рядом с брыжеечным краем илеоцекального угла.

Выволы

Полученные данные показывают, что подвздошно-ободочная артерия имеет мало вариантов расположения. Значительное количество кровеносных, лимфатических и нервных элементов в стенке отростка свидетельствует о его активном функционировании.

ВАРИАНТЫ СТРОЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО КРУГА БОЛЬШОГО МОЗГА

Иванова К.Н. 1к. 160гр. ЛФ

Руководители темы: *Варясина Т.Н.* доц. каф. анатомии человека, к.м.н., *Щикунова Н.А.*доц. каф. анатомии человека. к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

По данным различных авторов классический вариант строения артериального круга большого мозга (АКБМ) встречается в среднем в половине случаев (от25 до 75%) (Верещагин Н. В., Савич В. И., Шмидт Е. В.). Между тем, строение виллизиева круга отражается на его функции обеспечения адекватной регуляции кровотока в сосудах головного мозга.

Материалы и методы

Исследованы варианты строения артериального круга большого мозга на 5 препаратах головного мозга, полученных от трупов взрослых людей. Погибших от заболеваний, не связанных с поражением головного мозга и прижизненно у людей в возрасте от 23 до 65 лет без выраженной цереброваскулярной патологии с использованием методов компьютерной томографии (21 случай).

Полученные результаты

На 4 препаратах и 5 прижизненных наблюдениях мы обнаружили классический тип строения АКБМ. Прижизненно, наиболее часто встречались нетипичные случаи строения АКБМ. Среди них чаще мы наблюдали аномалии передних и задних соединительных артерий. Относительно часто встречается одноствольный тип передней мозговой артерии с последующей ее бифуркацией, отхождение обеих передних мозговых артерий от одной внутренней сонной артерии (односторонняя и двухсторонняя передняя трифуркация). Помимо этого, мы обнаружили отсутствие задней соединительной артерии (одно- или двухстороннее), задняя трифуркация (когда от внутренней сонной артерии отходят передняя, средняя и задняя мозговые артерии) как одно- так и двухсторонняя. Кроме того, мы наблюдали переднюю мозговую и базилярную артерии в виде сплетений мелких сосудов

Выволы

Проведенное исследование позволяет предположить, что более частое обнаружение типичных случаев строения АКБМ на трупном материале, чем прижизненно, объясняется тем, что при классическом строении АКБМ регуляция кровотока более адекватна.

ВАРИАНТЫ ТОПОГРАФИИ И СТРОЕНИЯ ЖЕЛУДКА ЧЕЛОВЕКА

Черная Ю.В. 1к. 131гр. ЛФ, *Шевиова М.А.* 1к. 132гр. ЛФ

Руководитель темы: Чуносова Т.Н. доц. каф. анатомии человека. к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Знания топографии желудка, места и роли его в пищеварительной системе необходимы современному врачу в его практической деятельности.

Пель

Целью исследования является изучение топографо-анатомических особенностей желудка человека.

Материалы и методы

Материалом для исследования послужили десять рентгенограмм живых людей обоего пола и разного возраста и десять препаратов людей обоего пола и разного возраста, умерших от заболеваний, не связанных с патологией пищеварительной системы. Методы: препарирование, морфометрия и исследование рентгеновских снимков.

Полученные результаты

Величина желудка сильно варьирует индивидуально. В среднем длина желудка по его длинной оси составляет 18 см, в поперечном сечении 6 см, диаметр кардиального отверстия -2

см, диаметр пилорического отверстия — 8 см. Своей «осью» желудок направлен сверху вниз, слева направо и сзади наперед. По данным изученных рентгенограмм, желудок в форме крючка обнаружен у 10 людей, в форме чулка — 6, в форме рога — 4. Наиболее распространенной формой желудка является крючок. По данным исследования установлено, что форма и границы желудка непостоянны и зависят от функционального состояния, телосложения и ряда других моментов. Полученные результаты в основном совпали с данными литературы.

Выволы

Таким образом, правильное определение варианта строения и формы желудка позволяет проводить своевременную диагностику и применяется в клинике для определения способов лапароскопических операций.

ЗАВИСИМОСТЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ЖЕЛУДКА ОТ ПОЛА И ТИПА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Гоготова М.А. 2к. 232гр. ЛФ, Гамидова С.Э. 2к. 232гр. ЛФ Руководитель темы: Бажин С.Ю. асп. 2-го года каф. анатомии человека СЗГМУ им. И И Мечинкова

Актуальность

Желудок каждого человека индивидуален и имеет свои особенности формы, положения, размера.

Цель

Изучить зависимость формы желудка от конституции человека, его пола и возраста.

Материалы и методы

Были изучены 24 рентгенологических снимка желудка мужчин и женщин различного телосложения от 19 до 77 лет (12 рентгенограмм женщин и 12 рентгенограмм мужчин). Желудок каждого исследуемого был заполнен контрастным веществом, позволяющим определить его форму. Тип телосложения был определён по данным историй болезней исследуемых.

Полученные результаты

На изученных рентгенограммах были выявлены три основные формы желудка: крючок (форма Ридера), рог (форма Гольцкнехта) и чулок. У шести женщин мезоморфного телосложения обнаружен желудок в форме крючка (у трёх) и в форме чулка (также у трёх). Помимо этого, желудок в форме чулка выявлен и у шести женщин долихоморфного типа телосложения. Все исследованные мужчины имели брахиморфный тип телосложения и на их рентгенограммах определён желудок в форме рога. Описанные отличия рентгенологических форм желудка мужчин и женщин можно объяснить тем, что у всех обследованных женщин грудная клетка была более узкая и длинная, а у мужчин — широкая и короткая.

Выводы

Таким образом, можно предположить, что существует взаимосвязь между типом телосложения человека и рентгенологической формой желудка.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ВАРИАНТЫ СТРОЕНИЯ ВИЛЛИЗИЕВА КРУГА У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ

Щавинская А.В. 2к. 241гр. ЛФ

Руководитель темы: Шуркус Е.А. доц. каф. анатомии человека, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Сосудистые заболевания головного мозга относятся к наиболее частой патологии нервной системы. Знания индивидуальных вариантов строения Виллизиева круга крайне важно неврологу для прогнозирования течения и лечения сосудистой патологии.

Пель

Выявить индивидуальные варианты строения Виллизиева круга: замкнутость, симметричность, длину, ширину; особенности строения и топографии артерий.

Материалы и методы

Исследование выполнено на 12 препаратах головного мозга от трупов людей зрелого и пожилого возраста, не страдавших церебральными заболеваниями. Препараты фиксированы в 7% растворе формалина. Использована методика препарирования и морфометрии.

Полученные результаты

Выявлен разомкнутый Виллизиев круг за счет двустороннего отсутствия задних соединительных артерий (один препарат). Он резко снижает компенсаторные возможности артериального русла. Однако хорошо развитые передние и задние ворсинчатые артерии следует рассматривать как вспомогательные пути коллатерального кровообращения. Замкнутый Виллизиев круг (11 препаратов) в трех наблюдениях отличался ассиметричностью строения вследствие различной топографии артерий правой и левой стороны (внутренней сонной, задней мозговой или задней соединительной). На 10 препаратах длина круга колебалась от 2 см до 3, 5 см (в среднем составила 2. 75 см); ширина – от 2 см до 3. 2 см (в среднем составила 2. 6 см). На одном препарате круг был непропорционально вытянутым за счет расположения передней соединительной артерии на уровне середины обонятельного тракта. На 9 препаратах замкнутый артериальный круг мозга был образован ветвями внутренней сонной артерии (передними мозговыми, передней и задней соединительными) и ветвями позвоночной артерии (задними мозговыми), имеющими типичную топографию. В одном случае зарегистрирован редкий вариант отхождения правой задней мозговой артерии не от базилярной артерии, а от внутренней сонной. Это ставит правое и левое полушария в неодинаковые условия кровоснабжения. По данным других авторов (Пономарева И. А., 1965: Кованов В. В., 1978), он встречается в 10% наблюдений. На другом препарате правая задняя соединительная артерия отходила не от внутренней сонной артерии, а от передней ворсинчатой. Самой изменчивой по строению и морфометрическим показателям оказалась передняя соединительная артерия. Обнаружено ее расщепление, удвоение, утроение, сплетениевидная форма, укорочение до 1-2 мм, аплазия. При отсутствии этой артерии наблюдалось слияние передних мозговых артерий своими медиальными поверхностями, что сохраняет круг замкнутым.

Выводы

Выявленные индивидуальные варианты строения Виллизиева круга создают неодинаковые условия компенсации мозгового кровообращения в случае его нарушения.

МЕТОЛИКИ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Паканин О.А. 2к. 248гр. ЛФ

Руководители темы: *Чуносова Т.Н.* доц. каф. анатомии человека, к.м.н., *Старчик Д.А.* асс. каф. анатомии человека

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Цель

Работа выполнена с целью выбора определенного метода исследования.

Материалы и методы

Было изучено 30 препаратов органов центральной нервной системы, полученных от людей разного возраста и обоего пола, умерших от заболеваний, не связанных с ЦНС. Использованы методики: фиксация различными веществами и препарирование (13 препаратов, фиксированных с помощью формалина, 2 препарата с помощью глицерина), изготовление окрашенных препаратов (2 препарата), метод полимерного бальзамирования (13 препаратов), морфометрия и сравнительный анализ.

Полученные результаты

В результате морфометрического анализа некоторых структур головного мозга (базальные ядра) получили средние данные: Скорлупа традиционные методы - 12-14 (широкая

часть), 3-4 (узкая часть), метод полимерного бальзамирования - 13 (широкая часть), 3, 5 (узкая часть). Бледный шар - 6-7 (традиционные методы), 5-6 (метод полимерного бальзамирования). Недостатком традиционных методик являются вредное воздействие консервантов на организм, короткий срок эксплуатации, неудобство в обращении (прозрачная посуда, герметично закрывающаяся, особые места хранения), дополнительные затраты на переконсервацию и утилизацию. Достоинства методики полимерного бальзамирования: препараты являются нетоксичными, не имеют никакого запаха, сохраняют естественную форму и цвет органов, чрезвычайно демонстративны и могут изучаться как визуально, так и мануально, имеют неограниченный срок годности, не требуют для хранения специальных емкостей, обладают высокой прочностью и износостойкостью, их использование экономит учебный бюджет.

Выводы

Независимо от применяемых методик, данные морфометрии совпадают. Все методы приемлемы, имеют положительные черты, выбор зависит от необходимости и возможности.

МОРФОФИЗИОЛОГИЯ РЕТИКУЛЯРНОЙ ФОРМАЦИИ

Терехов А.Ю. 2к. 245гр. ЛФ, Ревенков В.А. 2к. 245гр. ЛФ Руководитель темы: Пугач П.В. доц. каф. анатомии человека, к.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Ствол головного мозга — основополагающая структура, на протяжении которой располагается множество жизненно важных центров. Ключевую роль в обеспечении их взаимодействия и в ряде нисходящих и восходящих влияний играет ретикулярная формация (РФ).

Пель

Изучение особенностей строения РФ и ее ядер с помощью микроскопических методов.

Материалы и методы

Исследовано 10 препаратов ствола головного мозга. Срезы верхних шейных сегментов спинного мозга, продолговатого мозга, Варолиева моста, среднего мозга, зафиксированные в 20% растворе нейтрального формалина, импрегнированы азотнокислым серебром по методу Бильшовского - Грос в модификации Лаврентьева и заключены в консервирующую среду.

Полученные результаты

При микроскопическом исследовании было установлено, что ядра РФ имеют обширные связи на протяжении всего ствола головного мозга с ядрами черепных нервов и других нервных центров за счет обширного ветвления многочисленных аксонов ретикулярных нейронов и их коллатералей. Переплетения отростков нейронов различных ядер РФ действительно напоминают обширную волоконную сеть. Наибольшее число ядер и волокон наблюдается в продолговатом мозге, что, вероятно, связано с ассоциацией множества афферентных и эфферентных сигналов, которые постоянно интегрируются и дифференцируются в РФ. Обнаружена тенденция к уменьшению количества волокон и ядер в вышележащих отделах ствола головного мозга, что, возможно, связано с приобретением ядрами более «узкого профиля» влияний.

Выводы

Таким образом, ретикулярная формация - это совокупность специфичных нейронов спинного мозга и ствола головного мозга, имеющих обширные сетевидные связи с различными центрами и корой больших полушарий головного мозга и осуществляющих взаимодействие этих центров между собой

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ЧЕЛОВЕКА

Данилов В.Р. 2к. 247гр. ЛФ, Девяшин А.С. 2к. 247гр. ЛФ

Руководители темы: *Чуносова Т.Н.* доц. каф. анатомии человека, к.м.н., *Бусарин Д.Н.* асс. каф. анатомии человека

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Знание архитектоники и двигательной активности коленного сустава необходимо для понимания функциональных и патологических нарушений в опорно-двигательном аппарате.

Пель

Целью исследования явилось: изучить строение, функции коленного сустава и его вспомогательные структуры (связки, мениски, сумки и т. д.).

Материалы и методы

Нами изучено четыре препарата коленного сустава, полученных от людей обоего пола и разного возраста, умерших от заболеваний не связанных с патологией скелета. Методики: препарирование, морфометрия.

Полученные результаты

В результате были получены следующие данные: поперечный размер медиального мениска 7-8 мм, латерального 9-12 мм; сагиттальный размер медиального мениска 46-50 мм, латерального 40-46 мм; Толщина медиального мениска на периферии 6-8 мм, латерального 7-10 мм. Полученные данные полностью согласуются с данными литературы.

Выволы

Коленный сустав у людей не страдающих заболеваниями опорно-двигательного аппарата, имеет общий план строения, с небольшими индивидуальными особенностями. Освоение методики препарирования важно для формирования начальных медицинских навыков

ОСОБЕННОСТИ КРОВОСНАБЖЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА

Григорьева Е.Г. 1к. 131гр. ЛФ, *Рындина О.П.* 1к. 131гр. ЛФ, *Бабашко И.А.* 1к. 131гр. ЛФ Руководитель темы: *Чуносова Т.Н.* доц. каф. анатомии человека, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Знание кровоснабжения тонкой кишки имеет большое значение для диагностики и лечения ряда заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Цель

Целью исследования явилось изучить артерии и вены, кровоснабжающие тощую и подвздошную кишки.

Материалы и метолы

Нами использовано шесть препаратов брыжеечного отдела тонкой кишки людей разного возраста обоего пола, погибших от заболеваний, не связанных с желудочно-кишечным трактом. Использовались методы препарирование и морфометрии.

Полученные результаты

В результате исследования обнаружено, что тощая и подвздошная кишки кровоснабжаются из верхней брыжеечной артерии, от которой отходят 12-15 кишечных артерий (диаметром 2-3 мм). Эти артерии подходят к стенке кишки и делятся на дугообразные артерии, которые анастомозируют между собой (диаметр 1-1, 5 мм). Кроме этих кишечных анастомозов в брыжейке кишки образуются многократные соединительные артерии (диаметр 1-1, 3 мм). В одном препарате кишечные анастомозы были представлены несколькими соединительными артериями более мелкого диаметра (0,8-1 мм).

Выволы

Кровоснабжение тонкой кишки за счет множественных внутрисистемных артериальных анастомозов является обширным и более эффективным, что способствует нормальному функционированию органа.

ОСОБЕННОСТИ МУСКУЛАТУРЫ БОРПОВ

Ермоченко М.А. 1к. 148гр. ЛФ

Руководители темы: *Чуносова Т.Ĥ.* доц. каф. анатомии человека, к.м.н., *Бусарин Д.Н.* асс. каф.

анатомии человека

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Изучение особенностей мускулатуры спортсменов является одной из основных задач антропологии. На особенности строения тела спортсменов указывали ещё древние греки. Они знали, какая форма тела больше подходит для того или иного вида спорта. В настоящей работе рассмотрены особенности строения мускулатуры борцов.

Пель

Объектом исследования явилась группа из 10 борцов в возрасте 17-22 года, а также 10 мужчин того же возраста, не занимающихся спортом.

Материалы и методы

Методики: морфометрия, препарирование конечностей, изготовление гистологических препаратов.

Полученные результаты

Произведены антропометрические измерения обхвата средней трети плеча. У борцов — 35 см. У контрольной группы — 28, 2 см. На гистологических препаратах заметна гипертрофия мышечных волокон у борцов.

Выволы

Этот эффект достигается под влиянием систематических физических нагрузок.

СОВРЕМЕННЫЕ ДАННЫЕ ОБ ЭНДОТЕЛИИ КРОВЕНОСНЫХ И ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУЛОВ

Евдокимова Л.С. 2к. 244гр. ЛФ, Коростелев Д.С. 2к. 244гр. ЛФ Руководители темы: Филимонова Г.Ф. доц. каф. гистологии, эмбриологии и цитологии, к.м.н., Вереникина Б.И. доц. каф. гистологии, эмбриологии и цитологии, к.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

C31 W13 MM. H.M.WICHHAR

Актуальность

Несмотря на многочисленные исследования, эндотелий до сих пор можно назвать малоизученным. При этом, его деятельность регулирует нормальную работу и состояние тканевых элементов сердечно - сосудистой системы. От адекватного функционирования эндотелиоцитов зависят тонус сосудов (общее сосудистое сопротивление, артериальное давление), атромбогенность сосудистой стенки, активность тромбоцитов и свертывающей системы крови, воспалительный, окислительный процесс, а так же структурная сохранность слоев сосудистой стенки и проявления атерогенеза. Дисфункция эндотелия приводит к возникновению большого числа заболеваний — артериальная гипертония, увеличивающая в разы риск инсультов, сердечная недостаточность, ожирение и сахарный диабет, которые связаны с нарушением метаболизма. Проблема предупреждения и лечения этих болезней в настоящее время одна из наиболее важных задач, так как уровень смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы делит первое место с опухолевыми заболеваниями.

Материалы и методы

Для оценки современных знаний об эндотелии и эндотелиальной дисфункции использовались фундаментальные труды, монографии и публикации в научных журналах за последние 10 лет.

Полученные результаты

Эндотелий, по классическому определению гистологов, - однослойный пласт специализированных клеток, выстилающих изнутри все сердечно-сосудистое русло. Сейчас доказано, что эндотелиальные клетки сосудов представляют собой активный секреторный орган, диффузно рассеянный по всем тканям. С помощью БАВ эндотелий кнтролирует огромное количество процессов, влияя на весь организм. К основным веществам, секретируемым эндотелием, относят оксид азота NO, за открытие и описание функций которого была присуждена Нобелевская премия по медицине и физиологии, семейство эндотелинов, ангиотензин II, фактор фон Виллебранда, различные виды эйкозаноидов. Секреция этих веществ находится в тесной взаимосвязи с состоянием сосудов и протекающей кровью, в частности ее химического состава, давления и пр. Последние исследования позволили в достаточной мере отразить основное влияние эндотелиновых БАВ в реакциях местного воспаления, регуляция тонуса и проницаемости сосудов, участие в процессах свертывании крови и тромбообразовании.

Расширились знания и о механизмах регенерации эндотелиоцитов. Было доказано, что, регенерация происходит за счет предшественников эндотелиальных клеток (ПЭК). Уменьшение или увеличение количества циркулирующих в крови ПЭК приводит к снижению эластичности стенки сосудов и может служить маркером функционального состояния эндотелия. Предполагают, что ПЭК происходят из популяции гемопоэтических стволовых клеток. Вместе с тем, они были обнаружены при дифференцировке мезенхимальных клеток костного мозга, что свидетельствует о недостаточной ясности васкулогенеза и регенерации сосудистой стенки.

Выволы

Таким образом, основными направлениями изучения эндотелия являются не только изучение его морфологии, регенерации, но и механизмы его функционирования и общего влияния на организм.

СРАВНИТЕЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ В УСЛОВИЯХ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ

Куклева А.Д. 3к. 301гр. ЛФ

Руководитель темы: Подсевалова И.В. доц. каф. анатомии человека, к.м.н.

СамГМУ, Самара

Актуальность

В настоящее время в практической медицине все острее встает вопрос о последствиях употребления алкоголя и психотропных веществ, входящих в состав энергетических напитков. В научной литературе представлено крайне мало исследований влияния напитков, стимулирующих центральную нервную систему, на морфологию внутренних органов. В молодёжной среде считается, что данная продукция влияет на организм менее пагубно, чем алкоголь. Так, проведенное в рамках научной работы анкетирование студентов СамГМУ показало, что 14% студентов младших курсов и 6% студентов старших курсов регулярно употребляют энергетические напитки.

Цель

В связи с этим целью данной работы является сравнительное изучение влияния алкоголя и энергетических напитков на структуру и морфометрические показатели внутренних органов млекопитающих на примере лабораторных крыс.

Материалы и методы

В ходе исследования мы использовали следующие методы: описательный, сравнительный, экспериментальный, морфометрический, микроскопический, статистический. Для данного эксперимента было отобрано 12 белых беспородных крыс одного помета в возрасте 12 недель. Лабораторные животные были поделены на 3 группы: крысы, принудительно употреблявшие раствор этанола; крысы, употреблявшие алкогольный энергетический напиток «Jaguar»; контрольная группа. Выведение крыс каждой группы с последующим забором тканей сердца, печени и почек для гистологического исследования проводилось через три и четыре месяца от начала эксперимента.

Полученные результаты

Сразу после вскрытия проводились измерения продольного и поперечного размеров, а также массы указанных внутренних органов. У экспериментальных крыс второй группы по сравнению с животными первой и третьей групп были обнаружены следующие изменения: гипертрофия сердца (за счет увеличения размеров кардиомиоцитов), снижение макрометрических показателей печени, уменьшение диаметра почечных канальцев и площади почечных телец. Кроме того, в микропрепаратах почек крыс, употреблявших энергетический напиток дольше других животных, между почечными канальцами обнаруживались скопления жировых клеток, что свидетельствует о жировой дистрофии почек. Также жировые клетки наблюдались в большом количестве в межбалочных пространствах печени. В группе интактных крыс таких изменений не наблюдалось.

Выволы

Таким образом, в ходе исследования выяснилось, что длительное употребление энергетических напитков вызывает гипертрофию кардиомиоцитов и изменения, характерные для почечно-печеночной недостаточности. Нарушения, вызванные употреблением алкогольного энергетического напитка «Jaguar», необратимы и наносят больший вред организму млекопитающего по сравнению с алкоголем.

ТОПОГРАФИЯ И КРОВОСНАБЖЕНИЕ НАЛПОЧЕЧНИКОВ

Вишникина Е.Д. 1к. 132гр. ЛФ, Котлова К.Д. 1к. 131гр. ЛФ Руководитель темы: Чуносова Т.Н. доц. каф. анатомии человека, к.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Одной их актуальных задач современной анатомии и эндокринологии является изучение структуры и функций эндокринных желез, в частности надпочечников, поскольку этот орган играет важную роль в гуморальной регуляции гомеостаза.

Цель

Целью данной работы являлось изучение особенностей строения, кровоснабжения, иннервации надпочечников в норме и при некоторых патологических состояниях.

Материалы и методы

Материалом для исследования послужили препараты, полученные от семи людей разного возраста обоего пола, погибших от заболеваний, не связанных с эндокринным аппаратом. В работе были использованы методики препарирования, морфометрии и анализа рентгенограмм.

Полученные результаты

Надпочечники - парный орган, находящийся над обеими почками в виде пирамид. По данным нашего исследования надпочечники имеют следующие размеры: вертикальный -30-60мм, поперечный - 30 мм, передне-задний - 4-5мм.

Кровоснабжение надпочечника осуществляют три группы надпочечниковых артерий: верхняя, средняя и нижняя, формирующие в железе многочисленные капилляры, которые широко анастомозируют между собой и образуют в мозговом веществе расширения синусоиды. Калибр надпочечниковых артерий: верхняя и нижняя артерии - 2 - 3 мм, средняя - 3,

5 - 4 мм. Иннервируется надпочечник в большей степени симпатическими, и в меньшей - парасимпатическими волокнами чревного, блуждающего и диафрагмального нервов.

Выволы

Полученные результаты в основном совпадают с данными литературы.

ТОПОГРАФИЯ И МОРФОЛОГИЯ ЛИМФОИДНЫХ БЛЯШЕК ТОНКОЙ КИШКИ КРЫСЫ

¹Сорокин Р.А. 1к. 175гр. ЛФ Руководитель темы: ¹Круглов С.В. доц. каф. анатомии человека, к.м.н. 1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова 2 - СПБГПМУ

Актуальность

В настоящее внимание исследователей привлекает «лимфоидная ткань, ассоциированная со слизистыми оболочками», в частности кишечно-ассоциированная лимфоидная ткань (gut-associated lymphoid tissue - GALT), объединяющая все лимфоидные образования, расположенные в стенках кишечника. У человека GALT составляет до 25% всей массы слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, является источником около 1/3 всех лимфоидных клеток организма, представляет собой орган, выполняющий важнейшие функции, связанные с местной и системной защитой. В первую очередь такая защита направлена против антигенов, аллергенов и патогенной микрофлоры, поступающих вместе с пищей, а GALT является ее морфологической основой.

Пель

Целью настоящего исследования явилось изучить особенности распределения лимфоидных бляшек (ЛБ) на протяжении тонкой кишки и их морфометрические особенности.

Материалы и методы

Материалом для исследования явилась тонкая кишка 4 белых крыс. Длину и ширину ЛБ изучали под бинокулярной лупой с использованием окуляр-микрометра; площадь бляшек рассчитывали по формуле эллипса. В работе использованы статистические методы исследования: рассчитывали средние значения длины, ширины и площади лимфоидных бляшек, а также стандартную ошибку с использованием статистической программы Microsoft Excel.

Полученные результаты

В результате проведенного исследования установлено, что преобладающей формой является эллипсовидная (91, 7%). Совокупная длина всех ЛБ составляет в среднем 11, 7±2, 5% от длины тонкой кишки. При этом у крыс, в отличие от человека, ЛБ располагаются на всем ее протяжении. Наиболее длинные бляшки составляют 35% от общего числа, короткие - 41%. На долю широких и узких ЛБ приходится по 41%, а средних - 18%. Крупные ЛБ составляют 37%, средние - 18%, и мелкие - 45%. Самые крупные ЛБ, по всем показателям, находятся в дистальном отделе тонкой кишки. Установлено так же, что одна из самых крупных ЛБ по изученным морфометрическим параметрам расположена посередине кишки.

ТОПОГРАФИЯ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА ШЕИ

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Шея человека представляет собой особо уязвимое место из-за располагающихся в этой области крупных сосудов и нервов, при повреждении которых может возникнуть угроза жизни человека. Знание особенностей топографии сосудисто-нервного пучка шеи необходимо современному врачу в его практической деятельности.

Пель

Целью исследования послужило изучение топографии сосудисто-нервного пучка шеи.

Материалы и методы

Материалом для исследования послужили семь препаратов от людей разного возраста и обоего пола, умерших от заболеваний, не связанных с патологией сердечно-сосудистой системы.

Методы – морфометрия и препарирование.

Полученные результаты

В области сонного треугольника шеи внутренняя яремная вена на всех препаратах занимает более латеральное и поверхностное положение относительно общей сонной артерии, проходит под передним краем футляра грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Размещаясь вертикально с небольшим выбуханием назад, вена прикрывает собой заднюю поверхность общей сонной артерии и место её бифуркации. Диаметр внутренней яремной вены колеблется в пределах: от 6 мм до 11 мм.

Общая сонная артерия лежит медиальнее внутренней яремной вены, позади грудиноключично-сосцевидной и лопаточно-подъязычной мышц, следует вертикально вверх впереди поперечных отростков шейных позвонков. Диаметр её находится в пределах 4-7 мм. На уровне верхнего края щитовидного хряща или подъязычной кости происходит бифуркация общей сонной артерии на наружную и внутреннюю сонные артерии, имеющих примерно одинаковый диаметр — 3-6 мм.

Между общей сонной артерией и внутренней яремной веной и несколько кзади находится ствол блуждающего нерва. Диаметр его колеблется в границах от 3 до 5 мм.

Выволы

Полученные результаты в основном совпали с данными научной литературы.

ТОПОГРАФОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЕ ОСНОВНЫХ СТРУКТУР КОРНЯ ЛЕГКОГО ЧЕЛОВЕКА

Болотов К.Е. 1к. 131гр. ЛФ, *Шихмагомедов Ш.Ш.* 1к. 131гр. ЛФ Руководитель темы: *Чуносова Т.Н.* доц. каф. анатомии человека, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Знание топографии и строения бронхиально-сосудистого деления легких имеет большое теоретическое и практическое значение и используется в диагностике и лечении заболеваний легких

Пель

Изучить топографоморфологическое взаимоотношение основных структур корня легкого человека.

Материалы и методы

Материалом послужили 5 препаратов трахеи и бронхов, полученных от людей обоего пола, разного возраста, умерших от заболеваний не связанных с дыхательной системой.

Методы: препарирование, морфометрия.

Полученные результаты

Согласно результатам исследований трахея у взрослого человека в среднем состоит из 17-19 гиалиновых хрящей, по длине достигает 10-12 см, а по ширине — 1, 5-1, 8. Правый главный бронх в длину достигает 2-3 см, левый 4-5. Ширина правого бронха в среднем равна 1, 5-1, 6 см, а левого 1, 2-1, 3 см. Бронхи, также как и трахея, состоят из гиалиновых хрящей. Количество хрящей в левом бронхе равно 9-11, в правом 6-7. Правый бронх занимает более вертикальное положение. По бокам от трахеи проходит сосудисто-нервный пучок. В грудной полости перед трахеей располагается дуга аорты, плечеголовной ствол, начальная часть левой общей сонной артерии, плечеголовная вена. Над левым главным бронхом располагается дуга аорты, а над парным непарная вена. В воротах правого лёгкого под бронхом располагается

лёгочная артерия, две легочные вены. В воротах левого лёгкого над главным бронхом располагается лёгочная артерия, а под ним две лёгочные вены.

Выволы

Согласно результатам исследования наши данные в основном совпадают с данными литературы.

НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

ВЕЩЕСТВА АМФЕТАМИНОВОГО РЯДА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗМА

Спесивец Н.А. 2к. 245гр. ЛФ, Сабуева Д.Г. 2к. 246гр. ЛФ Руководитель темы: Кубышкина Н.А. доц. каф. нормальной физиологии, к.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

По данным ООН на 2013 год использование стимуляторов амфетаминового ряда (САР), за исключением экстези, остается широко распространенным во всем мире и увеличивается в большинстве регионов. В 2011 году 0, 7 процента от общей численности населения в возрасте 15-64 лет, или 33, 8 млн. человек, использовали САР.

Производимые нелегально аналоги амфетамина редко подвергаются тестированию фармакологической активности. Незаконные производители наркотических средств практически не проверяют свою продукцию на присутствие посторонних загрязняющих веществ и полупродуктов синтеза. В связи с этим при приеме таких препаратов существует реальная вероятность интоксикации побочными продуктами. В последнее время было установлено, что целый ряд аналогов амфетамина и метамфетамина оказывает токсическое воздействие на организм человека.

Пель

Выявить наиболее частые патологии у больных, злоупотребляющих САР; исследовать частоту повторных поступлений больных с диагнозом «Отравление САР» на отделение;

Материалы и методы

Амбулаторные карты больных.

Полученные результаты

Обработка амбулаторных данных 50 больных в возрасте от 18 до 35 лет показала, что у 88% лиц, злоупотребляющих САР выявлены: тахикардия/ аритмия/ артериальная гипертензия; у 50% - выраженная дистрофия; у 12% - поражения почек; у 60% - изъязвление кожных покровов; у 24% - разрушение зубов и костной ткани на фоне повышенного расхода кальция. Было также выявлено, что в среднем 60% больных поступают на отделение повторно менее, чем через год после выписки

Выволы

Таким образом, полученные результаты позволяют говорить о выраженном негативном воздействии САР на физиологические системы организма, а также о существовании сильнейшей психической зависимости от САР.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПОВ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ

Бенкен А.А. 2к. 245гр. ЛФ

Руководитель темы: Андреевская М.В. доц. каф. нормальной физиологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Типы темперамента и соответствующие им процессы возбуждения или торможения влияют на формирование условных рефлексов, обучение и адаптацию студентов.

Пель

В связи с эти цель работы: изучить типы высшей деятельности у студентов 2 курса лечебного факультета бюджетной и контрактной формы обучения.

Материалы и методы

Опросник «Адаптивность-02» (МЛО-АМ) разработан А. Г. Маклаковым и С. В. Чермяниным, определение типа высшей нервной деятельности (тестирование), оценка личностной тревожности (ЛТ) по Ч. Стилбергеру и Ю. Л. Ханину. Опрошено 40 человек, из них 20 учится на бюджетной основе, 20 на коммерческой основе.

Полученные результаты

Полученные результаты: из студентов бюджетной формы обучения холериков (X) - 5, флегматиков (Ф) - 6, сангвиников (С) - 7, меланхоликов (М) -2. При этом выявлены холерики только с высокой степенью тревожностью (46 баллов и выше), показатели адаптивных способностей (АС), нервно-психической устойчивости (НПУ), коммуникативного потенциала (КП) и моральной нормативности (МН) низкие и средние. Флегматики были со всеми уровнями тревожности, больше с умеренным, показатели АС, НПУ, КП, МН так же на всех уровнях без выявления закономерности. Сангвиники только с умеренной тревожностью (31-45 баллов), показатель АС и НПУ - средние, КП и МН - средние и высокие, у меланхоликов выявлена высокая тревожностью, все показатели низкие.

Из студентов коммерческой формы обучения холериков (X) -8, флегматиков (Ф) -7, сангвиников (С) - 5, меланхоликов (М) - 2. У холериков высокая и умеренная тревожность, показатели АС средние, НПУ низкие и средние, КП и МН - средние и высокие. Флегматики так же с высокой и умеренной тревожностью. Показатели АС и НПУ - средние, а КП и МН - средние и высокие. Умеренная тревожность в основном у сангвиников, показатели все разные, без выявления закономерностей. Меланхолики с умеренной и высокой тревожностью, все показатели средние.

Выволы

Таким образом, изучение типов темперамента и свойств нервной системы, как физиологических характеристик показали связь с процессами адаптации студентов в вузе. Наблюдается взаимосвязь типов ВНД с адаптивностью у студентов, так сангвиники и холерики имеют показатели адаптивных способностей выше, чем у меланхоликов.

ВЛИЯНИЕ БАРБИТУРАТОВ НА РЕТИКУЛЯРНУЮ ФОРМАЦИЮ

Березовская О.А. 2012к. 287гр. ЛФ

Руководитель темы: $Егорова \ A.A.$ научн.сотр. каф. нормальная физиология

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

На сегодняшний день известно несколько теорий наркоза, ни одна из которых не является универсальной так как они не объясняют механизма развития наркозного сна. Последнее время некоторые специалисты придерживаются "ретикулярной" теории наркоза, согласно которой тормозное действие анестетиков в большей степени сказывается на ретикулярной формации, что приводит к снижению ее восходящего активирующего действия на вышележащие отделы мозга.

Пель

Оценить возможность физиологического моделирования действия барбитуратов на функцию ретикулярной формации с точки зрения аналога универсального тормозного влияния анестетиков.

Материалы и методы

Анализ действия барбитуратов в условиях анестезии на основании физиологического моделирования.

Полученные результаты

Экспериментальные данные свидетельствуют о том, что ретикулярная формация играет активирующую роль в отношении вышележащих отделов центральной нервной системы. При этом разрушение определённых зон ретикулярной формации в эксперименте вызывает состояние, близкое к медикаментозному сну или наркозу. Эти данные способствовали развитию ретикулярной теории. В условиях анестезии введение барбитуратов сопровождается деафферентацией вышележащих отделов центральной нервной системы, что устраняет восходящее активизирующее влияние ретикулярной формации, что указывает на точку приложения этой группы анестетиков. Однако есть ряд факторов, которые не позволяют применять "ретикулярную теорию" к общей теории наркоза. Так, более раннее торможение ретикулярной формации по сравнению с корой головного мозга может быть результатом влияния анестетика на структуры спинного мозга, при помощи которых осуществляется афферентный поток импульсов. Для "чистого моделирования" действия анестетиков необходимо первоначально выключать спинальную афферентацию с последующим прогнозированием проявляемых эффектов от применения барбитуратов.

Выволы

В связи с тем, что функции и механизмы действия ретикулярной формации изучены пока недостаточно, необходимо путём моделирования "переходные" точки приложения анестетиков. Таким образом, физиологическое моделирование может позволить сепарировать этапы наступления наркотического сна. Определение этих этапов с помощью мониторинга глубины анестезии и с титрованием дозы анестетиков могут позволить не только контролировать течение анестезии, но и нивелировать нежелательные побочные действия применения препаратов.

ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА УСТОЙЧИВОСТЬ ВНИМАНИЯ И ПСИХОМОТОРНЫЕ РЕАКЦИИ СТУДЕНТОВ 2 КУРСА

Исса Н.А. 2к. 244гр. ЛФ, *Петрова В.А.* 2к. 244гр. ЛФ

Руководитель темы: Кубышкина Н.А. доц. каф. нормальной физиологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Известно, что здоровый образ жизни (ЗОЖ) непосредственно влияет на высшую нервную деятельность. Как показывают наблюдения, большинство студентов не ведет здоровый образ жизни, что отражается на их успеваемости.

Цель

Целью нашего исследования было выявить влияние здорового образа жизни на показатели высшей нервной деятельности, а именно устойчивость внимания и психомоторные реакции у студентов 2 курса.

Материалы и методы

Анкетирование с применением стандартного опросника с целью выявления здорового образа жизни, метод корректурной пробы для оценки устойчивости внимания (динамическая характеристика оценивалась сравнением объема и качества переработки информации за каждую минуту при выполнении корректурной пробы в течении 5 минут), теппинг-тест для диагностики подвижности нервных процессов. В исследовании приняло участие 100 студентов 2 курса ЛФ СЗГМУ им И И Мечникова

Полученные результаты

В исследовании участвовали студенты, находящиеся в равных условиях проживания: 50% проживающих в общежитии, 50% в собственной квартире. В качестве испытуемых были взяты юноши и девушки. По результатам анкетирования, в ходе которого оценивался уровень физической активности, характер питания, сон, эмоциональное состояние, 80% студентов не ведут здоровый образ жизни, 20% студентов ведут здоровый образ жизни. Неустойчивость внимания выявлена у 85% студентов, а устойчивое у 15%. Подвижность нервных процессов выступает показателем работоспособности, выносливости нервных клеток и нервной системы в целом. Слабая подвижность психомоторных реакций преобладала у 70%, средняя у 30%, а высокой подвижности не выявлено. Среди 20% студентов, которые ведут здоровый образ жизни, у 50% наблюдается устойчивое внимание и у 50% средняя подвижность психомоторных реакций. У 80% студентов, которые не придерживаются здорового образа жизни, выявлено, что лишь 10% обладают устойчивым вниманием и 18% средней подвижностью психомоторных реакций.

Выводы

Полученные результаты свидетельствуют о том, что здоровый образ жизни непосредственно влияет на показатели высшей нервной деятельности студентов 2 курса. У большинства студентов, не ведущих здоровый образ жизни, снижалась устойчивости внимания и скорость психомоторных реакций, что приводит к ухудшению успеваемости.

Здоровый образ жизни — образ жизни отдельного человека с целью профилактики болезней и укрепления здоровья. Чтобы улучшить качество жизни, повысить успеваемость и поддерживать физиологические процессы в норме, необходимо сохранять здоровье с помощью сбалансированного питания, физической подготовки, морального настроя и отказа от вредных привычек.

ВЛИЯНИЕ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА НА ОБУЧЕНИЕ

Ермина М.Ю. 2к. 254гр. ЛФ

Руководитель темы: Андреевская М.В. доц. каф. нормальной физиологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Как известно, особенности межполушарной асимметрии мозга определяют индивидуальные процессы высшей нервной деятельности, такие как способность к обучению студентов.

Полт

Целью исследования было выявить влияние функциональной асимметрии мозга на мотивацию обучения в вузе студентов 2 курса медико-профилактического и лечебного факультетов.

Материалы и методы

Методы исследования: применяли пробы для выявления моторной и сенсорной межполушарной асимметрии. Исследовали 2 группы студентов: 1 группу — студенты бюджетной формы обучения медико-профилактического факультета (20 человек) и 2 группа — студенты контрактной формы обучения лечебного факультета (20 человек). В каждой группе — выявляли преобладание правого и левого полушария головного мозга. Каждая проба выполнялась четыре раза, результаты записывали в таблицу. Расчет коэффициента асимметрии производился в процентах. Коэффициент праворукости (Кпр) расценивали значением Кпр выше 15 и леворукости (Кл) — ниже -15. Цифры между -15 и 15 свидетельствовали о моторной симметрии (амбидекстры).

После определения межполушарной асимметрии у 1 и 2 группы студентов определяли методом анкетирования мотивацию обучения в вузе. Также в анкете, студенты указали оценки зимней сессии. Для интерпретации результатов, были использованы 3 шкалы: «Приобретение знаний» (стремление к приобретению знаний, любознательность), «Овладение профессией» (стремление овладеть профессиональными знаниями и сформировать профессионально важные

качества), «Получение диплома» (стремление приобрести диплом, при формальном усвоении знаний).

Полученные результаты

В результате исследования межполушарной асимметрии мозга было выявлено, что в первой группе 14 человек с левополушарной асимметрией (ЛПА), 4 человека с правополушарной (ППА), 2 человека с амбидестрией. Во второй группе 16 – ЛПА, 2 – ППА и 2-амбидекстры. При оценке мотивации обучения были получены результаты в первой группе, студенты с ЛПА набрали наибольшее количество баллов по шкале «Получение знаний», студенты с ППА - «Овладение профессией», 2 студента (амбидекстры) – равное количество баллов ««Получение диплома» и «Овладение профессией». Во второй группе, студенты лечебного факультета контрактной формы обучения и ЛПА и ППА набрали большее количество баллов по шкале «Получение знаний» и «Получение диплома», 2 студента (амбидекстры) - «Получение знаний».

Выводы

Таким образом, функциональная асимметрия мозга влияет на мотивацию обучения в вузе. У студентов с преобладанием левого полушария отмечается более высокая степень мотивации к получению знаний, любознательность, у студентов с преобладанием правого полушария стремление к поиску обходных путей получения знаний, стремление к получению диплома, у студентов с амбидекстрией выявлена высокая степень мотивации к получению знаний.

ВЛИЯНИЕ МУЗЫКИ НА ПСИХОФИЗИОЛОГИЮ ЧЕЛОВЕКА

Стрелков Д.Н. 2к. 235гр. ЛФ, Шишкина Т.Б. 2к. 253гр. ЛФ Руководитель темы: Андреевская М.В. доц. каф. нормальной физиологии, к.м.н. $\mathbf{C3\Gamma MY}$ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Музыка способна по-разному воздействовать на состояние людей.

Пель

Исследовать влияние музыки различных жанров (ритмичной музыки и спокойной мелодичной музыки) на эмоциональное состояние студентов.

Материалы и методы

Эмоциональное состояние исследовали у студентов различных ВУЗов, проживающих в студенческом городке. Все они находились в состоянии физиологического покоя. В эксперименте участвовали две группы студентов по 20 человек – всего 40. Половые различия не учитывались. Возраст от 18 до 23 лет.

Каждое тестирование состояло из двух тестов, определялось сиюминутное эмоциональное состояние студентов до и после прослушивания музыки.

Полученные результаты

Тест Уэссмана-Рикса «Самооценка психических состояний» дал следующие результаты: после прослушивания спокойной классической музыки у 80% опрошенных улучшилось настроение и самочувствие, 75% почувствовали себя менее тревожными; 30% стали считать себя отдохнувшими, у 1/5 части опрошенных повысилась внимательность. Более спокойными себя стали ошущать абсолютно все опрошенные студенты. Среди тех, кому предлагалось прослушивать быстрые ритмичные «клубные» звуковые композиции, были выявлены следующие результаты: 88% опрошенных стали чувствовать себя более активными, 90% ощутили бодрость и прилив сил, половина людей стали чувствовать себя более возбужденными, 20% почувствовали себя сильнее, самочувствие улучшилось у 100% опрошенных.

На основании теста Спилберга-Ханина «Оценка уровня тревожности», было выявлено, что более половины людей, прослушивающих классическую музыку, перестали волновать возможные неудачи, 65% перестали находиться в состоянии напряжения, повысилась уверенность в себе у 37% опрошенных и 30% оценили свое состояние как довольное и радостное. Те, кому предлагалась «клубная» музыка, перестали ощущать спокойствие (70%), у

55% уменьшилось чувство скованности и напряжения, половина опрошенных почувствовали себя радостными, треть опрошенных ощутили себя слишком возбужденными.

Выволы

По результатам тестов было установлено, что улучшает самочувствие и эмоциональный фон прослушивание обоих жанров музыки, но при этом высокочастотная мелодичная музыка успокаивает людей, а низкочастотная ритмичная, наоборот, возбуждает, бодрит их. Это может быть использовано в медицинских целях.

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ НА ОБМЕН ВЕЩЕСТВ

Постникова Я.С. 2к. 246гр. ЛФ, Чижова А.С. 2к. 246гр. ЛФ Руководитель темы: Андреевская М.В. доц. каф. нормальной физиологии, к.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

На сегодняшний день, заболевания, связанные с нарушением обмена веществ, являются одной из самых актуальных проблем, в том числе и для студентов. Это связано, прежде всего, с недосыпанием, чрезмерным потреблением легкоусвояемых углеводов, малоподвижным образом жизни, а так же наличием стрессовых ситуаций. Изучение механизмов обмена веществ необходимо, как с лечебной целью, так и с целью профилактики нарушения обменных процессов.

Цель

Целью данной работы является изучение параметров обмена веществ у студентов, сравнительная характеристика полученных результатов с должными показателями с учетом пола и возраста, выявление отклонений основного обмена, а также способов профилактики данных нарушений.

Материалы и методы

Методы исследования: 1) анкетирование 2) определение должностного основного обмена (ДОО), специфического динамического действия пищи (СДДП), общих энергозатрат, коэффициента физической активности 3) расчет индекса массы тела (ИМТ) и сравнение с нормой. Для этого был проведен опрос 25 студентов в возрасте 18-24 года.

Полученные результаты

В результате исследования выявлено, что ДОО по формуле Гарисса-Бенедикта составил у девушек 1260-1990, у молодых людей 1370-2230. СДДП составляет в среднем 15% от ДОО, 189-300 и 190-334 соответственно. Общие энергозатраты 1240- 2785 и 1370-3120. КФА =1, 4. Выявлено, что ИМТ девушек был в промежутке от 18 до 29, 8 при норме 19-24. 6 из 13 девушек имеют избыточный вес. Диапазон значений молодых людей составил от 19 до 29, 7 при норме 20-25. 5 из 12 имеют повышенное значение ИМТ.

Методом анкетирования было установлено, что 10 из 25 спят 4-6 часов, при норме 6-8 часов. 14 из 25 студентов (56%) предпочитают быстрые углеводы в качестве промежуточного приема пищи. 13 из 25 (52%) указали, что не занимаются спортом. 13 из 25 студентов имеют вредные привычки.

Выводы

60% недосыпающих студентов имеют избыточный вес. Это объясняется влиянием гормонов - грелина и лептина на чувство голода человека. 7 из 14 студентов, предпочитающих в качестве промежуточного приема пищи «быстрые» углеводы, имеют повышенный ИМТ, что является свидетельством неправильного и нерационального питания. У 7 студентов из 13 ведущих малоподвижный образ жизни имеют избыточный вес.

Таким образом, большая часть студентов не соблюдает режим сна и отдыха, режим питания, ведет малоподвижный образ жизни, вследствие чего имеет избыточную массу тела.

В целях профилактики нарушений основного обмена все участники исследования были проконсультированы по поводу методов решения проблем связанных с основным обменом веществ

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КОНЪЮНКТИВЫ ГЛАЗА У СТУДЕНТОВ

Габриелян Л.Р. 2к. 208гр. МПФ, Габриелян Д.Р. 2к. 208гр. МПФ Руководитель темы: *Борисова Р.П.* проф. каф. нормальной физиологии, д.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Покраснение глаз происходит из-за расширения капилляров, расположенных по всей поверхности глазного яблока. Синдром «красного глаза» характеризуется гиперемией глаз, которая вызвана отеком и усилением кровотока в сосудах конъюнктивы вследствие локального нарушения микроциркуляции (МЦ). Синдром «красного глаза» встречается примерно у 45% пациентов офтальмологов по Санкт-Петербургу.

Материалы и методы

Осмотрено 20 некурящих студентов в возрасте 18-20 лет обоего пола без хронических и вирусных заболеваний в период: 18 девушек (в момент осмотра не использовали косметику) и 2 юношей. Период исследования: февраль — март. Состояние МЦ оценивалось визуально и по фотографиям микроциркуляторного русла наружного угла глаза, полученным в момент исследования. Производился анализ архитектоники сосудистой сети: сосудистых петель, клубочков, извитости, микроаневризм, а также степень выраженности сосудистой сети. Кроме того использовалась оригинальная анкета, позволяющая выявить влияние различных неблагоприятных факторов на МЦ глаза.

Полученные результаты

С помощью анкетирования удалось выявить, что у студентов присутствуют факторы, неблагоприятно влияющие на МЦ глаза: близорукость (11 человек), длительная работа за монитором (20 человек), нарушение режима сна и бодрствования (20 человек). С помощью визуального наблюдения установлено, что незначительное покраснение глаза наблюдается у 5 студентов, средней степени - 9, наиболее выраженное – 6. У последних более часто встречается извитость сосудов и наличие петель; у всех студентов этой группы наблюдается дефицит сна; 17 студентов испытывают дискомфорт глаз и готовы обратиться к врачу-окулисту.

Выволы

Факторы, отрицательно влияющие на МЦ глаз, наблюдаются у всех 20 обследованных студентов, наиболее существенным является дефицит сна. Нарушение микроциркуляции глаз, в той или иной, степени наблюдается у всех 20 студентов. Выданы рекомендации по снижению нагрузки на глаза и ведению здорового образа жизни.

ВЛИЯНИЕ СИСТЕМ АВО И РЕЗУС-ФАКТОРА КРОВИ НА ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ

 Γ абриелян Д.Р. 2к. 208гр. МПФ, Γ абриелян Л.Р. 2к. 208гр. МПФ Руководитель темы: *Борисова Р.П.* проф. каф. нормальной физиологии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Заболеваемость студентов достаточно высока, что связано с воздействием факторов риска (нерегулярное питание, скученность в аудиториях, психо-эмоциональные стрессы, нарушения режима сна и бодрствования и др.).

Цель

Выявить зависимость между антигенным составом крови (AB0 и Rh ()) и заболеваемостью студентов для своевременной профилактики.

Материалы и методы

Анкетирование с помощью оригинальной анкеты проводилось у 126 студентов II курса МПФ. Возраст обследуемых-18-25 лет, пол-30 юношей и 96 девушек. Анкета содержала вопросы об антигенных свойствах крови человека и перенесенных заболеваниях (сердечнососудистая система, желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), дыхательная система и кожа).

Полученные результаты

Установлено, что 0 (I) группа крови выявлена у 53 студентов, А (II) - у 49, В (III) - у 19, АВ (IV) - у 5 студентов. При этом 85 человек имеет Rh (), 41 человек Rh (-). В ходе анкетирования было выявлено, что студенты с 0 (I) группой крови страдают: аритмией - 4%, пороком сердца - 8%, дисбактериозом - 92%, гастритом -75%, бронхитом - 23%, пневмонией - 13%, ОРВИ-74%, акне-7%. Студенты с А (II) — пороком сердца-2%, дисбактериозом-86%, ОРВИ-71%, герпесом - 25%, акне - 11%. Студенты с В (III) - аримией-2%, дисбактериозом-82%, гастродуоденитом-3%, бронхитом-36%, ОРВИ - 87%, тонзиллитом - 8%, акне- 4%. Студенты с АВ (IV) - гипертонией - 2%, гастритом-4%, дисбактериозом-4%, ОРВИ-1%, кожные заболеваниями не выявлены. В ходе работы выявлено, что студенты с 0 (I) группой Rh () менее подвержены заболеваниям сердечно-сосудистой системы, ЖКТ, дыхательной системы и кожи, по сравнению с 0 (I) группой Rh (-). Более высокий% заболеваемости выявлен у Rh (-) студентов и в остальных группах.

Выводы

1. Индивидуальные антигенные свойства крови (AB0 и Rh ()) указывают на предрасположенность студентов к определенным заболеваниям: студенты с 0 (I) наиболее часто страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями и ЖКТ; студенты с А (II) –заболевания кожи; студенты с В (III) – заболеваниями дыхательной системы; в процессе работы было выяснено, что студенты с АВ (IV) группой болеют реже всего и преимущественно страдает ЖКТ. 2. В каждой из групп у студентов с Rh (-) кровью выявляется более высокий% заболеваемости, чем у Rh () студентов. 3. У студентов с группами крови 0 (I), А (II) и В (III) наиболее выражены дисбактериоз (92%) и ОРВИ (87%), тогда как у студентов с АВ (IV) - 4% и 1% соответственно. Это согласуется с литературными данными. 4. Знание наиболее характерных заболеваний у студентов с определенной группой крови помогает осознанно подойти к профилактике и лечению.

ВРЕМЯ СЕНСОМОТОРНОЙ РЕАКЦИИ ПОСЛЕ ВДЫХАНИЯ ТАБАЧНОГО ДЫМА У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ.

Шкурко С.Д. 2к. 283гр. ЛФ

Руководитель темы: Борисова Р.П. проф. каф. нормальной физиологии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

По последним данным (2013 год) Всемирной организации здравоохранения, на нашей планете курят 12% женщин и 16% мужчин, 1, 3 миллиарда населения нашей планеты находится в зависимости от табака. На данный момент Россия занимает первое место по потреблению табака в мире, а также первое место по подростковому курению. Согласно последним данным ВОЗ, курение в России ежегодно убивает 332. 000 человек, курить начинают уже в 10-12-летнем возрасте, а первый опыт «пробы» сигарет – до семи лет. Все СМИ пишут и говорят о высокой смертности курильщиков – 17% всех смертей в год связаны с курением. Перспектива смерти от рака лёгких, ХОБЛ, острой коронарной недостаточности - долгосрочна, а исследований, связанных с быстрой реакцией организма на поступление табачного дыма практически нет. Не только в России, но и во всем мире проблема влияния курения на процессы высшей нервной деятельности исследована мало, несмотря на то, что она очень актуальна.

Цель

Исследовать, как вдыхание табачного дыма влияет на процессы высшей нервной деятельности студентов. Сравнить показатели сенсомоторной реакции у курящих и некурящих студентов при вдыхании табачного дыма.

Материалы и методы

Статистический анализ периодических изданий, опрос студентов Л Φ , 2 курса, тест на время сенсомоторной реакции у 14 курящих и 14 некурящих студентов возрасте 18-20лет.

Полученные результаты

Из 130 студентов регулярно курят 74 человека (43 мальчика и 31 девочка).

Определения сенсомоторной реакции производилось у 14 курящих (7 мальчиков и 7 девочек) со стажем от 3х лет, выкуривающих в день от 20 сигарет, и 14 некурящих (7 и 7 соответственно). Испытуемым нужно было после появления на экране красного квадрата как можно быстрее нажать на кнопку. Среднее время сенсомоторной реакции у курящих и некурящих людей до выкуривания сигареты существенно различается: 0. 351с секунды у некурящих и 0. 462с у курильщиков. После выкуривания 2х сигарет у курильщиков время сенсомоторной реакции составило 0. 589с, не наблюдалось головокружения.

Некурящим студентам было предложено затянуться 3 раза, после чего среднее время сенсомоторной реакции - 0. 689с, что больше исходного результата на 0. 338с. 11 человек ощутили головокружение и легкое недомогание.

Выводы

Установлено, что исходное среднее время сенсомоторной реакции у курящих студентов достоверно выше, чем у некурящих. Курение более существенно увеличивает время сенсомоторной реакции у некурящих студентов, вызывая при этом ухудшение самочувствия.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АКТИВНЫХ ФОРМ В ИЗУЧЕНИИ ФИЗИОЛОГИИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА МОТИВАЦИЮ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ.

Антия А.Э. 2к. 244гр. ЛФ, Нестеренко К.А. 2к. 243гр. ЛФ, Филиппова Е.В. 2к. 244гр. ЛФ Руководитель темы: Кубышкина Н.А. доц. каф. нормальной физиологии СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В настоящее время необходимость общества в высококвалифицированных специалистах очень велика. Ввиду высоких темпов развития мировой науки, техники и медицины, требования к специалистам постоянно растут. Современный специалист не только должен обладать широким спектром знаний, но и должен уметь самостоятельно решать сложные производственные и научные проблемы, постоянно совершенствоваться и уметь творчески мыслить.

Пель

Поставленные веред ВУЗом цели могут быть достигнуты только путем творческого подхода к организации учебной деятельности, в котором будут сочетаться не только традиционные, но и совершенно новые способы организации учебного процесса. Именно активные методы обучения значительно влияют на качество подготовки студентов.

Материалы и метолы

В исследовательской работе приняли участие 100 студентов второго курса лечебного факультета СЗГМУ им И. И. Мечникова. Использовалась оригинальная анкета для выявления уровня мотивации студентов к обучению, заинтересованности в изучении предмета «Физиология», желания принять участие в интерактивных мероприятиях в процессе обучения.

Полученные результаты

По результатам исследования 36 студентов являются не заинтересованными в изучении предмета «Физиология». Это связано с низким уровнем мотивации к обучению. Из данных респондентов 9 человек заявили, что «материал учат только для экзамена». Однако на вопрос: хотели бы вы видеть в учебном процессе интерактивные способы обучения? 86 человек ответили: да. Чтобы повысить общую заинтересованность в предмете «Физиология», был создан стенд «Увлекательная Физиология. Познай самого себя!». На данном стенде, установленном на кафедре физиологии, разместили различные статьи, фотографии, рисунки и интересные факты по изучаемому предмету. Каждый студент имел возможность ознакомиться с материалом и принять участие в проекте, написав интересующий вопрос и опустив его в специальный ящик, обеспечивающий двустороннее взаимодействие между создателями проекта студентами. Повторное анкетирование показало, уровень что заинтересованности повысился: незаинтересованностьк изучению предмета проявили только 20 человек. На основании этого авторы считают целесообразным дальнейшее использование

стендового проекта с периодичным обновлением материала для поддержания интереса студентов к обучению.

Выводы

Таким образом, стенд способствует активации учебного процесса студентов, повышает мотивацию к обучению, а также побуждает к творческому участию, обеспечивает саморазвитие личности на основе выявления индивидуальных особенностей и способностей каждого студента.

ИССЛЕДОВАНИЕ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ И МЕХАНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА ПОД ВЛИЯНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ

Поночевная Н.В. 2к. 245гр. ЛФ

Руководитель темы: Егорова А.А. асс. каф. нормальной физиологии

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

При работе сердца наблюдаются изменения биоэлектрической активности, которые можно зарегистрировать с использованием метода электрокардиографии (ЭКГ). Состояние возбуждения кардиомиоцитов, зависит от влияния ионов калия, кальция и гормона стресса - адреналина.

Пель

- 1. оценить изменения биоэлектрической активности сердца у студентов на ЭКГ в покое, при физической нагрузке и под влиянием черного чая.
- 2. изучить физиологический действие электролитов (калия, кальция) и медиатора (норадреналина) на кардиомиоциты лягушки.

Материалы и методы

ЭКГ и ритмокардиографии регистрировалась с применением диагностической системы «Валента». В исследовании принимали участие студенты 2 курса СЗГМУ им. И.И. Мечникова в количестве 20 человек: 10 юношей и 10 девушек.

Изучение действия гормонов и электролитов (11 опытов) проводили на сердце лягушки, изолированном по методу Штрауба, посредством записи механокардиограммы на миографе. После записи фоновой сократительной активности сердца в растворе Рингера исследовали влияние ионов кальция (2-3 капли 1% p-ра CaCl).

Полученные результаты

Стандартная физическая нагрузка вызывала незначительные изменения ЭКГ в форме положительного хронотропного эффекта на (ЧСС увеличивалась на 15-20%) у всех испытуемых. У всех 10 лиц с экстрасистолией наблюдалась синхронизация ритма. Действие черного чая без сахара вызывало статистически недостоверное учащение ритма без других изменений на ЭКГ.

Наблюдалось отчетливое увеличение амплитуды и силы сокращений на 30-40%. Действие 2-3 капель 1% р-ра КСІ вызывало уменьшение амплитуды и силы сокращений на 20-35%. Влияние 1% раствора адреналина гидрохлорида вызывало эффект, схожий с влиянием ионов кальция – наблюдалось увеличение амплитуды и частоты сокращений на 35-42%. После каждого эксперимента проводилось отмывание сердца раствором Рингера до восстановления исходных параметров сократительной активности.

Выволы

Физическая нагрузка вызывает учащение ритма на ЭКГ, при нагрузке наблюдается синхронизация ритма которая, по-видимому, связана с влиянием адреналина и повышением проницаемости для ионов Ca2, черный чай не оказывает существенного влияния на деятельность сердца.

Увеличение концентрации К приводит к снижению параметров сократительной активности кардиомиоцитов.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕАКЦИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И СИСТЕМЫ КРОВИ У МОНОЗИГОТНЫХ БЛИЗНЕЦОВ В УСЛОВИЯХ ГИПОКСИИ

Гуламова О.С. 2к. 204гр. факультет подготовки и усовершенствования гражданских врачей, Гончарова К.И. 2к. 204гр. факультет подготовки и усовершенствования гражданских врачей

Руководитель темы: *Королёв Ю.Н.* доц. каф. нормальной физиологии, к.м.н. **Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург**

Актуальность

По данным доступной нам литературы те немногочисленные исследования, которые проводились в данном направлении ранее, не рассматривали указанные вопросы

Пель

Оценить индивидуальную реакцию близнецов к условиям нормобарической гипоксической гипоксии; выявить определенные закономерности в исследуемых показателях

Материалы и методы

Исследовалось влияние гипоксической гипоксии на частоту сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин) и насыщения крови кислородом (НbO2,%) у трех пар близнецов в возрасте 19-20 лет. Гипоксическая смесь создавалась гипоксикатором «Эверест». Дыхание газовой смесью с 10%, 13%, 15% содержанием О2 в азоте проводилось в течение 15 мин. ЧСС и HbO2 регистрировались поминутно. Установлено, что при гипоксической пробе с 13% и 15% О2, различия в показаниях ЧСС и HbO2 по сравнению с фоном, а также между собой были незначительны. Однако, при концентрации 10% наблюдались различия ЧСС и HbO2 у одного из близнецов каждой пары.

Полученные результаты

В частности, значения в 1-ой паре составляли:

У 1-го близнеца ЧСС: фон-69, нагрузка 5 мин-75, 10 мин-67, 15 мин-67, восстановление-69:

HbO2: фон-99, нагрузка 5 мин-94, 10 мин-93, 15 мин-97, восстановление-98;

У 2-го близнеца ЧСС: фон-77, нагрузка 5 мин-78, 10 мин-76, 15 мин-80, восстановление-71;

HbO2: фон-96, нагрузка 5 мин-94, 10 мин-93, 15 мин-87, восстановление-97;

Во 2-ой паре:

У 1-го близнеца ЧСС: фон-76, нагрузка 5 мин-83, 10 мин-66, 15 мин-81, восстановление-65;

HbO2: фон-97, нагрузка 5 мин-97, 10 мин-95, 15 мин-96, восстановление-98;

У 2-го близнеца ЧСС: фон-60, нагрузка 5 мин-52, 10 мин-53, 15 мин-52, восстановление-58;

HbO2: фон-99, нагрузка 5 мин-93, 10 мин-85, 15 мин-79, восстановление-93;

В 3-ей паре:

У 1-го близнеца ЧСС: фон-64, нагрузка 5 мин-71, 10 мин-71, 15 мин-79, восстановление-65;

HbO2: фон-97, нагрузка 5 мин-91, 10 мин-90, 15 мин-79, восстановление-96;

У 2-го близнеца ЧСС: фон-65, нагрузка 5 мин-91, 10 мин-74, 15 мин-90, восстановление-66;

НьО2: фон-98, нагрузка 5 мин-83, 10 мин-78, 15 мин-77, восстановление-98;

Выводы

Таким образом, в каждой паре близнецы различались по степени адаптации к гипоксии: адаптация сердечно-сосудистой системы у одного была лучше, чем у другого. Можно заключить, что гипотеза об идентичности регуляции вегетативных функций у монозиготных близнепов несостоятельна.

К ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА С ПОМОЩЬЮ ЛОЗИРОВАННЫХ ТЕПЛОВЫХ НАГРУЗОК

Биято А.О. 4к. 405агр. ФПУГВ

Руководитель темы: Алекперов И.М. доц. каф. нормальной физиологии, к.м.н.

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Актуальность

В последнее время в физиологии труда для исследования и оценки функционального состояния организма (ФСО) человека получили широкое распространение различного рода функциональные пробы в виде физических нагрузок (велоэргометрия, беговые тесты, степ-тест, проба Руфье, проба Мастера и пр.) Общим для них является использование такого интегрального показателя организма как частота сердечных сокращений (ЧСС). При этом оценивается величина повышения ЧСС на дозированную мышечную нагрузку и время её восстановления. Вместе с тем, известна аналогичная реакция сердечнососудистой системы при увеличении температуры тела.

Пель

В настоящих исследованиях, в целях оценки ФСО использовался способ экзогенной гипертермии, проводимой в условиях тепловой камеры с устойчивыми микроклиматическими параметрами: относительной влажностью 10-20%, температурой 80-90оС.

Материалы и метолы

В обследовании приняли участие 20 волонтеров военнослужащих с различным уровнем физической подготовленности. Их функциональное состояние оценивалось по степени увеличения ЧСС за 10 минутный период тепловой нагрузки в положении сидя в тепловой камере и скорости её восстановления по специально разработанной нами эмпирической формуле: И фсо= 600/2 (Р1 Р2 Р3) х 10, где И ФСО — индекс функционального состояния организма в усл. ед; 600 — время гепертермии в секундах; Р1 — ЧСС за 30 сек. восстановления с 31с по 60 секунду; Р2 — ЧСС с 91 по 120 секунду восстановления; Р3 — ЧСС с 155с по 180 секунду восстановления в комфортных микроклиматичиских условиях. Чем больше величина И ФСО, тем выше уровень ФСО человека.

Полученные результаты

В результате проведённых исследований, было выявлено улучшение показателей на 4-5%.

Выводы

Исследования корреляционных взаимосвязей индекса ФСО и тепловой устойчивости на гипертермическую нагрузку с показателями аэробной работоспособности (тест PWC 170) и анаэробной (тест Маргария) показывают более высокую корреляцию с показателями аэробной работоспособности.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГРАНУЛОЦИТОВ И МОНОЦИТОВ КРОВИ В НОРМЕ И ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОИДНОМ ЛЕЙКОЗЕ

Рысев Г.А. 2к. 239гр. ЛФ

Руководитель темы: $Андреевская \, M.B. \,$ доц. каф. нормальной физиологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В последнее время все чаще возникают случаи развития онкогематологических заболеваний, обусловленных появлением Филадельфийской хромосомы (t9: 22), в том числе и хронический миелоидный лейкоз (ХМЛ). Данная мутация является первым этапом патогенеза ХМЛ.

Цель

Целью исследования было: a) изучить нормальное развитие, морфологию и физиологию гранулоцитов и моноцитов крови; б) выявить нарушения, возникающие при хроническом

миелоидном лейкозе; в) оценить влияние на систему крови факторов окружающей среды, выявить этиологию ХМЛ.

Материалы и методы

Проводились исследования пунктатов костного мозга здоровых людей, пациентов с XMЛ на различных стадиях. Мазки пунктатов окрашивались различными гистологическими и иммуноцитохимическими методами. Изучались мазки периферической крови здоровых людей и больных XMЛ, окрашенные по Романовскому. С целью оценки влияния окружения на развитие XMЛ проводилось изучение историй болезни пациентов с XMЛ на предмет наличия сходных факторов среды, которые могли стать причиной развития заболевания.

Полученные результаты

В норме гранулоциты развиваются из стволовой клетки крови путем дифференцировки, проходя несколько стадий развития: стволовая клетка крови; →полустволовая клетка; →колониеобразующая клетка: →миелобласт: →промиелоцит: →миелоцит: →метамиелоцит: →палочкоядерный гранулоцит; →сегментноядерный гранулоцит. Нормальные численные значения (*109/л): Нейтрофилы- 1, 8-7, 0; Базофилы~0, 02; Эозинофилы~0, 45. Моноциты проходят стадии монобласта, промоноцита и зредого моноцита (N=0, 04-0, 7). При развитии ХМЛ происходит изменение цитофизиологии и морфологии гранулоцитов и моноцитов. Реципрокная транслокация 22 и 9 хромосом приводит к формированию гена BCR-ABL, вызывающего изменения шитофизиологии. Миелоциты теряют способность к нормальному функционированию. Морфологически наблюдается появление патологических гранул (напр. тельца Ауэра в нейтрофилах), трансформация гранулоцитов и моноцитов до бластных форм, прекращение их дальнейшей дифференцировки, что приводит в конечном итоге к фазе «бластного криза». В норме гранулоциты и моноциты крови продвигаются к очагу воспаления (хемотаксис) и внедряются в ткани с целью его устранения. За данные процессы отвечают белки L-селектины и β2-интегрины. При развитии XMЛ они блокируются в результате подавления сигнальной трансдукции хемотаксических факторов мутантным белком ВСR-АВL. Результат отсутствие иммунного ответа. Изучение историй болезней пациентов с ХМЛ не выявило общего этиологического фактора кроме вероятной генетической предрасположенности.

Выводы

Таким образом, помимо морфологических изменений, при XMЛ наблюдается лейкоцитоз (>40*109/л), базофильно-эозинофильная ассоциация и сдвиг лейкоцитарной формулы влево до бластных форм. Наблюдается прогрессивное снижение иммунного ответа. Главным этиологическим фактором XMЛ является генетическая предрасположенность. Большое влияние также оказывает ионизирующая радиация и воздействие различных химических канцерогенов.

НАРУШЕНИЕ ПРОЦЕССА ПИСЬМА И КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Симоненко С.Г. 2к. 288гр. ЛФ

Руководители темы: 1 *Курзина Н.П., Борисова Р.П.* проф. каф. нормальной физиологии, д.м.н.

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова 2 - СПБГУ

Актуальность

У детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ) наблюдаются серьезные изменения когнитивных процессов, препятствующие их обучению и адаптации в социуме.

Пель

Исследовать особенности процесса письма и когнитивных функций у детей младшего школьного возраста с дисграфией и СДВГ.

Залачи:

Изучение процессов письма, речеслуховой памяти и объема, продуктивности, концентрации внимания у детей с СДВГ.

Материалы:

Экспериментальная группа (ЭГ) состояла из 11 детей (из них 7 мальчиков и 4 девочки) в возрасте от 8 до 9 лет, имеющих диагноз СДВГ (из них 9 детей имеют диагноз дисграфия). Контрольную группу (КГ) составили 10 детей (6 мальчиков и 4 девочки) в возрасте от 8 до 9 лет с дисграфией, не имевших диагноза СДВГ.

Методы и результаты:

- 1. Изучение внимания: 1.1 Исследование объема внимания (методика «Запомни и расставь точки»). Оценка результатов: 5 баллов точное и правильное воспроизведение без ошибок 6 и более точек. Результаты: в КГ набрали 5 баллов три ребенка, в ЭГ один; 1.2. Исследование продуктивности и концентрации внимания (корректурная проба Э. Ландольта). Оценка результатов: 1 балл показатель S от 0, 2 до 0, 00 очень низкая; 5 баллов показатель В выше, чем 1, 25 очень высокая. Результаты: в КГ никто не набрал 1 балл, а в ЭГ два; в КГ набрал 5 баллов один ребенок, в ЭГ ни одного. Процентное соотношение результатов обеих методик. КГ: 1 балл 0%, 5 баллов 20%. ЭГ: 1 балл 9, 1%, 5 баллов 4, 5%.
- 2. Исследование кратковременной речеслуховой памяти (тест на заполнения 10 слов; А. Р. Лурия). Оценка результатов: 5 баллов правильное воспроизведение всех слов с 1-3 предъявлений. Результаты: в КГ набрали 5 баллов четыре ребенка, в ЭГ ни одного.
- 3. Исследование процесса письма: 3. 1. Диктант акустически близких согласных звуков. Результаты: в КГ отлично выполнили пробу семь детей, в ЭГ шесть; 3. 2. Диктант строчных букв, имеющих одинаковые графические элементы. Результаты: в КГ набрали 5 баллов восемь детей, в ЭГ шесть. Процентное соотношение результатов обеих методик. КГ: 5 баллов 75%. ЭГ: 5 баллов 54. 6%.

Выводы

1) При определении объема, продуктивности и концентрации внимания $\Im\Gamma$ показала более низкие результаты (4, 5%), тогда как КГ – 20%. 2) При исследовании кратковременной речеслуховой памяти в $\Im\Gamma$ никто не набрал 5 баллов, когда в КГ – 40%. 3) При диктанте акустически близких согласных звуков и строчных букв, имеющих одинаковые графические элементы в $\Im\Gamma$ успешно выполнили задание 54, 6%, а в КГ – 75%. Таким образом, дети $\Im\Gamma$ показали более низкие результаты, чети дети КГ. \Im соответствует «синдрому дефицита внимания и гиперактивности с преимущественным нарушением внимания». Дефицит внимания можно рассматривать как одну из причин, приводящих к дисграфическим ошибкам на письме. \Im то объясняется несформированностью большинства высших психических функций. Следовательно, процессы письма у детей с СДВГ развиты хуже, чем у сверстников. Также дети совершают много ошибок, не справляются со школьными заданиями.

ОТРАЖЕНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ОСОБЕННОСТЯХ СИГНАЛА ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ

Aхметгареева A.P. 2к. 209гр. Медицинский фак-т, 3аева A.C. 2к. 207гр. Медицинский фак-т Руководитель темы: Eрофеев $H.\Pi$. проф. каф. физилогия, д.м.н.

СПбГУ

Актуальность

В связи с распространенностью заболеваний лимфатических сосудов актуальным является развитие использования современных неинвазивных методов диагностики. Особенно актуально создание методов, способных регистрировать наличие начальных патогенетических механизмов развития данных заболеваний до возникновения развёрнутой клинической картины заболевания. Представляет интерес исследовать потенциальные возможности лазерной

допплеровской флоуметрии (ЛДФ) в оценке имеющихся патологических изменений лимфодинамики.

Пель

Целью настоящей работы был анализ изменения дополнительных показателей ЛД Φ в обследовании больных с вторичной лимфедемой нижних конечностей.

Материалы и методы

Было обследовано 8 больных в возрасте 27-65 лет. Контрольной группой были 30 здоровых добровольцев.

Исследование выполнялось с помощью системы Biopac LDF100C.

Датчик размещался в медиальной надлодыжечной области. Проводилась 2-минутная регистрация ЛДФ-граммы. Затем рассчитывались расширенные показатели ЛДФ, в частности, величина вклала медленноволновых флаксмоций и индекс флаксмоций.

Полученные результаты

При анализе показателей ЛДФ-грамм больных вторичных лимфедемой отмечались следующие характерные изменения. При практически одинаковой величине показателя микроциркуляции и флакса отмечалось значимое (р<0.05) снижение вклада медленноволновых флаксмоций в общую мощность спектра по сравнению с контрольной группой.В связи с этим флаксмоций.Данные прослеживалась тенденция снижению инлекса свидетельствуют об уменьшении вклада местных сосудистых факторов в модуляцию тока жидкости в микроциркуляторном русле.На уровне лимфатических сосудов это может быть угнетением моторики лимфангионов.Снижение инлекса объяснено свидетельствует о дисбалансе регуляторных механизмов микроциркуляторной гемо- и лимфодинамики.Полученные данные согласуются с современными представлениями о патогенезе вторичной лимфедемы, ключевым звеном которого на этапе начальных структурных и функциональных изменений является угнетение моторики лимфангионов с последующим повышением эндолимфатического давления.

Выволы

Полученные данные свидетельствуют о потенциальной возможности использования лазерной допплеровской флоуметрии в диагностике вторичной лимфедемы нижних конечностей на этапе начальных морфофункциональных изменений. Соответствие наблюдаемой ЛДФ-картины современным представлениям о патогенезе вторичной лимфедемы нижних конечностей подтверждает предположение о наличии компонента суммарного ЛДФ-сигнала, обусловленного отражением лазерного излучения от элементов лимфы. Перспективной задачей является разработка новых алгоритмов анализа ЛДФ-сигнала с целью более точного учёта апериодических составляющих лимфодинамики. Полученные данные дают возможность дальнейшей разработки применения ЛДФ в диагностике патологий лимфатических сосудов и мониторинге эффективности их лечения.

ОЦЕНКА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ НОСА ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ С ПОМОЩЬЮ ЛАЗЕРНОЙ ДОПЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ

Останина Ю.В. 2к. 202гр. Медицинский, Туктаров А.М. 2к. 212гр. Медицинский, Гришук А.А. 4к. 401гр. Медицинский фак-т Руководитель темы: Ерофеев Н.П. проф. каф. Физилогия, д.м.н. СП6ГУ

Актуальность

Несмотря на распространённость использования лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) в других областях медицины, в оториноларингологии ЛДФ применяется сравнительно мало. Одной из причин этого является локальное изменение микроциркуляторного кровотока при контактном раздражении слизистой оболочки датчиком, вызывающее погрешности в измерениях. В литературе имеются лишь единичные сообщения об исследовании

микроциркуляции слизистой оболочки полости носа с помощью ЛДФ, не содержащие точного описания устройства и способа проведения исследования.

Пель

- 1. Создать эффективную конструкцию для измерения параметров кровотока в слизистой оболочке носа методом лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ).
- 2. Выяснить влияние физической нагрузки на состояние микроциркуляции в слизистой оболочке полости носа.

Материалы и методы

Группе студентов (n=21) в возрасте от 17 до 23 лет проведено исследование микроциркуляции в слизистой оболочке полости носа методом ЛДФ. Для исследования использовалась система Віорас LDF100C. Датчик устанавливался в области передних отделов нижней носовой раковины. Запись велась в течение минуты до и после физической нагрузки динамического характера (30 приседаний менее чем за 1 минуту). Для осуществления поставленных целей мы разработали устройство для определения параметров кровотока слизистой оболочки полости носа. По результатам исследования рассчитывались значения показателя микроциркуляции (ПМ).

Полученные результаты

Выполнение стандартной физической нагрузки (30 приседаний менее чем за 1 минуту) у 91% испытуемых вызвало повышение показателя перфузии в среднем в 2, 02 раза (р<0, 05), что свидетельствует о повышении сосудистого тонуса в слизистой оболочке носа, а также многие при субъективном описании ощущений отметили у себя улучшение носового дыхания.

Выволы

- 1. Использование оригинальной насадки из пористого гигроскопичного материала позволило решить проблему отрицательного воздействия металлического датчика на слизистую оболочку и получить четкий ЛДФ сигнал.
- 2. По результатам пробы с физической нагрузкой подтверждено, что перфузия сосудов микроциркуляторного русла слизистой оболочки полости носа напрямую зависит от функционального состояния организма.
- 3. Предложенный метод изучения параметров микроциркуляции позволяет адекватно оценивать состояние слизистых оболочек человеческого организма вне зависимости от степени их увлажнения.
- Полученные данные представляют интерес для клинической практики, так как позволяют существенно расширить возможности применения лазерной допплеровской флоуметрии для измерения параметров кровотока в слизистых оболочках в норме и при различных патологиях.
 5.

ОЦЕНКА УРОВНЯ РЕАКТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ І И ІІ КУРСОВ.

Aрхипова A.B. 2к. 214гр. МПФ, Cеменов $\Gamma.A.$ 2к. 214гр. МПФ Руководитель темы: Борисова P.П. проф. каф. нормальной физиологии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Сессия - это особый период в жизни студента, который требует мобилизации умственных и физических сил, что часто приводит к эмоциональному перенапряжению. Это проявляется в повышении уровня реактивной и личностной тревожности и снижает качество жизни студента. Продолжая аналогичные исследования, выполненные ранее (Базарова С. А.), в этом году сравнивались показатели тревожности у студентов I и II курсов в связи с их успеваемостью.

Пель

Сравнение уровня тревожности у студентов I и II курсов, а также показателей их успеваемости в сессию.

Материалы и методы

В основе метода исследования лежит шкала самооценки Спилбергера-Ханина в модификации, позволяющей определить итоги сессии и их личностную самооценку.

В ходе исследования было опрошено 30 студентов I курса и 28 студентов II курса – всего 58 человек. Исследование проводилось спустя месяц после сессии. Тестирование состояло из двух частей: в первой определялась реактивная (РТ) и личностная (ЛТ) тревожности, во второй – средний балл в сессию и его эмоциональная оценка.

Полученные результаты

Оценка личностной тревожности показала, что у студентов I курса низкий уровень ЛТ выявлен у 4 человек, средний у 16, высокий у 10. У студентов II курса низкий уровень ЛТ выявлен у 5 человек, средний у 10, высокий у 13. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у II курса больший процент людей имеет повышенный уровень ЛТ по сравнению с I курсом (46, 4% и 33, 4% соответственно). Средние значения ЛТ у студентов I и II курсов примерно равны (40, 7% и 43, 3% соответственно).

Оценка реактивной тревожности показала, что у студентов I курса низкий уровень РТ выявлен у 15 человек, средний у 11, высокий у 4. У студентов II курса низкий уровень РТ выявлен у 18 человек, средний у 7, высокий у 3. Показатели примерно аналогичны у I и II курсов и выражаются в преобладании (50% и 64% соответственно) низкого уровня РТ.

По итогам сессии студенты I и II курсов с высоким уровнем тревожности имеют средний балл 3, 4 и 3, 7; студенты с низким уровнем тревожности получили 3, 4 и 4, 0 соответственно.

Выволы

- 1. Оценка личностной тревожности (ЛТ) показала, что у студентов II курса преобладает высокий уровень тревожности (выявлен в 46, 4%), а у студентов I курса умеренный уровень тревожности (53, 2%). Предположительно, это связано с более трудной сессией на II курсе и приобретением учебного и эмоционального опыта.
- 2. Оценка реактивной тревожности (РТ) выявила сходство показателей у I и II курсов: преобладание уровня низкой тревожности (50% и 64% соответственно) и минимальное количество студентов с высоким уровнем тревожности (14% и 11%). Это свидетельствует о восстановлении исходного эмоционального статуса через месяц после сессии.
- 3. По итогам зимней сессии выявлена более высокая успеваемость у студентов ІІ курса как у лиц с высоким (3, 7), так и с низким уровнем тревожности (4, 0).
- 4. Учитывая достаточно большое количество студентов с высоким уровнем личностной тревожности (ЛТ) (33, 4% и 46, 4%), актуально анкетирование с выявлением уровня тревожности и психологические тренинги.

ОЧЕВИДНЫЕ И НЕОЧЕВИДНЫЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭМОЦИЙ

Желонкин А.Р. 1к. 103гр. ЛФ

Руководитель темы: Epoфеев $H.\Pi$. проф. каф. нормальная физиология, д.м.н. $C\Pi \mathbf{6}\Gamma \mathbf{Y}$

Актуальность

Эмоциональные состояния человека, как негативные (грусть, злость, отвращение), так и позитивные (радость, восторг), сопровождаются физиологическими реакциями организма (например, частота сердечных сокращений, артериальное давление, кожно-гальваническая реакция и т. д.), направленными на адаптацию к конкретной ситуации. Обнаружение неочевидных физиологических реакций организма человека на показ эмоционально насыщенных фрагментов из художественных фильмов по таким очевидным физиологическим проявлениям, как экспрессии лицевых мышц (мимика), поза, покраснение или побледнение лица и дистальных отделов конечностей явилось причиной выбора темы исследования.

Пель

Регистрация неочевидных физиологических реакций организма человека (частота сердечных сокращений (ЧСС) и кожно-гальваническая реакция (КГР)) сопровождающих

эмоции в ответ на предъявление фрагментов из художественных кинофильмов негативного и позитивного содержания и явилось целью настоящей работы.

Материалы и методы

Исследование проводилось на студентах 1 курса медицинского факультета СПбГУ 17-19-летнего возраста (n=10). Измерения ЧСС, КГР проводили при помощи системы «BiopackStudentLab» по протоколу парных исследований «случай-контроль» в условиях покоя, во время эмоциональной стимуляции и в период восстановления. В качестве стимулов использовали показ специально подобранных нами фрагментов из художественных фильмов, вызывавших у испытуемых позитивные и негативные эмоции. Субъективную силу переживания эмоций испытуемые фиксировали в разработанной нами специальной анкете. Значимость различий полученных результатов неочевидных физиологических проявлений эмоций (ЧСС, КГР) определяли при помощи критерия знаков и критерия Вилкоксона для связанных выборок.

Полученные результаты

Проведенные исследования показали, что у всех испытуемых студентов (у 5 юношей и у 5 девушек) наблюдалось значимое учащение сердечных сокращений (ЧСС) по сравнению с исходным фоном при просмотре видеосюжетов, вызывающих или позитивные, или негативные эмоции (р<0, 05). Динамика кожно-гальванической реакции (КГР) была также положительной (р<0, 05).В период восстановления (в состоянии покоя после завершения показа видео) у испытуемых наблюдалась тенденция к снижению измеряемых показателей. Однако следует отметить, что в период восстановления после эмоциональной стимуляции динамика ЧСС и КГР была индивидуальна.

Выволы

Предметом наших дальнейших исследований будет установление корреляции между очевидными и неочевидными физиологическими проявлениями эмоций.

ПЕРФУЗИЯ ИЗОЛИРОВАННОГО СЕРДЦА ЖИВОТНЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЕРФУЗОМАТОВ

Кудлахмедов Ш.Ш. Зк. 334гр. ЛФ, Байков Д.В. 2к. 251гр. ЛФ, Калинина Е.С. 2к. 252гр. ЛФ, Войтенко А.А. 2к. 251гр. ЛФ, Герасименок Г.А. 2к. 252гр. ЛФ Руководитель темы: Афлитонов М.А. научн.сотр. каф. нормальной физиологии СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Оскар Лангендорф разработал первый препарат ех vivo по изучению изолированного сердца млекопитающих в 1895 году, в последующем препарат Лангендорфа был улучшен, когда в 1967 году Говард Морган и Джеймс Нили разработали на его основе модель работающего сердца. Препараты изолированного сердца обеспечивают сокращение сердца в течение нескольких часов, но состояние сердца постоянно ухудшается в ходе эксперимента. Поэтому требуется постоянное совершенствование методов перфузии и регистрации функции органа. Модель перфузии с помощью "перфузоматов" дает более полный и точный анализ функций сердца при воздействии разнообразных факторов, а также позволяет повысить достоверность опыта.

Пепь

Сравнить методы изучения сердечной деятельности с использованием опыта изолированного сердца (по Нили и с помощью оригинальной установки с перфузоматами).

Материалы и методы

В качестве модели исследования выбраны лягушки (16 животных одинакового веса, размера, пола), разделенные на (n=2) группы по 8 животных. Для исследования первой группы применена методика изолированного сердца по Нили, для исследования второй группы использована оригинальная установка, включающая в себя 2 перфузомата. Изолированное сердце получали путем вскрытия грудной клетки, наложения лигатур на крупные сосуды, катетеризацией полостей сердца с предварительной перфузией раствором гепарина. Препарат изолированного сердца извлекался и крепился к перфузирующей канюле. Сердечные эффекты (амплитуда, ритм) регистрировались с помощью аналогового датчика Холла, контроль

температуры осуществлялся с помощью датчиков ds18b207. В качестве перфузата использовался 37-39 С° аэрированный раствор Кребса-Хензелейта. В качестве веществ сравнения были выбраны: адреналин, атропин, при состояниях гипер- и гипокалиемии; перфузия при различных температурных режимах. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программ Microsoft Excel 2003, Statsoft Statistica 8. 0.

Полученные результаты

При регистрации сердечных эффектов по Нили выявлен ряд погрешностей влияющих на статистическую достоверность результатов исследования, таких как: поддержание постоянства давления перфузата, смена перфузионной среды, старт перфузии фармакологического вещества и регистрации эффектов его воздействия, конец перфузии фармакологического вещества и регистрации эффектов его воздействия, ухудшение состояния сердца при длительной перфузии сердца за счет разницы перфузионного давления. Классический опыт: стабильный ритм, амплитуда, функциональное состояние сердца поддерживались в течении 1 часа (p=0, 001) в 56, 3%, после чего наблюдалась дестабилизация в 97, 3% (экстрасистолы, блокада желудочков, прекращение сердечной деятельности. Во второй выборке удавалось добиться стабильности функции, амплитуды и ритма в течении 2, 5 часов в 95% (p<0, 001) с последующей дестабилизацией в 45% случаев.

Выволы

Использование установки включающей в себя перфузоматы позволяет исключить все вышеупомянутые факторы при проведении эксперимента и повысить достоверность метода. Метод изучения сердечной деятельности с использованием опыта изолированного сердца с перфузоматами позволяет достоверно (p<0, 001) снизить погрешность опыта, достоверно (p<0, 001) приблизить результаты исследования к реальным условиям работы сердца. Обеспечить достоверную регистрацию эффектов фармакологических веществ на сердце.

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ В НОРМЕ И ПРИ СТРЕССЕ.

Должикова О.В. 2к. 281гр. ЛФ, Каширская А.С. 2к. 258гр. ЛФ, Магеррамова Ф.К. 2к. 282гр. ЛФ Руководитель темы: Очеленкова Н.В. доц. каф. нормальная физиология, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Пищевым поведением, включающим в себя привычки, эмоциональные реакции, касающиеся еды, различные установки, стили питания, у человека управляют не только физиологические потребности в утолении голода, но и индивидуальные стратегии мышления, личный опыт и социальные факторы. Среди наиболее часто встречающихся типов расстройств пищевого поведения особое место занимает эмоциогенное пищевое поведение, при котором основными поводами к приему пищи являются стресс, эмоциональный дискомфорт, высокий уровень тревожности и депрессия. К эмоциогенному типу нарушения пищевого поведения относятся компульсивное переедание, синдром ночной еды, сезонные аффективные расстройства. Эмоциогенное пищевое поведение приводит к значительному увеличению массы тела, что повышает риск развития таких заболеваний, как холецистит, гипертоническая болезнь, диабет.

Пель

Целью данной работы являлась оценка рациональности питания студентов и изменений пищевого поведения при стрессе.

Материалы и методы

Для получения результатов использовались расчётные методы и метод анкетирования. Исследование проводилось с привлечением 77 студентов второго курса лечебного факультета, в возрасте от 18 до 30 лет.

Полученные результаты

В результате проведенного исследования питания студентов было выявлено, что большинство опрошенных (37, 6%) питаются 2 раза в день, 3 раза в день питаются 28, 5%, 4 раза в день питаются 15, 6% и только 1 раз в день 7, 8% опрошенных. Наиболее часто употребляемыми на завтрак продуктами были названы каши (41, 5%), мясные продукты и сладости предпочитают по 19, 5% опрошенных и 30% студентов вообще не завтракают.

Обедают в перерыв 89, 6% студентов, предпочитая вторые блюда (62, 3%) и затрачивая на обед в связи с нехваткой времени не более 20 минут. 47% респондентов приносят еду из дома. Последний прием пищи у 32, 4% опрошенных приходится на ночное время, наиболее часто употребляемыми продуктами являются творог и чай со сладостями. 74% студентов употребляют фастфуд, большинство опрошенных (56%) употребляют его 2-3 раза в месяц и только 6, 2% каждый день. 54, 5% студентов считают, что склонны к перееданию, 53% покупают продуктов больше, чем запланировали, к этому их побуждает вид и запах продуктов. В периоды волнений и стрессов повышенный аппетит отмечается только у 36, 3% опрошенных студентов, 63, 7% считают, что еда их не успокаивает и они наоборот практически ничего не едят. 31, 2% респондентов считают. что еда — самое большое удовольствие в их жизни.

Выволы

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о необходимости улучшения режима и качества питания студентов, что позволит снизить риск развития заболеваний пищеварительной системы и заболеваний, связанных с нарушением обменных процессов в организме.

СОЗДАНИЕ УЧЕБНОГО ВИДЕОФИЛЬМА «ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ МЕТОЛЫ ИССЛЕЛОВАНИЯ ШНС».

Устинкина В.М. Зк. 331гр. ЛФ, *Щелкунов П.Н.* 3к. 332гр. ЛФ Руководитель темы: *Андреевская М.В.* доц. каф. нормальной физиологии, к.м.н. **СЗГМУ им. И.И.Мечникова**

Актуальность

Электроэнцефалография (ЭЭГ) может показать один из основных параметров работы нервной системы – свойство ритмичности, которое отражает согласованность работы разных структур мозга. Это помогает обнаружить схему процессов, задействованных мозгом, показывая не только «где», но и «как» информация обработана в мозге. Именно эта возможность делает ЭЭГ уникальным и, безусловно, ценным методом диагностики.

Пель

1. Создание наглядного учебного пособия для студентов второго курса лечебного факультета по методике проведения ЭЭГ. 2. Ознакомление студентов с принципом регистрации ЭЭГ и её анализом. 3. Наглядное сравнение ЭЭГ в покое и при воздействии световых раздражений (реакция активации), при гипервентиляции.

Материалы и методы

Видеокамера, аппарат для записи ЭЭГ, компьютер для интерпритации результатов, обследуемый пациент, запись проводилась в дорожной клинической больнице.

Полученные результаты

Структурное содержание фильма: Определение метода ЭЭГ. Метод проведения стандартной записи ритмов ЭЭГ, а так же регистрация ЭЭГ при световой стимуляции и гипервентиляции, характеристика основных ритмов. На ЭЭГ было зарегистрировано несколько ритмов, каждый из которых характеризует определенную область и функцию головного мозга. Основные ритмы, которые описываются в клинической практике: Дельта (delta) ритм – колобания частотой менее 3. 5 Гц. Нижней границей дельта в клинической ЭЭГ является 0. 3-0. 5 Гц. Так же как и дельта, колебания тета-диапазона могут отражать локальную или диффузную церебральную дисфункцию, или физиологически обусловленное снижение уровня бодрствования. Альфа (alpha) — 8 -13 Гц, доминирует в задних

отделах, у взрослых имеет в среднем амплитуду до 70-80 микровольт, блокируется при открывании глаз, связан со зрительными структурами мозга. Альфа-ритм формируется в первые месяцы и годы жизни, имеет вначале частоту 3-4 Гц, постепенно достигая таких же значений, как и у взрослых, к возрасту 3-х лет. Наиболее выражен в норме на ЭЭГ при состоянии бодрствования, с его описания обычно начинается составление заключения ЭЭГ. Бета (beta) ритм — колебания от 14 Гц и выше. На практике верхней границей бета активности обычно являются значения 30-35 Гц. Частоты выше 30 Гц иногда описываются как гамма ритм. В норме у взрослого человека в состоянии расслабленного бодрствования амплитуда бета-ритма обычно значительно ниже, чем амплитуда альфа, чаще менее 20-30 микровольт, с тенденцией к максимуму в передних отделах. Другие ритмы и колебания, которые могут описываться в клинической практике. При получении данных ЭЭГ от пациента их сравнивают с вариантами нормы и делаю заключение.

Выволы

Данный учебный фильм позволяет получить представление о методике проведения ЭЭГ, узнать общую характеристику ритмов. Оценить различая ЭЭГ при физиологических изменениях в организме.

СРАВНЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ МОТОРНОЙ АСИММЕТРИИ У ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК ДЛИТЕЛЬНО ОБУЧАЮЩИХСЯ ИГРЕ НА КЛАВИШНЫХ ИНСТРУМЕНТАХ.

¹3огби М.М. 2к. 289гр. ЛФ

Руководители темы: 2 *Борисова Р.П.* проф. каф. нормальной физиологии, д.м.н., 1 *Курзина Н.П.*

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова 2 - СПБГУ

Актуальность

Функциональная асимметрия головного мозга — активно изучаемая в настоящее время проблема, которой посвящены многочисленные исследования как отечественных, так и зарубежных авторов. Большой интерес у учёных вызывают исследования, посвящённые изучению функциональной асимметрии лиц, профессионально занятых в том или ином виде деятельности. В частности, особый интерес представляет музыкальная деятельность.

В то же время, до настоящего времени нет точных данных, указывающих связь степени выраженности моторной асимметрии со спецификой использования обеих рук при обучении игре на различных музыкальных инструментах.

Пель

В связи с вышеизложенным, целью данной работы было изучение особенностей моторной асимметрии у подростков, обучающихся игре на различных музыкальных инструментах.

Материалы и методы

Для выявления степени моторной асимметрии использовался теппинг тест Е. П. Ильина. Статистическая обработка данных производилась при помощи t-критерия Стьюдента с использованием пакетов программ Microsoft Excel и «Stadia».

Полученные результаты

- 1. У девушек и юношей правшей, обучающихся игре на клавишных инструментах, имеет место определенная степень выраженности моторной асимметрии рук при выполнении теппинг-теста.
- 2. У девушек левшей, степень врожденной моторной асимметрии с нижается, поскольку при выполнении теппинг-теста правая рука почти все время используется с большей интенсивностью.
- 3. У юношей левшей, обучающихся игре на клавишных инструментах, имеет место снижение степени выраженности моторной асимметрии рук при выполнении теппинг-теста.

- 4. Сопоставление результатов девушек и юношей правшей и левшей выявило наличие влияния врожденной асимметрии на интенсивность использования ведущей руки при выполнении теппинг-теста
- 5. Сопоставление результатов выполнения теппинг-теста юношами и девушками левшами показало, что девушки несколько более интенсивно используют обе руки.
- 6. Сопоставление результатов выполнения теппинг-теста юношами и девушками правшами показало, что девушки несколько более интенсивно используют левую руку.
- 7. Девушки, обучающиеся игре на музыкальных инструментах, демонстрируют несколько большую интенсивность использования рук при выполнении теппинг-теста по сравнению с юношами.

Выволы

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о возможной связи между типом музыкального инструмента, на котором обучаются учащиеся и степенью выраженности моторной асимметрии.

СРАВНЕНИЕ ОБОНЯТЕЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ ЛЮДЕЙ.

Соколова П.А. 2к. 211гр. МПФ, Мишагина Ю.Ю. 2к. 211гр. МПФ Руководитель темы: Борисова Р.П. проф. каф. нормальной физиологии, д.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

По данным Роспотребнадзора, Россия занимает первое место в мире по потреблению табака на душу населения — 43, 9 млн. взрослых (60, 2% мужчин и 21, 7% женщин). Каждый год от болезней, причиной которых является курение сигарет, умирает по 350-500 тыс. российских граждан. В связи со сложившейся проблемой мы решили выяснить, влияет ли данное пагубное пристрастие еще каким либо образом на качество жизни, кроме постепенного поражения гортани и легких, сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта и др.

Пель

Подтвердить гипотезу о том, что обонятельный анализатор у некурящих людей способен воспринимать различные запахи лучше, чем у курящих.

Материалы и методы

Использовалась стандартная качественная ольфактометрия с прилагающейся к ней оригинальной анкетой, для определения способности человека воспринимать и различать запахи. Предлагался набор пахучих веществ (12 пищевых ароматизаторов, взятых в одинаковых концентрациях), воздействующих на рецепторы обоняния. Для статистической обработки использовался метол сволных таблии.

Объектами исследования были 3 группы школьников и студентов (в каждой группе по 30 исследуемых, всего 90 человек): бросившие курить, никогда не курившие и курящие до сих пор. В каждой группе было по 15 юношей и девушек. Испытуемому было предложено 12 пищевых ароматизаторов, которые он должен был определить, выбрав правильный вариант в анкете.

Полученные результаты

Курящие правильно опознали вид ароматизатора в 55% случаев, некурящие — в 72-76%, бросившие курить — в 65-68%. В каждой группе у девушек количество правильных ответов выше на 3-4%. Трудность в исследовании заключалась в быстрой утомляемости обонятельного анализатора: во всех группах наблюдалось снижение количества правильных ответов от первого до двенадцатого. Кроме того на правильность ответов влияет степень знакомства с предъявляемым запахом: наибольшее количество правильных ответов наблюдалось после предъявления запаха ванили (86%) и лимона (61%), наименьшее количество правильных ответов наблюдали после предъявления шалфея (38%).

Выволы

1. Предлагаемая гипотеза была подтверждена - некурящие лучше воспринимают запахи по сравнению с курящими (76% и 55% правильных ответов соответственно). 2. Бросившие

курить дают больше правильных ответов, чем курящие (68% и 55% соответственно), что, вероятно, связанно с восстановлением обонятельного нейроэпителия. З. Для правильного опознания запаха имеет значение предварительный индивидуальный опыт.

Следовательно, подтверждается, что курение, неблагоприятно влияющее на функции обонятельного анализатора, снижает качество жизни человека.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕТИКУЛЯРНОЙ ФОРМАЦИИ

Ревенков В.А. 2к. 245гр. ЛФ, *Терехов А.Ю.* 2к. 245гр. ЛФ Руководитель темы: *Андреевская М.В.* доц. каф. нормальной физиологии, к.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В настоящее время установлено важное значение ретикулярной формации в деятельности всех отделов нервной системы. Ретикулярная формация (РФ) ствола мозга оказывает восходящие влияния на клетки коры большого мозга и нисходящие на мотонейроны спинного мозга. Эти влияния могут быть активирующими или тормозными. Особенности строения РФ позволяют регулировать физиологические процессы сна и бодрствования.

Пель

Целью нашего исследования было изучить структурные особенности ретикулярной формации и участие этих структур в механизмах бодрствования и стадии засыпания у человека.

Метолы исследования

1) приготовление гистологических препаратов ствола головного мозга (10 препаратов), срезов верхних шейных сегментов спинного мозга, продолговатого мозга, Варолиева моста, среднего мозга, которые фиксировались в 20% растворе нейтрального формалина, импрегнированы азотнокислым серебром по методу Бильшовского — Грос. 2) анализ данных, полученных методом электроэнцефалографии (ЭЭГ) в различные фазы сна (20 записей ЭЭГ у пациентов, без патологии нервной системы).

Полученные результаты

Результаты исследования: при микроскопическом исследовании было установлено, что ядра РФ имеют обширные связи на протяжении всего ствола головного мозга с ядрами черепных нервов и других нервных центров за счет обширного ветвления многочисленных аксонов ретикулярных нейронов и их коллатералей. Наибольшее число ядер и волокон наблюдается в продолговатом мозге. Обнаружена тенденция к уменьшению количества волокон и ядер в вышележащих отделах ствола головного мозга, что, возможно, связано с приобретением ядрами более «узкого профиля» влияний, таких как формирование эмоций и угнетение коры, приводящее ко сну. На препаратах выявлено, что ядро шва РФ ствода имеет обширную сетевидную связь с вышележащими центрами, оказывающими влияние на кору больших полушарий головного мозга и осуществляет взаимодействие этих центров между собой, что влияет на процессы бодрствования и сна. Анализ данных ЭЭГ показал, что во время бодрствования в большинстве случаев (16) характерный бета-ритм –в диапазоне от 14 до 30 Гц с амплитудой 5-30 мкВ, сильнее всего выражен в лобных областях, но при различных видах интенсивной деятельности резко усиливается и распространяется на другие области мозга. Амплитуда бета-ритма возрастает в ситуации внимания, при умственном напряжении или эмоциональном возбуждении. Во время первой фазы сна - дремота и неглубокий сон выявили изменения альфа волн, так альфа-ритм уменьшался и появлялись низкоамплитудные медленные тета-волны. В эту стадию при воздействии раздражителей различной интенсивности, по амплитуде равными или превышающими альфа-ритм на ЭЭГ появляется реакция десинхронизации.

Выволы

Таким образом, ретикулярная формация регулирует поступление сигналов в строго определённые центры нервной системы от периферических рецепторов при бодрствовании и первой фазе сна. Такое влияние подтвердилось изменением волн на ЭЭГ. Если в первой фазе сна на человека влияют различными звуковыми раздражителями, то возникает рефлекс «готовности» и вызывает пробуждение, а у бодрствующих повышение бдительности.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ЕГО СОМАТИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ И ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ

Арасил А.М. 2к. 242гр. ЛФ

Руководитель темы: Борисова Р.П. проф. каф. нормальной физиологии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Цель

Цель: изучить эмоциональное поведение студентов, выраженность соматического компонента эмоций на основе индивидуальных свойств нервной системы.

Материалы и методы

В исследовании участвовали 20 студентов разных ВУЗов страны в возрасте от 18 до 22 лет, из них 8 юношей и 12 девушек (в. т. ч. одна пара близнецов). Использовался метод анкетирования и опроса для выявления свойств нервной системы и тест «Текущего эмоционального состояния»; самооценочный тест «Характеристики эмоциональности»; тест «Определение уровня невротизации»; тест Люшера; тест на уровень тревожности Спилбергера-Ханина (низкий, средний или высокий уровень невротизации).

Полученные результаты

Эмоциональное поведение студентов складывалось из текущего эмоционального состояния, характеристик эмоциональности, тревожности и уровня невротизации. По результатам теста Люшера все участники являлись: «жизнерадостными людьми, не склонными к унынию и меланхолии». У всех 20 студентов выявлен средний уровень тревожности, связанный с учебой. Средний балл по тесту «Определение уровня невротизации» -16, 3 (максимальный балл-40). Низкий уровень невротизации свидетельствует об эмоциональной устойчивости, о положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм). Средние баллы по самооценочному тесту «Характеристики эмоциональности»: эмоциональная возбудимость (ЭВ) -3, 5, интенсивность эмоций (ИЭ) -5, 1, длительность эмоций-3, отрицательное влияние эмоций на эффективность деятельности и общения (ОВЭ) -3, 6 (максимальный балл-6). Соматический компонент оценивался по величине среднего балла (максимум-35): чувствительность (Ч) -26; эмоциональная реактивность (ЭР) -20; подвижность нервных процессов (ПНП) -26; сила тормозного процесса (СТП) -28; энергичность (Э) -26; выносливость к длительным нагрузкам (ВДН) -25; выносливость к интенсивным нагрузкам (ВИН). Сравнение вышеперечисленных показателей у юношей и девушек показало, что уровень нервозности выше у девушек, чем у юношей (средний балл 15 и 10 соответственно). Повышенный уровень тревожности выявлен у 6 юношей и 1 девушки, у остальных - средний уровень тревожности. При сравнении средних баллов, оценивающих соматический компонент эмоций у юношей и девушек, достоверных значений не выявлено. Юноши характеризовались меньшей нервозностью, а значит большей эмоциональной устойчивостью. Сравнение вышеперечисленных показателей, выявленных у пары близнецов, не обнаружило существенных различий.

Выводы

1) Эмоциональное поведение студентов характеризуется средним уровнем невротизации и показателями эмоциональных характеристик. Средний балл, оценивающий интенсивность эмоций, близок к максимуму. 2) Все показатели, оценивающие соматический компонент эмоций находятся на среднем уровне. Средний балл, оценивающий СТП, незначительно повышен. 3) Вывялены повышенный уровень тревожности у юношей и повышенный уровень нервозности у девушек. 4) Различий в эмоциональности у близнецов не выявлено.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЛЕТНЕЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА

Мартынюк А.В. 6к. 643гр. ЛФ

Руководитель темы: Кузнецова О.Ю. проф. каф. семейной медицины, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Актуальность связана с недостаточным количеством объективных данных о качестве организации и проведения летней практики у студентов 5 курса.

Пель

Получение объективных данных о качестве организации и проведения летней практики у студентов 5 курса.

Материалы и методы

Исследование проводилось методом анкетирования среди 78 студентов, проходивших практику в качестве помощника врача на базах поликлиник и отделений общей врачебной практики. Использовалась адаптированная и переведенная анкета MedIQ, применявшаяся для анализа качества практики американских студентов-медиков. Вопросы анкеты были нацелены как на оценку наставника практики, так и уровень практических навыков, полученных студентами.

Полученные результаты

По результатам анонимного опроса студентов в блоке, посвященном характеристике наставника были выявлены высокие оценки работы врачей-кураторов (в среднем выше 4, 0 по шестибалльной шкале). Наиболее высокие баллы в этом разделе относятся к утверждениям: «врач обучал меня в соответствии с уровнем моего образования и навыков» (5, 1 по шестибалльной шкале) и «врач обращал моё внимание на симптомы, которые я не заметил» (4, 9 по шестибалльной шкале). В блоке, посвященном развитию практических навыков студента во время прохождения практики, также были получены положительные оценки (в среднем выше 3, 9 по шестибалльной шкале). При этом следует отметить, что самостоятельное участие в практической работе принимали 54% анкетированных, пассивное наблюдение вели 30%, не участвовали - 16%. Был проведен анализ качества летней практики в различных лечебных учреждениях по двум параметрам: «Общая оценка практики» (средний балл 4. 3 по шестибалльной шкале) и «Констатация напрасной траты времени с точки зрения студента» (средний балл 3, 1 по шестибалльной шкале). В целом, более высокая оценка практики была в тех поликлиниках, где первичная медико-санитарная помощь организована по принципу общей врачебной практики, за исключением одного учреждения, в котором результаты анкетирования не выявили достоверных различий между врачами, которые выступали в качестве кураторов практики, что могло быть связано с более многочисленной группой студентов-практикантов, направленных на данную клиническую базу.

Выводы

Результаты анкетирования продемонстрировали заинтересованность студентов в летней практике по поликлинической терапии и их готовность к активному участию в ведении пациентов. Повысить эффективность летней практики может дополнительная подготовка врачей-наставников, а также уменьшение количества студентов, проходящих практику на одной клинической базе.

АНАЛИЗ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Ильясов С.Ю. 6к. 65гр. ПФ, Ильясова Ю.С. 6к. 61гр. ПФ

Руководитель темы: *Баянова Н.А.* доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения N = 1,

к.м.н.

ОрГМА, Оренбург

Актуальность

Охрана здоровья детей, в том числе детей-инвалидов является приоритетом, с точки зрения будущего развития экономики нашей страны, будущего трудового потенциала. Направление медико-социальной реабилитации детей — инвалидов на современном этапе является одним из актуальных вопросов организации регионального здравоохранения.

Пепь

Оценка показателей медико-социальной реабилитации детей-инвалидов Оренбургской области

Материалы и методы

Данные информационно-аналитического сборника «Состояние инвалидности в Оренбургской области» за 2012 год и статистического ежегодника Оренбургской области за 2012 год.

Полученные результаты

Абсолютное число инвалидов Оренбургской области на 2012 год составляет 44563 чел., из них детей-инвалидов — 5020, что составляет 11, 3%. Причинами детской инвалидности на 2011 год являлись психические расстройства (30, 4%), врожденные аномалии (19, 2%), нервные болезни (15, 2%), болезни эндокринной системы (6, 9%), туберкулез (6, 1%). Показатель полной реабилитации детей — инвалидов за 2012 год составил 4, 1%, что в 1, 5 раза ниже чем в 2011 году и в 2, 5 раза ниже чем в 2007 году, что свидетельствует о снижение данного показателя, который являлся и так низким. Количество ИПР в которых указана необходимость применения ТСР в 2011 году уменьшилась на 29, 5% по отношению к 2008 году и на 6% по отношению к 2010 году. В 2012 году всего выдано 5227 ИПР, что на 25% меньше, чем в 2007 году.

В Оренбургской области идет реализация госпрограмм, направленных на улучшение реабилитации детей — инвалидов. В ходе их реализации были выполнены мероприятия, направленных на решение данной проблемы: проводились различные фестивали, были организованны социально-защитные акции и оздоровительные заезды. Доля детей-инвалидов, охваченных культурно-массовыми мероприятиями на 2011 год составила 68%.

В Оренбургской области функционируют реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями, центры дистанционного образования, коррекционные школы. В рамках госпрограммы «Доступная среда» осуществляется инклюзивное обучение в Лицее № 1 г. Новотроицка.

Финансирование на реализацию всех мероприятий идет, как из госбюджета (ФСС), так и из областного бюджета, кроме этого финансовое обеспечение программ реабилитации дополняется и другими источниками. Однако не всегда эффективность реабилитационных мероприятий зависит только от финансовой составляющей.

Выводы

Таким образом, медико-социальная реабилитация детей-инвалидов Оренбургской области, является комплексной проблемой, затрагивающей социальные, политические, экономические, педагогические и медицинские вопросы. Низкий уровень полной реабилитации детей-инвалидов и тенденция к его снижению, уменьшение количества выдаваемых ИПР с применением TCP скорее свидетельствует о имеющихся проблемах реабилитации детей-инвалидов.

АНАЛИЗ ПРИЧИН, ВЛИЯЮЩИХ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОТ БСК В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН, НА ПРИМЕРЕ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

 $\it Xy\partial a ũ бердина К.М. 4$ к. 401гр. Общественное здравоохранение, $\it A бенова H.E. 4$ к. 405гр. Общественное здравоохранение

Руководитель темы: *Хисметова З.А.* доц. каф. общественного здравоохранения и информатики, к м н

ГМУ города Семей, Семипалатинск, Казахстан

Актуальность

В Республике Казахстан болезни системы кровообращения (БСК) занимают первое место в общей структуре смертности населения, поэтому, борьба с БСК является приоритетным направлением для Министерства Здравоохранения и Правительства РК.

Цель

Изучить причины влияющие на медико – социальные показатели от БСК в Республике Казахстан на примере Восточно-Казахстанской области.

Методы исследования:

Статистический метод, ретроспективный метод и метод анкетных исследований.

Полученные результаты

Среди общей заболеваемости по РК Восточно-Казахстанская область одна из областей имеющая высокие показатели по всем болезням. Особое место среди болезней занимает болезни системы кровообращения. Среди показателей смертности населения РК по основным классам причин смертности таких как злокачественные образования, травматизм и БСК ведущим является класс БСК. Среди них выделяют как причину смертности ишемическую болезнь сердца и инсульт. Надо отметить, в сравнительном анализе по РК за 2011-2012 гг. небольшое снижение показателей смертности по причине БСК на 1, 16%. По ВКО с 2011 года отмечается снижение на 1, 24%. Из них по причине ИБС снижение отмечается на 1, 19%, по причине инсульт на 1, 09%. Увеличение показателей выражен среди взрослого населения до 1, 19%. Среди подростков и детей отмечается небольшое снижение до 1, 37% по 2011-2012 гг. При анализе структуры умерших было выявлено жители города-66%, село-34%, женщины-48%, мужчины-52%. При этом процент трудоспособного возраста мужчин составляет 72%. К 60 годам процент умерших мужчин и женщин выравнивается. После 70 лет преимущество смертности от болезней системы кровообращения переходит к женщинам. Что характерно среди умерших число лиц составляющих на диспансерном учете всего 37, 1%, прошедших скрининг всего 7, 2%.

Выволы

Совершенствовать работу ПМСП в области ранней диагностики молодого населения с целью определения группы риска и постановки на диспансерный учет при первых проявлениях симптомов БСК, что вероятно даст снижение этих показателей.

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗРЕЛОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПРОСТРАНСТВА.

Омарбаева С.М. 5к. 507гр. Общественное здравоохранение Государственный медицинский университет г. Семей

Актуальность

Одной из главных задач в подготовке медицинских специалистов является формирование здоровьесберегающего пространства, выражающегося в ответственном отношении к своему здоровью. Медицинским работникам больше чем кому-либо нужно знать о последствиях отказа от профессиональной медицинской помощи в пользу самолечения и

альтернативной медицины. В связи с этим изучение проблема отношения будущих врачей и организаторов здравоохранения к формированию здоровьесберегающего поведения имеет огромное значение в деле охраны здоровья населения.

Пели

Изучить влияние профессиональной зрелости обучающихся в медицинском вузе на формирование здоровьесберегающего пространства на примере студентов ГМУ г. Семей.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели в декабре 2013 года было проведено анкетирование студентов 5 курса ГМУ г. Семей специальностей «Общая медицина» и «Общественное здравоохранение». Для проведения анкетирования были разработаны анкеты, включающие в себя вопросы, касающиеся не только субъективной оценки сформированности своих профессиональных качеств, но и отношения к собственному здоровью. Результаты статистически обработаны в статистическом пакете SPSS Statistics, проанализированы.

ИЗ ИСТОРИИ РИМСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ИСТОРИЧЕСКОГО МУЗЕЯ МЕЛИПИНЫ

Егорова В.А. 1к. 177гр. ЛФ

Руководитель темы: *Самодова И.Л.* доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения, к.м.н. **СЗГМУ им. И.И.Мечникова**

На современном этапе развития высшего медицинского образования изучение истории медицины имеет большое воспитательное и нравственное значение для студентов. Одним из источников изучения истории развития медицинского дела во все периоды развития человечества являются коллекции исторических музеев, одним из представителей которых является Римский национальный исторический музей медицины.

Музей расположен в больнице семнадцатого века под названием «Святого духа» в городе Рим, государства Италия. Его коллекции представляют нам тщательно задокументированный материал от стадии «магии» до научной стадии в области медицины, хирургии и фармакологии. Музей был открыт в 1933 году, по проекту профессора Пьетро Каппарони и Джованни Карбонелли при содействии генерала Мариано Боргатти, желанием которых было собрать воедино собственные коллекции и присоединить их к фонду Музея Древней Анатомии.

Функциональное предназначение Музея Древней Анатомии заключалось не только в хранении экспонатов, но имело и дидактическое направление; анатомический театр являлся для студентов одновременно и учебным залом, где они препарировали, тут же и показывали препараты с целью лучшего понимания анатомии. Некоторые коллекции можно посмотреть и сегодня, как например, патолого-анатомические препараты и анатомические восковые фигуры (зал Флаяни), анатомические атласы Паоло Масканьи и написанные маслом картины Гульельмо Рива, знаменитого анатома и хирурга римской больницы Утешения (Александрийский зал).

Первым директором музея до 1808 года, был Джузеппе Флаяни. Он посвятил себя полностью приведению имеющейся коллекции в должный вид и пополнению новыми анатомическими препаратами. В декабре 1870 года анатомический амфитеатр, который вплоть до последнего дня служил для торжественных и академических церемоний, предназначался теперь уже для преподавания экспериментальной физиологии и паталогической анатомии. Ввиду сложившихся преобразований имеющиеся коллекции были переданы университету.

В 1911 году по случаю пятидесятой годовщины провозглашения Королевства Италия, в римском замке Святого Ангела состоялась Международная выставка истории искусств, на которой по инициативе профессоров Пьетро Каппарони и Джованни Карбонелли, при поддержке генерала Марьяно Бургатти, подвергались реконструкции аптека XVII века и алхимическая лаборатория, а также секция, посвященная истории медицины. По этому случаю, была вновь выдвинута идея о создании Музей истории здравоохранения. Таким образом, в 1920 году зародился Институт истории здравоохранения, который в 1934 году преобразовался в

Академию Истории Медицины, целью которого являлось продвижение историко-медицинских учений и прежде всего дать новую жизнь музею.

В 1929 году Институт Святого Духа Пия предоставил место в больнице, а именно бывший больничную палату Александрина. Сегодняшний музей состоит из исторических коллекций, с добавлением материалов Выставки 1911 года и с другими добавленными позднее коллекциями. Первая коллекция была подарена Музею Пьетро Каппарони, последовавшая в 1931 году а той, что Джованни Карбонелли передал в муниципалитет Рима в 1918 году и переданная на постоянное хранение в Музей. К этим двум важнейшим коллекциям в 1939 году добавилась и коллекция генерала А. Кавалли Мулинелли. В последующие годы музей обогатился коллекциями Джузеппе Овио и Орландо Солинас.

В выставленных экспонатах, заинтересованные в истории медицины посетители могут найти подробную документацию не только касательно хирургического искусства, но и акушерства и фармацевтической промышленности, а также заболеваний прошлых лет.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

Давиденко А.В. 6к. 615гр. МПФ

Руководитель темы: *Зелионко А.В.* асп. 3-го года каф. общественного здоровья и здравоохранения

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Качество жизни и факторы риска жизнедеятельности городского и сельского населения отличаются друг от друга. Однако, вне зависимости от влияния материально-бытовых, медикосоциальных и других факторов у каждого человека есть потребность в получении медицинской, социальной и профилактической помощи. Поэтому необходимо изучать доступность и качество профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий в условиях крупного города и сельской местности.

Пель

Изучение активности использования лечебно-оздоровительных услуг городскими и сельскими жителями с учетом особенностей образа жизни.

Материалы и методы

Было обследовано 240 жителей Санкт-Петербурга и 200 жителей Приозерского района Ленинградской области. Основную долю составили обследуемые 20-39 лет (63, 5%), с преобладанием женщин (81, 2%). Половина горожан (53, 3%) имели высшие образование, более половины сельских жителей (57, 1%) – среднее специальное. Была использована специально разработанная программа медико-социологического анализа.

Полученные результаты

В ходе исследования было выявлено, что более половины сельских жителей (53, 6%) оценили состояние собственного здоровья как «удовлетворительное», а большая часть городского населения, как «хорошее» (35, 6%). Установлено, что около половины сельских жителей (48, 6%) не обращаются за медицинской помощью или обращаются за лекарственной помощью при проявлении симптомов (21, 4%). Большинство горожан обращаются за медицинской помощью только при крайней необходимости. В старших возрастных группах и среди женщин больше удельный вес жителей, обращавшихся за медицинской помощью. Лица с высшим образованием в обеих группах чаще обращаются за консультативной помощью и плановым лечением. Причинами редкого обращения являлись трудность польше в группе сельских жителей. В основном трудностей в решении медицинских проблем, связанных со здоровьем, население не отмечает, либо эти трудности связаны с нехваткой времени на решение таких проблем. При этом сельские жители отметили недостаточную доступность медицинских услуг. Потребность в дополнительных видах медицинской помощи выше среди сельских жителей.

Городские (54, 2%) и сельские жители (60, 0%) используют платные услуги для восстановления здоровья. При этом среди сельских жителей активнее используют платные услуги мужчины (64, 7%), городских — женщины (66, 7%). В ходе анализа оценки населением доступности и качества медицинской помощи было установлено, что около половины обследуемых частично удовлетворены качеством медицинского обслуживания в стационаре, а также доступностью и качеством медицинского обслуживания в поликлинике, а четверть — совсем не удовлетворены.

Выволы

Установлено, что субъективная оценка собственного здоровья среди городского населения выше, чем среди сельских жителей. Однако уровень обращаемости за медицинской помощью одинаково низок в обеих группах. Было выявлено, что уровень образования населения влияет на обращаемость с профилактической целью. Сельские жители отмечают низкую доступность медицинской помощи и чаще практикуют самолечение. Также выявлена низкая удовлетворенность населения доступностью и качеством медицинской помощи. Таким образом, необходимо оптимизировать профилактическую и медико-социальную активность городского и сельского населения.

ИЗУЧЕНИЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ, ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ОТДЕЛЕНИЯХ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Тягунов Д.С. асп. 2-го года каф. Общественного здоровья и здравоохранения, *Живицкий В.Н.* 6к. 623гр. МПФ, *Сосин Д.С.* 2к. 241гр. ЛФ, *Прудников А.И.* 6к. 623гр. МПФ, *Терехов А.И.* 4к. 411гр. МПФ

Руководитель темы: *Лучкевич В.С.* проф. каф. общественного здоровья и здравоохранения, лмн

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В последние годы становятся актуальными вопросы совершенствования реанимационного обеспечения для хирургических больных, совершенствования штатно-организационной структуры, диагностической и лечебно-реанимационной деятельности и повышения эффективности реанимационного обеспечения в условиях многопрофильной больницы

Пель

Целью исследования являлось изучить тяжесть состояния пациентов, длительность их пребывания и медико-социальную характеристику больных, нуждающихся в лечении в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Полученные результаты

Результаты исследования показали, что наибольший удельный вес составляли лица от 50 до 59 лет (24%) и от 60 до 69 лет (30, 8%). При этом, доля лиц в возрасте от 50 до 59 лет была выше среди мужчин, а пациентов 70 лет и старше - среди женщин. Анализ направлений на госпитализацию установил, что мужчины преимущественно направлялись скорой помощью, женщины в большем проценте случаев - поликлиниками. Среди мужчин выше, чем среди женщин, была доля экстренных госпитализаций (94, 3% и 90, 7% соответственно). Установлено, что подавляющее большинство пациентов, находившихся на лечении, поступили в стационар по экстренным показаниям и были направлены в большинстве случаев в реанимационное отделение непосредственно из приемного отделения и минуя приемный покой. Оценка тяжести состояния больных, лечившихся в отделении, показала, что большая часть поступивших в крайне тяжелом состоянии в большей их части (62, 3%) составляют больные с тяжелыми болезнями системы пищеварения, 24, 2% - составляют болезни органов кровообращения. Выявлено, что среди больных с острыми заболеваниями органов пищеварения преобладают прооперированные пациенты, направленные из хирургических отделений. В структуре осложнений преобладают интоксикация (в первую очередь, у больных с острыми

заболеваниями органов пищеварения и мочеполовых органов) и полиорганная недостаточность (особенно у лиц моложе 50 лет). Изучение длительности лечения пациентов в отделении реанимации показала, что 21, 0% пациентов находились не более суток; 32, 4% - от 2 до 3 дней; 36, 7% - 4 - 7 дней; 9, 9% - 8 - 30 суток (в среднем 3, 17 0, 25 - среди мужчин и 2, 51 0, 14 - среди женщин). Наибольшей была длительность лечения при острых заболеваниях органов пищеварения, связанных с хирургическим вмешательством и заболеваниях системы кровообращения; наименьшей длительность лечения - при ОНМК, ЧМТ, пневмонии. Наиболее длительными были сроки лечения при наличии таких осложнений, как дыхательная недостаточность (4, 3 0, 8) и кровотечении (4, 63 0, 41).

Выволы

Результаты исследования установили практическую целесообразность проводимых мероприятий по изучению особенностей направления, поступления и пребывания пациентов в стационаре для изучения качества и эффективности медицинской помощи отделений анестезиологии и реанимации. Результаты исследования дадут возможность провести клиникостатистический анализ качества лечения и динамику клинико-функциональных состояний больных в процессе лечения в отделениях реанимации и интенсивной терапии, а также обосновать и разработать организационно-клинические мероприятия по совершенствованию реанимационного обеспечения больных в условиях многопрофильной больницы

ИЗУЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ПРОЦЕССЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Лаптева Д.С. 3к. 338гр. ЛФ, Агафонова А.В. 6к. 610гр. МПФ Руководитель темы: Самсонова Т.В. каф. Общественного здоровья и здравоохранения $\mathbf{C3}\Gamma\mathbf{M}\mathbf{Y}$ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Современные исследования свидетельствуют, что при хронических заболеваниях органов дыхания, когда болезнь протекает длительно с периодами обострений и ремиссий, важной составной частью эффективности лечения являются показатели динамики не только клинико-функциональных изменений, но и показателей качества жизни пациентов, среди которых важное прогностическое значение имеют такие виды функционирования как физическое, социально-гигиеническое, психоэмоциональное, удовлетворенность системой жизнеобеспечения и др.

Пель

Целью нашего исследования явилось изучение физического функционирования больных с хроническими заболеваниями легких в процессе стационарного лечения.

Материалы и методы

В исследовании приняло участие 612 больных, проходящих обследование и лечение в пульмонологическом отделении многопрофильной больницы. Исследование проводилось по специально разработанной программе клинико-статистического и медико-социального изучения эффективности лечения и качества жизни при заболеваниях органов дыхания.

Полученные результаты

Наибольший удельный вес среди обследованных пациентов составляют женщины (63, 5%) с преобладанием возрастной группы старше 60 лет (63, 3%). Структура заболеваемости представлена хроническими обструктивными болезнями легких (40, 0%), бронхиальной астмой (36, 7%), хроническим бронхитом (21, 0%), альвеолитом (2, 3%) и др. При анализе динамики изменений обобщенной характеристики здоровья и качества жизни после выявления заболевания органов дыхания почти у трети больных (23, 1%) ухудшилось физическое состояние. При оценке физического функционирования на этапах формирования бронхолегочной патологии установлено, что у большинства пациентов в процессе их трудовой деятельности (59, 2%) значительно снизилась работоспособность, появилась повышенная

утомляемость к концу рабочего дня. При этом большая часть из этих пациентов (38, 5%) не прекратили свою трудовую деятельность и продолжали работать. При анализе возможности привычного выполнения хозяйственно-бытовой деятельности дома и самообслуживания отмечается, что у 31, 2% опрошенных появилась необходимость значительно ограничивать физические нагрузки. При оценке динамики физической активности в процессе лечения большая часть пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой (52, 8%) отметили состояние улучшения возможностей выполнения физической деятельности и только у четверти больных (23, 8%) физическая активность не изменилась.

Выволы

Хронические заболевания органов дыхания значительно ограничивают физическую активность в процессе трудовой деятельности и при выполнении хозяйственно-бытовой деятельности дома и при уходе за собой. На этапах формирования бронхолегочной патологии возрастает удельный вес больных с повышенной утомляемостью и низкой работоспособностью к концу рабочего дня. На догоспитальном этапе лечения заболеваний органов дыхания важнейшим является не только раннее выявление донозологических состояний, но и устранение факторов риска различных видов функционирования.

ИССЛЕДОВАНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕЛЬЮ СОСТАВЛЕНИЯ РЕЙТИНГА ВЕДУЩИХ СТАЦИОНАРОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Баркаева В.А. орд. 2-го года каф. общественного здоровья и здравоохранения Руководитель темы: Абумуслимова Е.А. доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В современных условиях развития рынка медицинских услуг одним из основных управленческих инструментов становится социальный маркетинг, ориентированный на предоставление востребованных видов медицинской помощи в необходимом объеме при оптимальном соотношении цены и качества. Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга организовал статистическую операцию по изучению удовлетворенности пациентов стационарной медицинской помощью с целью составления рейтинга ведущих стационаров города.

Материалы и методы

Для проведения исследования была специально разработана программа сбора данных, содержащая десять вопросов, которые условно можно разбить на две группы: медицинские и организационные. На основном этапе проводилось анкетирование пациентов в десяти крупнейших стационарах города, работающих в системе обязательного медицинского страхования: СПб ГБУЗ «Городская больница Святой преподобной мученицы Елизаветы», СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница», СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2», ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе», СПб ГБУЗ «Городская больница № 26», СПб ГБУЗ «Городская Покровская больница», СПб ГБУЗ «Городская больница № 15», СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия», СПб ГБУЗ «Городская больница № 40». Объем выборки составил 2038 пациентов. Единица наблюдения — стационарный больной старше 18 лет, давший добровольное согласие на участие в исследовании, заканчивающий стационарное лечение в день проведения анкетирования или выписывающийся из стационара на следующий день после заполнения карты сбора данных.

Полученные результаты

Полученные в ходе исследования данные показали, что лидирующие позиции в рейтинге городских стационаров по данным об удовлетворенности пациентов доступностью и качеством

медицинской помощи практически по всем позициям занимали четыре медицинские организации: СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница». СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2», СПб ГБУЗ «Городская Покровская больница». Наибольшее количество баллов набрала СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница». Пациенты этой больницы отметили высокую удовлетворенность качеством питания, выше других стационаров оценили уровень обеспечения бесплатными лекарственными препаратами. Второе место в рейтинге по удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи заняла СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница». Наивысшим рейтинговым баллом при оценке удовлетворенности работой врачей и информацией, получаемой от лечащего врача, пациенты оценили СПб ГБУЗ «Городскую многопрофильную больницу № 2». Проведенное исследование показало, что наибольшее снижение уровня удовлетворенности пациентов качеством оказанной медицинской услуги наблюдалось в СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия». Полученные результаты свидетельствуют о наиболее низкой оценке респондентами доступности и качества диагностических исследований, обеспечением бесплатными лекарственными препаратами, доступностью и качеством информации, полученной от врача в сравнении с другими стационарными медицинскими организациями. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют в целом о среднем уровне удовлетворенности пациентов качеством лечения в стационарах города.

К ВОПРОСУ О ПОСТАНОВКЕ ДОСТОВЕРНОГО ДИАГНОЗА ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ СПЕЦИАЛИСТАМИ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОШИ

Бачин О.И. каф. фельдшерское отделение

Руководители темы: *Куцало Л.М.* каф. Терапии, *Кочин А.П.* каф. основ патологии и терапии **СП6 ГБОУ СПО «Фельдшерский техникум»**

Актуальность

Постановка достоверного диагноза – основа эффективного лечения. В условиях оказания экстренной помощи специалисты сталкиваются с дефицитом времени, отсутствием необходимого оборудования и другими факторами, затрудняющими постановку достоверного диагноза. В ходе амбулаторного исследования пациентов выясняется, что в ряде случаев предварительный диагноз не соответствует окончательному диагнозу.

Пель

Выявление соответствия предварительного диагноза, поставленного специалистами скорой помощи, и заключительного диагноза, установленного в условиях стационара.

Материалы и методы

Исследование проводились на базе архивных данных терапевтического и кардиологического отделений больницы им. Св. Георгия г. Санкт- Петербурга. Были проанализированы истории болезни за период 2010-2012 годов. Проанализировано 67 историй болезни кардиологического отделения и 36 история болезни терапевтического отделения. Выявлялись соответствия предварительных диагнозов заключительным диагнозам. Полученные количественные отражались в процентных соотношениях. Был выявлен процент постановки верного диагноза по 7 болезням, а также процент осложнений при верном диагнозе и ошибочном. Также учитывалась корреляция ошибочного диагноза и величины койко-дней (далее КД), проведенных в стационаре.

Полученные результаты

Ишемическая болезнь сердца диагностируется точно в 97% случаев, при этом возникновение осложнений при достоверном диагнозе наблюдается в 44%, а при недостоверном 21%. При различных формах стенокардии верный диагноз ставится в 100% случаев, при этом процент осложнений - 17%. Диагноз острый аппендицит устанавливается верно в 27% случаев. Осложнений при достоверном диагнозе этого заболевания не наблюдалось, а при

недостоверном составил 18%. При госпитализации с диагнозом острый панкреатит диагностика оказывалась правильной в 39%. Доля осложнений при достоверном диагнозе на острый панкреатит составила 80%, а при недостоверном 100%. Острый холецистит диагностируется верно в 63%. При этом заболевании осложнения наблюдались при достоверном диагнозе в 50%. а при недостоверном в 70% случаев. Предварительный диагноз желчнокаменной болезни подтверждался в 33% случаев, каждый из которых сопровождался осложнениями различного характера. При госпитализации с диагнозом острый живот предварительный диагноз не подтверждался. Лиагноз язвенная болезнь достоверно диагностировался в 50% случаев, из них в 25% случаев болезнь протекала с осложнениями. В случае недостоверного диагноза по этому заболеванию доля осложнений возрастала в три раза (75%). Количество койко-дней (КД) при сердечно-сосудистых заболеваниях в среднем 12. 5, а при заболеваниях желудочно-кишечного тракта КД в среднем 7, 7. Проанализировав полученные результаты, надо отметить, что достоверность постановки диагноза имеет обратную корреляцию с уровнем последующих осложнений. Качество постановки первичного диагноза зависит как от квалификации специалистов, так и от оснащенности машин скорой и неотложной помощи, например, аппаратами УЗИ.

Выводы

В ходе исследования было выявлено высокая эффективность постановки диагноза заболеваний сердечно-сосудистой системы (97%) и низкий показатель предварительной диагностики заболеваний ЖКТ (35%), что в 2. 77 раза ниже диагностики сердечно-сосудистых заболеваний. Следовательно, необходимо совершенствовать качество предварительной диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта на доврачебном этапе.

МЕДИКО-САНИТАРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОЛИМПИЙЦЕВ, УЧАСТВУЮЩИХ В СОРЕВНОВАНИЯХ ПО ЛЫЖНЫМ ГОНКАМ И БИАТЛОНУ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ XXII ОЛИМПИЙСКИХ ЗИМНИХ ИГР (СОЧИ 2014)

 1 Карякин А.С. орд. 2-го года каф. лучевой диагностики и лучевой терапии, 2 Закиров И.Р. Руководители темы: 3 Пивоварова Г.М. доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения, к.м.н., 1 Усов С.Б., к.м.н.

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова 2 - Поликлиники «Гамма» 3 - МОК от Краснодарскому края

Впервые в России проведено крупнейшее спортивное мероприятие мирового масштаба - XXII Олимпийские зимние игры, которые состоялись в Сочи в 2014 году. В них участвовало более 2800 атлетов из 88 стран мира. Важным этапом проведения игр, являлось медикосанитарное обеспечение, как олимпийцев, так и членов их команд и представителей НОК/МОК. Все олимпийцы, участвовавшие в соревнованиях по лыжным гонкам и биатлону, прошли углубленный профилактический медицинский осмотр и получили допуск к участию на играх.

Целью нашего исследования явилось изучение структуры первичной обращаемости за медицинской помощью олимпийцев к врачам специалистам во время проведения олимпийских игр в амбулаторно-поликлинических условиях.

Для проведения соревнований по этим видам спорта в Красной поляне была построена дополнительная горная деревня, находящаяся на высоте более 1300 метров над уровнем моря. В самом сердце олимпийской деревни находился амбулаторно-поликлинический комплекс («Гамма) с новейшим медицинским оборудованием и высококвалифицированным медицинским персоналом.

Методы исследования: санитарно-статистический и медико-социальный анализ.

В исследовании приняли участие выступающие олимпийцы и их команды, участвующие в соревнованиях по лыжным гонкам и биатлону. На каждого обратившегося за медицинской помощью оформлялась медицинская документация.

За медицинской помощью первично обратились 120 олимпийцев во время проведения Олимпийских игр.

При распределении обратившихся за медицинской помощью олимпийцев по гендерному признаку установлено, что доля мужчин и женщин примерно одинаковая (53% мужчин, 47% женщин). Удельный вес олимпийцев - жителей РФ составил 13%, а доля олимпийцев иностранных государств, участвующих в лыжных гонках и биатлоне, составила 87%. Наибольшую долю составили олимпийцы в возрасте от 20 до 30 лет (71%), на втором местеолимпийцы в возрасте от 31 до 40, их доля составила 20%. При изучении структуры первичной обращаемости за медицинской помощью к врачам специалистам установлено, что чаще всего олимпийцы, участвующие в соревнованиях по лыжным гонках и биатлону во время проведения Олимпийских игр обращались к стоматологу и терапевту (по 22%). К отоларингологу обратилось 14%., 12% обратились к офтальмологу., каждый 10ый олимпиец обратился к травматологу и неврологу., К гинекологу обратилось 5% женщин, остальные – к мануальному терапевту и хирургу. Дополнительные методики исследований применялись в 30% случаях: лабораторные (биохимический, клинический анализ крови, анализ мочи и др.) ренттенодиагностику, УЗИ и прочее.

Таким образом, на Олимпийских играх в Сочи 2014, среди олимпийцев выступающих в соревнованиях по лыжным гонкам и биатлону была своевременно оказана бесплатная медицинская помощь и ни один из них не был снят с соревнований.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ОТДЕЛЕНИЯХ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Прудников А.И. 6к. 623гр. МПФ, *Живицкий В.Н.* 6к. 623гр. МПФ, *Терехов А.И.* 4к. 411гр. МПФ, *Сосин Д.С.* 2к. 241гр. ЛФ

Руководитель темы: *Тягунов Д.С.* асп. 2-го года каф. общественного здоровья и здравоохранения **СЗГМУ им. И.И.Мечникова**

Актуальность

Активное развитие анестезиологии и реаниматологии и становление этой специальности как отдельного направления в медицине помогло хирургии занять высокое положение в современной медицине. В конце XX века и в начале XXI века благодаря активному внедрению современной анестезиологической и реанимационной аппаратуры наблюдается заметное расширение функциональных возможностей хирургии, наблюдается заметный рост количества пролеченных больных с сочетанной патологией. На современном этапе развития здравоохранения ни один крупный многопрофильный стационар не обходится без отделения анестезиологии-реаниматологии. вследствие этого наблюдается постоянный востребованности анестезиологической и реаниматологической службы системе здравоохранения.

Цель

Целью исследования являлось изучить медико-социальную характеристику больных, нуждающихся в лечении в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Полученные результаты

Анализ возрастно-половой структуры лечившихся в отделении реанимации показал, что среди лечившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии большую часть больных (55, 7%) составляли женщины, доля мужчин составила 44, 3% соответственно. Наибольшим удельный вес составляли лица от 50 до 59 лет (24, 0%) и от 60 до 69 лет (30, 8%), на долю же лиц 70 лет и старше пришлось 19, 4%. Анализ направленыя на госпитализацию установил, что пациенты были направлены на госпитализацию в 54, 4% случаев скорой медицинской помощью, в 42, 4% - поликлиниками и 3, 2% больных были переведены из других отделений больницы. Большая часть случаев госпитализированных больных (92, 8%) носила экстренный, а в 7, 8% - плановый характер. Анализ тяжести состояния пациентов при поступлении свидетельствует, что в реанимационное отделение половина (50, 3%) поступила сразу из

приемного отделения, а 18, 7% - даже минуя приемный покой. Среди больных, поступивших из других отделений, наибольшей была доля поступивших из отделений хирургического профиля (89, 1%) и других специализированных отделений стационара. Анализ сроков поступления больных выявил, что большинство больных (80, 1%) поступило в отделение реанимации в первые сутки от момента госпитализации. Оценка нозологической структуры пациентов показала, что 68, 8% пациентов имели различные заболевания, входящие в синдромокомплекс «острого живота», заболевания связанные с пищеварительной системой составили - 21, 3%, 3, 5% - пневмония, 5, 3% - прочие заболевания системы кровообращения, 1, 1% - другие заболевания. Оценка тяжести состояния больных установила, что 39, 5% пациентов находились в крайне тяжелом состоянии; 50, 3% - в тяжелом; 10, 2% - в состоянии средней тяжести. Анализ д лительности лечения пациентов в отделении реанимации показал, что в среднем длительность лечения составила 2, 89 0, 12 суток.

Выволы

Результаты исследования показали, что изучение потребности, доступности, длительности лечения и медико-социальная характеристика пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии является практически целесообразным. Проведен анализ возрастно-половых особенностей пациентов данного профиля, дана оценка нозологической структуры и тяжести состояния пациентов. Выявлены особенности поступления пациентов по плановым и экстренным показаниям, определены закономерности влияния тяжести заболевания на длительность пребывания в стационаре.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НЕПАЛА

Бакхати Б.-. 5к. 563гр. ФИУ

Руководитель темы: *Пивоварова Г.М.* доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения, к м н

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Непал - государство в Гималаях в Южной Азии. Столица - город Катманду. Государственный язык - непальский. Непал располагается между двумя самыми населёнными странами мира - КНР и Индией.

Пель

Целью исследования явилось изучение медико-социальных аспектов и демографической характеристики населения Непала.

Материалы и метолы

Санитарно-статистический, медико-социального анализа.

Полученные результаты

По данным переписи населения (2013) населения составляет 30 430 267 чел. При распределении населения по этническим группам установлено, что 15, 5% населения составляет четри, на втором месте — бахуны, доля которых составляет около 12, 5%; другие этнические группы: магары, тхару, таманги, невары, ками, ядави и другие от 32, 7% до 2. 8% (2001). По переписи 2001 года около 80, 6% населения страны исповедуют индуизм, 10, 7%-буддисты, 4, 2%-мусульманы, 3, 6%-киранты, 0, 9%- приверженцы других религиии. Гендерный состав населения практически равномерен. При распределении населения Непала по возрасту установлено, что наибольшую долю составляют лица в возрасте 25-54 года (34, 9%) и от 0 до 14 лет, доля которых составляет 32, 6%; доля лиц от 15 до 24 лет составляет 22, 6%, а от 55 до 64 лет -5, 5%, 65 лет и старше — 4, 5%. По данным переписи 2013 года, средний возраст жителей Непала составляет 22, 4 года, для мужчин — 21, 7 лет, для женщин — 23, 2 года.

По оценочным данным за 2013 год темп роста населения составил 1, 81% при рождаемости на уровне 21, 48‰ и смертности на уровне 6, 68‰. Средняя ожидаемая продолжительность жизни населения Непала составляет 66, 86 лет (65, 57 лет у мужчин, 68, 19 года у женщин).

Уровень младенческой смертности очень высокий и составляет 41, 76‰ (2013г), уровень материнской смертности - 170 случаев на 100 000 родов (2010г).

Причинами высокой младенческой смертности являются: недостаток информированности о правильном уходе за новорожденными, высокой внутриутробной инфекции, отсутствие качественной медицинской помощи в родильных домах и рождения детей во внебольничных условиях.

Инфекционные заболевания являются ведущей причиной смерти в Непале. Наиболее распространённые болезни —бактериальные инфекция передающиеся водно-пищевым путем (брюшной тиф, гепатит A и E, т. д.); лихорадка денге, малярия, японский энцефалит, т. д.

По данным 2009г, обеспеченность населения койками составляет 4, 7 койки/ 1000 населения; обеспеченность врачами - 0, 21 врача / 1000 населения (по данным 2004г).

Выволы

Таким образом, рекомендовано разработать мероприятия, направленные на улучшение качества медицинской помощи для снижения младенческой, детской смертности и инфекционной заболеваемости среди населения Непала, а также необходимо осуществить достаточную подготовку врачей и повысить информированность населения о первичной профилактике.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Пискарева Г.П. 6к. 611гр. МПФ

Руководитель темы: *Пивоварова Г.М.* доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения,

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Изучение здоровья женщин относится к числу наиболее значимых направлений деятельности современного здравоохранения. Здоровье женщины выступает одним из важнейших факторов ее биологического существования, являясь естественной и непреходящей жизненной ценностью, значение которого возрастает по мере развития общества.

Пель

Изучить особенности образа жизни женщин репродуктивного возраста и выявить зависимости состояния здоровья женщин от их образа жизни.

Материалы и методы

Объектом исследования были особенности образа жизни женщин фертильного возраста. Единицей наблюдения были женщины в возрасте от 20 до 49 лет. Было проведено анкетирование 150 женщин.

Полученные результаты

Исследование особенностей образа жизни женщин выявило следующие особенности: преобладали женщины в возрасте 20-29 лет (36%). В зарегистрированном браке состояли 43, 3% лиц. Большинство женщин имеет одного ребенка — 40, 7%, не имеют детей — 26, 7%, имеют двоих детей — 22, 7%, троих и более — 10%. Из тех женщин которые не имеют детей 33% не планируют в будущем рожать. Посещают гинеколога только при наличии жалоб — 42, 7% и не помнят когда были на приеме у гинеколога — 36% женщин. Удовлетворены работой женской консультации — 34, 7% женщин. При нежелательной беременности аборт считают верным решением — 26% женщин, исключительно по медицинским показаниям признают аборт — 43, 3%. Женщины, имеющие индекс массы тела (ИМТ) > 25, в возрасте 20-29 лет составляют 33%. Из числа женщин с ИМТ>25 имели патологию беременности 43, 75%. Из 48% курящих женщин 44, 5% считают, что курение влияет на плод. Курящие женщины имели патологию беременности в 51% случаев, что свидетельствует о необходимости санитарнопросветительской работы с данным контингентом населения.

Выволы

Выявленные особенности образа жизни, оказывающие влияние на здоровье женщин фертильного возраста, следует использовать для своевременного проведения индивидуальных и групповых мероприятий, направленных на сохранение здоровья и повышение уровня качества жизни. Для улучшения демографической ситуации и повышения уровня здоровья женщин фертильного возраста необходимо разработать приоритетные мероприятия по охране репродуктивного здоровья, которые должны включать рекомендации по отказу от курения. Для сохранения репродуктивного здоровья женщин, необходимо проведение мероприятий по организации качественной медицинской помощи, обеспечение современными знаниями в вопросах охраны репродуктивного здоровья, репродуктивного поведения, контрацепции. Для улучшения соматического и репродуктивного здоровья женщин, снижения репродуктивных потерь, в том числе гестационных, необходимо начинать образовательные программы и проведение мероприятий со школьного возраста до наступления менопаузы. Основой профилактической работы должна быть углубленная диспансеризация, активное выявление отклонений в состоянии соматического и репродуктивного здоровья с последующим оздоровлением и лечением.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВОХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ИНДОНЕЗИИ

Сиби В.М. 5к. 563гр. ФИУ

Руководитель темы: *Пивоварова Г.М.* доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения, к м н

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Республика Индоне́зия — государство расположено в Юго-Восточной Азии, на островах Малайского архипелага и западной части острова Новая Гвинея. По численности населения Индонезия занимает четвёртое место в мире и составляет более 237, 5 миллионов человек (по итогам переписи 2010 года).

Пель

Целью явилось изучение некоторых особенностей показателей здоровья и здравоохранения Республики Индонезии.

Материалы и метолы

Использованы санитарно-статистический метод и метод медико-социального анализа.

Полученные результаты

На основе результатов обследования и окончательной проверки Министерство морских дел и рыболовства в состав Индонезии входит не менее 13466 островов, из которых около 2000 обитаемых. Столица- Джакарта. Государственный язык – индонезийский.

При распределении населения по этническим группам установлено, что населения представляет более 300 различных этнических групп. Около половины населения составляют яванцы (42%), на втором месте — сунданцы, доля которых составляет около 15, 4%; другие этнические группы: малайцы, китайцы, мадуры, батаки, бугисы, минанкабау составляют от 4% до 2, 7%. Около 86, 1% населения страны являются мусульманами, 5, 7%-пртоестантами, 3% католиками, 3, 4%- будистами и привержещами других религиии.

По оценочным данным за 2011 год темп прироста населения составил 1, 069% при рождаемости на уровне 18, 1‰ и смертности на уровне 6, 1‰. Гендерный состав населения практически равномерен. В структуре населения по возрастным группам установлено, что доля населения в возрасте от 0 до 14 лет составляет 26%, от 15 до 49 лет составляет 56%, а удельный вес лиц 50 лет и старше составляет 18%, следовательно тип возрастной структуры населения прогрессивный. Средний возраст жителя Индонезии составляет 28 лет.

По данным отдела народонаселения (Департамента по экономическим и социальным вопросам) ООН 2011 года средняя ожидаемая продолжительность жизни в Индонезии

составляет 71 год (69 лет у мужчин / 73 года у женщин). Уровень младенческой смертности составляет 27 ‰, уровень детской смертности - 32 ‰, что являются высокими показателями. Одним из существенных факторов относительно высокого уровня детской смертности является низкое качество источников питьевой воды, являющееся основной причиной кишечных заболеваний. По данным 2012 года уровень материнской смертности — 359 случаев на 100 000 родов.

Индонезия относится к странам с высоким уровнем инфекционной заболеваемости. Наиболее распространённые болезни —бактериальная диарея, брюшной тиф, гепатит A и E, лихорадка денге, малярия, чикунгунья. В то же время страна занимает первое место в мире как по числу случаев заболевания птичьим гриппом, так и по количеству смертей от этого заболевания.

По информации ВОЗ, в системе здравоохранения страны занято 29, 5 тыс. профессиональных, дипломированных врачей (менее 1 врача на 10 000 человек), 180 тыс. человек младшего медперсонала и акушерских работников (8 на 10 000 человек).

Выволы

Таким образом, необходимо разработать мероприятия, направленные на снижение младенческой, детской смертности и инфекционной заболеваемости среди населения Индонезии.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ВОЛОНТЁРСКОГО ЦЕНТРА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ КАЛРОВ

Портнова Н.А. 5к. 531гр. ЛФ, *Кудлахмедов Ш.Ш.* 3к. 334гр. ЛФ, *Карякин А.С.* орд. 2-го года каф. лучевой диагностики и лучевой терапии, *Лопатин З.В.* 6к. 634гр. ЛФ, *Юбрин Н.Н.*5к. 531гр. ЛФ, *Барнова Н.О.* 3к. 309гр. МПФ

Руководитель темы: $\Pi u sos a pos a \Gamma M$. доц. каф. Общественного здоровья и здравоохранения, к м н

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

В современных условиях, в условиях перестройки системы здравоохранения волонтёрство - это не только безвозмездная помощь, но и технология нравственной и практической подготовки будущего врача на современном оборудовании международного образца.

Волонтеры, прошедшие подготовку по первичной медико-санитарной помощи, участвующие в мероприятиях мирового масштаба на территории Российской Федерации: XXVII Всемирная универсиада (Казань, июль 2013), Всемирные игры боевых искусств (Санкт-Петербург, октябрь 2013), XXII Олимпийские игры (Сочи, февраль 2014), являются лицом проводимого мероприятия, а также без труда могут оказать не только первую медицинскую помощь, но и помочь организовать процесс оказания медицинской помощи согласно международным требованиям.

С целью развития волонтерского движения медицинского направления разработана концепция создания "Центра подготовки волонтеров медико-санитарного обеспечения". Использование возможностей медицинского ВУЗа позволяет обучить или повысить уровень теоретической подготовки студентов и совершенствовать освоение практических навыков.

Программа подготовки включает теоретический, практический и психологический модули, что делает процесс обучения всесторонним и соответствует основным требованиям образовательной деятельности.

Привлечение квалифицированных специалистов по медицинской и психологической помощи положительно отразится на учебной деятельности, нравственных качествах студентов и создаст резерв подготовленных волонтеров, способных оказывать помощь, как на массовых мероприятиях, так и в условиях чрезвычайного положения, не только на территории РФ, но и по всему миру.

Применение современных методик обучения, таких как тьютерство, реализует возможность участия студентов медиков в качестве преподавателей для гражданского населения, повышая уровень ответственности и качество подготовки, в свою очередь, облегчая восприятие материала волонтеров, не имеющих медицинского образования или не обучающихся в медицинских учебных учреждениях.

Таким образом, создание "Центра подготовки волонтеров медико-санитарного обеспечения" поможет нравственно и практически улучшить подготовку будущего врача, а также обеспечить ВУЗ волонтёрами международного класса.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В МЕГАПОЛИСЕ

Тяпкина С.А. каф. общественного здоровья и здравоохранения, Козедуб В.А. 1к. 107гр. МПФ, Шапкунова А.И. 1к. 107гр. МПФ, Каллагова З.Э. каф. общественного здоровья и здравоохранения

Руководитель темы: *Самодова И.Л.* доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения, к.м.н. **СЗГМУ им. И.И.Мечникова**

Актуальность

Одним из приоритетных направлений в отечественном здравоохранении на современном этапе является разработка новых подходов к оказанию медицинской помощи, способствующих повышению качества жизни пациентов с различными нозологическими формами. Принимая во внимание демографическое старение, проблема качества жизни лиц пожилого возраста становится особенно актуальной.

Пель

Целью работы явилось изучение показателей качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста Санкт-Петербурга и факторов, определяющих уровень основных показателей качества жизни.

Материалы и методы

В исследовании методом случайной выборки были включены 30 пациентов пожилого возраста, находившихся на приеме у терапевтов в городских поликлиниках Санкт-Петербурга и 30 человек — контрольная группа лиц пожилого возраста. Для оценки качества жизни пациентов пожилого возраста использовался опросник SF-36.

Полученные результаты

В исследовании приняли участие 60 человек, в первую группу были отнесены пациенты терапевтического профиля от 55 до 70 лет во вторую группу — пациенты терапевтического профиля от 71 до 85 лет. Контрольная группа представлена третьей (55 - 70 лет) и четвертой (71 - 85 лет) группами.

Установлено, что при сравнении соответствующих параметров качества жизни пациентов терапевтического профиля с контрольной группой по всем шкалам физического здоровья у пациентов терапевтического профиля качество жизни достоверно ниже, независимо от возраста. Показатели общего здоровья составили в 1 группе 52, 1 балл, во второй группе – 41, 2 балла, в третьей группе 54, 4 балла, в четвертой группе 43, 3 балла.

В исследовании выявлено, что при анализе параметров качества жизни с учетом различий по возрасту просматриваются следующие закономерности: у пациентов 71 - 85 лет достоверно ниже все показатели физического компонента здоровья (24, 3 балла и 21, 1 балл в первой и второй группе и 30, 1 балл и 21, 7 балла в третьей и четвертой группе соответственно), витальности (34, 6 баллов и 32, 3 балла в первой и второй группе и 52, 1 балл и 32, 4 балла в третьей и четвертой группе соответственно) и социального функционирования (47, 7 баллов и 43, 7 баллов в первой и второй группе и 52, 2 балла и 43, 5 баллов в третьй и четвертой группе соответственно), по сравнению с контрольной группой.

Выявлено, что у пациентов терапевтического профиля 71-85 лет крайне снижены показатели эмоционально-ролевого функционирования (29, 5 баллов в первой группе и 12, 2

баллов во второй группе), что связано, в том числе, и с ухудшением всех форм нейропсихической деятельности.

Выволы

Таким образом, использование общего опросника SF-36 позволило оценить основные составляющие физического и психического здоровья пациентов терапевтического профиля пожилого и старческого возраста и установить достоверное снижение показателей качества жизни пациентов исследуемой группы. Наиболее значимым фактором, оказывающим отрицательное влияние на физические показатели, является возраст. Полученные данные позволяют оценить субъективное восприятие пациентами ситуации, могут быть использованы для отбора оптимальных препаратов и схем для лечения больных, способных повысить качество жизни

ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РАБОТНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Крохмалев С.А. 5к. 586гр. ФСО, Добрицина А.Н. соиск. каф. общественного здоровья и здравоохранения, Спасенов Д.В. орд. 2-го года каф. общественного здоровья и здравоохранения Руководитель темы: Лучкевич В.С. проф. каф. общественного здоровья и здравоохранения, л.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В современном обществе все больше внимания уделяется изучению качества жизни в медицине, что позволяет глубже изучить проблему отношения больного к своему здоровью. На современном этапе в стране с социально ориентированной политикой, которая предусматривает повышение качества жизни, это понятие является важнейшим для оценки медикопрофилактических услуг. Возможность применения результатов исследования качества жизни, связанного со здоровьем, в самых различных отраслях медицины определяет актуальность темы работы.

Пель

Изучить качество жизни работников скорой медицинской помощи. Изучить динамику показателей качества жизни у работников скорой помощи с учетом их возрастно-стажевых групп в процессе профессиональной деятельности.

Материалы и методы

Исследование качества жизни, связанного со здоровьем, проведено среди фельдшеров скорой помощи ОСМП№ 2. Для исследования использовалась краткая форма оценки здоровья MOS SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form), русская версия. Результаты представлены в виде баллов и оценок по 8 шкалам от 0 до 100, где 100 баллов означает полное здоровье. Более высокая оценка означает более высокий уровень качества жизни. Каждая шкала формирует два интегральных показателя: психическое и физическое благополучие. Статистическая обработка и корреляционный анализ материала проведен по возрастным группам (n=67).

Полученные результаты

Более 50, 0% участников исследования относятся к возрастной группе «зрелость», 32, 4% респондентов имеют возраст 32-42 года и относятся к группе «взрослость». Наименее представлена возрастная группа «старость» – 2, 6% респондентов. Анализ показателей физического функционирования (PF) показал, что для всех респондентов этот показатель составил 83, 73 ± 0, 66, что отражает высокий уровень благополучия. По возрастным группам наблюдается достоверное снижение показателей PF от молодого возраста к зрелому от 92, 10 1, 12 до 78, 91 1, 19. Анализ показателей ролевого функционирования показал, что общий показатель для фельдшеров составил 62, 01±1, 54. В возрастных группах наблюдается нерезкое снижение от молодости к зрелости от 69, 62 3, 07 до 56, 49 2, 52 баллов. Анализ показателей интенсивности боли и ее влияние на повседневную жизнедеятельность (ВР) показал, что общий показатель у опрошенных фельдшеров составил 68, 73±1, 01. В группе «молодость» он равен 80,

23 2, 12, в группе «взрослость» – 70, 41 2, 01, выше среднего, в возрасте «зрелость» интенсивность боли значительнее, показатель ВР составляет 63, 73 1, 47. Анализ показателей общего состояния здоровья показал, что общий показатель для всех респондентов – 58, 51±0, 88. По этому показателю также наблюдается достоверное снижение показателя с возрастом.

Выводы

Результаты исследований качества жизни, связанного со здоровьем, опрошенных фельдшеров позволяют сделать вывод о наличии существенных различий в субъективной оценке состояния своего здоровья и качества жизни, связанного со здоровьем, у фельдшеров разных возрастных групп. По шкалам физического здоровья показатели возрастной группы «молодость» достоверно выше как общих показателей, так и показателей других возрастных групп. Показатели группы «взрослость» близки к средним показателям для выборки. Наиболее многочисленная группа «зрелость» показывают самую низкую самооценку здоровья по физической компоненте. Исследование качества жизни можно высокоинформативным, надежным, экономичным и чувствительным инструментом оценки состояния здоровья конкретных индивидуумов и отдельных групп больных, эффективности использования организационных, мелицинских и фармакологических методов лечения.

ОЦЕНКА УРОВНЯ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Костюкович С.В. 5к. 20гр. ЛФ, Γ оргадзе Д.Л. 5к. 21гр. ЛФ, Mавлюк П.М. 5к. 29гр. ЛФ, Pомановский С.А. 5к. 27гр. ЛФ, Rкулькин Е.А. 5к. 16гр. ЛФ, Rкерляк R С.Г. 6к. 17гр. ЛФ Руководитель темы: R Тищенко R Проф. каф. общественного здоровья и здравоохранения, R Д.М.Н.

ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Актуальность

Стресс медицинских работников вызван рядом специфических особенностей их профессии. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности.

Углубленное изучение и своевременное диагностирование СЭВ, в особенности у медицинских работников, представляет значительный практический и теоретический интерес, так как вопросы возникновения и его развития у врачей различных специальностей попрежнему остаются мало разработанными.

Пель

Исследование возможных проявлений и степени выраженности симптомов СЭВ у работников системы здравоохранения с высшим медицинским образованием.

Материалы и методы

Проведено анонимное анкетирование практикующих врачей различных специальностей нескольких стационаров г. Гродно и врачей подстанции скорой медицинской помощи. Всего обследовано 224 человека. Средний возраст респондентов 37, 6 лет.

Тестовые нормы для интегрального показателя выгорания: крайне высокая степень (пограничная стадия) — 10 баллов и больше; высокая степень (сформировавшаяся стадия) — 7-9 баллов; средняя степень (формирующаяся стадия) — 5-6 баллов; низкая степень (не сформировавшаяся стадия) — 3-4 балла.

Полученные результаты

В зависимости от специализации всех протестированных сформированы группы: терапевты – 18, 32%, врачи скорой медицинской помощи – 20, 09%, психиатры – 15, 18%, хирурги – 16, 51%, онкологи – 13, 39%, врачи-эндокринологи – 16, 51%.

Среди всех обследованных по гендерному аспекту количественно преобладает женский пол -67, 86%, мужской пол -32, 14%. Признаки высокой и крайне высокой степеней выгорания больше отмечают женщины -63, 84%, мужчины -36, 16%.

До 10 лет рабочего стажа имеет 81 человек (36, 16%), от 10 до 20 лет - 73 врача (32, 59%), от 20 до 30 лет - 47 человек (20, 98%), 30 лет стажа и больше имеет 23 врача (10, 27%).

Явные признаки сформировавшегося синдрома эмоционального выгорания выявлены у 45, 98% врачей, из них крайне высокая степень отмечается у 36, 89% респондентов. Большинство представляют врачи скорой медицинской помощи, онкологи и психиатры.

Средняя степень выгорания отмечается у 36, 61% опрошенных и не зависит от специфики профессиональной занятости в группах. Часто возникающие стрессовые ситуации в среде медицинских работников, огромная ответственность, неравномерный режим работы, объективно неудовлетворительная заработная плата являются непосредственными двигателями формирования синдрома эмоционального выгорания.

Выволы

- 1. Практически половина проанкетированных врачей (45, 98%) отмечают явные признаки сформировавшегося синдрома эмоционального выгорания.
- 2. Выявлены гендерные и возрастные различия встречаемости СЭВ: ввиду более явной эмпатичности женщины сильнее предрасположены к выгоранию, риск развития СЭВ более значим и сложен в преодолении для специалистов с меньшим стажем работы.
- 3. Для каждого сотрудника в области медицины необходимы полноценный отдых, психотерапевтическое сопровождение профессии, введение профилактических мер.

СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТА С ТРАВМОЙ В ПЕРИОД ХОЛОДНОГО ВРЕМЕНИ ГОДА

Счастливцев К.В. 5к. 507гр. Общемедицинский факультет, Ховалко М.М. 5к. 507гр. Общемедицинский факультет, Кондрачукова С.А. 5к. 503гр. Общемедицинский факультет, Учанина О.В. 5к. 507гр. Общемедицинский факультет, Рафикова Р.Р. 5к. 523гр. Общемедицинский факультет, Аширов А.А. 5к. 503гр. Общемедицинский факультет Руководитель темы: Мысаев А.О. асс. каф. хирургии и травматологии

ГМУ города Семей, Семипалатинск, Казахстан

Актуальность

Травмы занимают второе место по причине инвалидизации, временной и постоянной потере трудоспособности пациентов, что приводит к экономическому ущербу. Травматизм, в связи с его предотвратимостью, является важным и вполне реальным резервом снижения смертности населения страны.

Пель

Определить социальные факторы, которые влияют на получение травмы в период холодного времени года.

Материалы и методы

Дизайн исследования – поперечное (анкетирование пациентов). Путем рандомизации было выбрано 16 дней, в которые проводился опрос респондентов, в промежутке между 15 ноября 2013 года и 15 марта 2014 года. Опрос производился в травматологическом отделении и травматологическом пункте БСМП г. Семей (единственное учреждение в городе, оказывающее медицинскую помощь пациентам с травмой). Анкета содержала следующие сведения, получаемые от пациентов: образование, занятость, семейное положение, материальное состояние, заработная плата, наличие жилья, употребление алкоголя, и такие данные как: вид травмы, обстоятельство получения, характер повреждения, локализация, дата получения и дата обращения за помощью, которые выписывались из медицинской документации. Анализ данных производился при помощи SPSS 20. 0.

Полученные результаты

Всего в исследовании приняло участие 350 пациентов. Из них: 58,6% - мужчины (p<0,05), 41,4% - женщины.Средний возраст пациента равен $45,7\pm17.1$ (p<0,05) года, средний возраст мужчин составил $41,3\pm15,9$ (p<0,05) года, а женщин $51,91\pm16,9$ (p<0,05) года.Наиболее часто респонденты имели среднее образование, в 45,9% (p<0.05) случаев, а

также среднее специальное образование в 37, 2% случаев.Из респондентов 38.3% (p<0,05) имели постоянную работу, в 16, 2% случаев имели непостоянную работу, в 26, 9% случаев были пенсионеры.В браке состояли 45, 5% (p<0,05) опрошенных пациентов.По материальному положению 45, 2% (p<0,05) респондентов оценивали себя как среднеобеспеченные, 21, 7% (p<0,05) как низкообеспеченные.В 84, 5% (p<0,05) среднемесячная заработная плата респондентов была ниже средней в регионе.Как правило, травма была уличная 42, 4% (p<0,05), полученная при падении в 46, 6% (p<0.05) случаев.Больше всего было закрытых переломов, соответственно 55, 5% (p<0.05) случаев, ушибов, растяжений, разрывов связок в 11% (p<0,05) случаев, отморожений в 9% (p<0,05) случаев.Частой локализацией травмы являлась голень 26.2% (p<0,05), бедро и стопа по 12.1% (p<0,05) соответственно.

Выводы

По социальной характеристике пациенты с травмой мало отличаются от среднестатистического жителя города. Выявленные нами особенности необходимо учитывать при разработке профилактических мероприятий, с целью предотвращения травматизма у жителей города.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Пукина Л.Ф. 5к. 523 гр.гр. МПФ, Матвеев С.А. 6к. 636гр. ЛФ Руководитель темы: Морозько П.Н. доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения, к.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Время обучения в ВУЗе характеризуется как переходный период от юношества к взрослому состоянию. В это время формируется база здорового образа жизни, профессиональной, духовной и нравственной основы личности, закладывается фундамент здоровья человека, его общей работоспособности и творческого долголетия.

Цель исследования: изучение социально-гигиенических условий жизни студентов шестого курса медицинского вуза.

Материал и методы. В работе использовали метод анкетирования. Нами разработана анкета, состоящая из 140 вопросов. Объектом исследования были студенты 6 курса медицинского вуза. Всего обследовано 72 студента. Статистический анализ проводился с помощью программы Excel.

Полученные результаты. Из обследованных 74, 7% составляли девушки и 25, 3% — юноши, в основном, в возрасте 22-23 лет (59, 7%). Семейных студентов было 8, 3%. По происхождению более половины (59, 2%) студентов — из семей рабочих, около четверти (24, 9%) — из семей медицинских работников. Воспитывались студенты чаще в семьях, где было двое детей (54, 2%) или один ребенок (33, 3%), реже — в семьях, где было трое и более детей (12, 5%).

Поступали в вуз по собственному желанию 77, 8% студентов. Считают правильным выбор вуза только 40, 3% обучающихся, 15, 3% респондентов считают, что ошиблись в выборе вуза, остальные (44, 5%) – не смогли оценить свой поступок выбора вуза (т. е. затрудняются ответить). Почти половина опрошенных (45, 8%) разочарованы в выборе своей профессии. Каждый пятый респондент (20, 8%) считает, что учиться в медицинском вузе трудно. Качество обучения в значительной степени зависит от самоподготовки. Из обследованных ко всем учебным занятиям регулярно готовятся только 16, 7% студентов. Как правило, не готовятся к занятиям 15, 3%, остальные готовятся регулярно лишь к отдельным занятиям (33, 3%) или нерегулярно, от случаю (34, 7%). Почти половина студентов (45, 8%) проживают в общежитии, 25, 0% – снимают жилье, остальные живут с родителями и родственниками. Чаще (76, 1%) комнату делят на двоих. Только 48, 6% респондентов удовлетворены занимаемым жильем. 29, 2% студентов в полной мере высыпаются, остальные чаще не высыпаются, т. к. ложатся спать после 23 часов.

Совершенно здоровыми считают себя 8, 3% студентов, иногда болеют простудными заболеваниями 63, 9%, часто болеют простудными заболеваниями 8, 3%, имеют хронические заболевания 19, 4% опрошенных. Качеством своей жизни полностью удовлетворены и довольны 53, 5% опрошенных, 42, 3% студентов считают, что многое в жизни не удалось.

Вывод. Почти половина студентов разочарованы в выборе своей профессии.

Студенты часто не высыпаются. Выявлена неудовлетворенность студентов своим здоровьем и качеством жизни.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭСТОНИИ И РОССИИ

Золотых И.В. 5к. 561гр. ФИУ

Руководитель темы: $\Pi u sos a pos a \Gamma M$. доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения, к м н

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В конце XX-начале XXI века перед большинством стран Восточной и Западной Европы встала проблема изменения прежней демографической политики в связи со снижением рождаемости и старением населения. Россия, как страна, входящая в Восточно-Европейскую зону, также столкнулась с необходимостью выбора новой стратегии по стимуляции рождаемости граждан.

Пель

Изучение демографических данных Эстонии и России, выявление общих закономерностей, обобщение результатов.

Материалы и методы

Использованы медико-статистический метод, метод медико-социального анализа. Материалами послужили данные Госкомстата РФ, а также Департамента статистики Эстонии.

Полученные результаты

По результатам расчета основных медико-демографических показателей по состоянию на 2012 год получены следующие данные: 1) естественное движение населения: - Эстония: рождаемость 11, 3‰; смертность 10, 6‰; естественный прирост 0, 7; - Россия: рождаемость 13, 3‰; смертность 13, 3‰; естественный прирост населения 0, 2) Повозрастной состав населения: - Россия: 0-19 лет – 20, 9%; 20-49 – 45, 3%; старше 50 – 33, 9%; - Эстония: 0-19 лет – 21, 1%; 20-49 – 40. 3%: старше 50 – 38. 6%. 3) Ожидаемая продолжительность жизни в Эстонии составила: для мужчин – 70, 7 лет; для женщин – 81, 1 г. В России аналогичный показатель равнялся: для мужчин - 63, 8 лет; для женщин - 75, 5 лет. 4) Система здравоохранения (обеспеченность врачами, коечным фондом): - Россия: 49, 1 врача на 10000 чел, и 92, 9 койки на 10000 населения; - Эстония: 50, 1 врача на 10000 чел. и 89, 3 койки на 10000 населения. 5) Основные причины смерти населения (на 10000): - Эстония: 1-ое место – болезни системы кровообращения (580, 4 мужчин и 336, 7 женщин), 2-ое – злокачественные новообразования (295, 2 мужчин и 149, 4 женщин), 3-е – травмы и отравления (192, 5 мужчин и 42, 3 женщин); -Россия: 1-ое место – болезни системы кровообращения (714, 7 мужчин и 756, 5 женщин), 2-ое – злокачественные новообразования (233, 3 мужчин и 177, 1 женщин), 3-е - травмы и отравления (225, 0 мужчин и 58, 1 женщин).

Выводы

Сравнивая вышеуказанные показатели, можно отметить, что:

- А. в России в 2012 г. рождаемость была на 2‰ выше, чем в Эстонии, а смертность на 2, 7‰ ниже. Вместе с тем, ожидаемая продолжительность жизни в Эстонии превысила аналогичный показатель по России: для мужчин на 6, 9 лет, для женщин на 6, 1 лет.
- В. в обеих странах удовлетворительная обеспеченность врачебными кадрами, больничными койками, что косвенно свидетельствует о развитой системе здравоохранения
- С. в структуре смертности 1-ое место (как для Эстонии, так и для России) принадлежит болезням системы кровообращения, 2-ое злокачественным новообразованиям, 3-е травмам и

отравлениям, что соответствует модели развитых стран. По болезням системы кровообращения смертность мужчин в Эстонии меньше чем в России в 1, 2 раза, женщин – в 2, 2 раза; по злокачественным новообразованиям – у мужчин меньше в 1, 3 раза, у женщин – в 1, 2; по травмам и отравлениям – у мужчин в 1, 2 раза, у женщин – в 1, 4 раза. Обращает на себя внимание большая разница в количестве смертей от травм и отравлений среди мужчин и женщин в обеих странах – примерно в 4 раза чаще травмы становятся причиной смерти мужчин.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ВОЗ И СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХОБЛ В РОССИЙСКОЙ ФЕЛЕРАПИИ

Агафонова А.С. 6к. 610гр. МПФ

Руководитель темы: Абумуслимова Е.А. доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения, к м н

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В последние годы медики всего мира обратили особое внимание на увеличение заболеваемости хроническими заболеваниями органов дыхания, в особенности хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ), которая занимает до 55% в структуре заболеваемости хроническими болезнями органов дыхания. Внимание к данной патологии вызвано в первую очередь широкой распространённостью ХОБЛ среди населения, её неизлечимостью, а также высокими показателями инвалидизации больных и смертности. По прогнозам ВОЗ к 2030 году ХОБЛ станет третьей основной причиной смерти в мире. Для того чтобы снизить заболеваемость ХОБЛ и смертность больных, многие страны разрабатывают стандарты оказания медицинской помощи больным ХОБЛ, ориентируясь на рекомендации ВОЗ.

Целі

С целью сравнения рекомендаций BO3 и стандартов Российской Федерации по оказанию медицинской помощи больным ХОБЛ были изучены материалы и документы, регламентирующие условия и порядки оказания медицинской помощи больным ХОБЛ.

Материалы и методы

Использованы рекомендации ВОЗ по ведению хронических обструктивных болезней лёгких, а также Приказ № 1214н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при обострении хронической обструктивной болезни легких» и Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю "пульмонология", Протокол ведения больных ХОБЛ

Полученные результаты

При проведении сравнения рекомендаций ВОЗ со стандартами Российской Федерации по оказанию медицинской помощи больным ХОБЛ был выявлен как ряд сходств, так и некоторые отличия. В целом, рекомендации ВОЗ и РФ совпадают и разбиты по уровням доказательности на несколько групп. Так, например, ингалируемые бета-агонисты короткого действия являются рекомендацией первого ряда в терапии стабильной ХОБЛ по мнению экспертов ВОЗ и РФ, а также имеют доказанную высокую эффективность. При обострении ХОБЛ антибиотики рекомендуют специалисты и ВОЗ, и РФ (с уровнем убедительности доказательств А). Схожим так же оказалось мнение экспертов в отношении теофиллина, несмотря на его меньшую эффективность по сравнению с бета-2-адреномиметиками, его всё же включают в схемы лечения больных ХОБЛ (только при стабильном течении). Эксперты ВОЗ и РФ подчёркивают необходимость ингаляционного введения лекарственных препаратов для лечения ХОБЛ, а также рекомендуют применение оксигенотерапии длительными курсами. Отказ от курения является также одной из основных рекомендаций специалистов ВОЗ и РФ. Основными отличиями в рекомендациях ВОЗ и российских экспертов оказались: рекомендации применения муколитиков при обострении ХОБЛ только в РФ, учёт ценовых категорий в рекомендациях (ВОЗ), чёткие указания доз применяемых препаратов (РФ), стандарты оснащения пульмонологических кабинетов поликлиник, пульмонологических отделений стационаров ($P\Phi$).

Выволы

Проведённый анализ показал, что во многом стандарты оказания медицинской помощи больным ХОБЛ в РФ совпадают с рекомендациями ВОЗ. Имеющиеся отличия, возможно, связаны с особенностями организации медицинской помощи в РФ и сложившимися традициями ведения больных ХОБЛ. Стоит отметить, что в России регулярно разрабатываются новые стандарты оснащения отделений для лечения больных с заболеваниями органов дыхания, новые протоколы ведения больных, порядки оказания медицинской помощи и иные нормативные документы, охватывающие широкий круг вопросов касательно ХОБЛ. Это говорит о возрастающем интересе к проблеме в России и даёт надежду на скорейшую адаптацию нового мирового опыта.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Гиннятулина Р.И. 6к. 601гр. ЛФ

Руководители темы: Суслин С.А. проф. каф. общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением, д.м.н., Сиротко М.Л. доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением, к.м.н., Вербовой А.Ф. проф. каф. эндокринологии, д.м.н.

СамГМУ, Самара

Актуальность

Сахарный диабет занимает третье место в мире по смертности в развитых странах. Сегодня на всей планете насчитывается около 150 миллионов людей, страдающих этим заболеванием, а, по прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2025 году эта цифра может вырасти до 300 миллионов. Увеличивается доля больных людей, которые нуждаются в постоянной лекарственной терапии и лабораторном контроле, в стационарном и амбулаторном лечении. Это создает новый образ жизни, подчиняющий себе как бытовую сферу, так и сферу профессиональной деятельности человека, влияет на качество его жизни.

Пель

Изучить влияние сахарного диабета на качество жизни людей из разных социальных групп.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе отделения эндокринологии ГКБ № 6 г. Самары и поликлиники медико-санитарной части № 14. Всего было обследовано 200 респондентов. Из них 100 пациентов стационара и 40 пациентов поликлиники. В группу контроля вошли 60 человек отобранных случайным методом из сотрудников отделения, не имеющих в анамнезе сахарного диабета. В качестве метода исследования использована русская валидизированная версия опросника MOS-SF36.

Полученные результаты

Полученные результаты пациентов с сахарным диабетом по всем шкалам опросника SF-36 оказались достоверно ниже (p<0, 05), чем у лиц в контрольной группе.У всех больных страдают жизненная активность и повседневная ролевая деятельность, которая, по их мнению, обусловлена ограничением физической активности и ухудшением эмоционального состояния.Проанализировав результаты опроса, мы выяснили, что мужчины, по сравнению с женщинами, считают свое здоровьем лучшим по всем показателям, кроме социальной деятельности.Проводя сравнительную оценку качества жизни по возрасту, мы узнали, что лучше себя чувствуют пациенты в возрасте от 18 до 30 лет и старше 70 лет.Больные, посещающие школу сахарного диабета в поликлинике лучше оценивают своё состояние по всем шкалам опросника, кроме социального функционирования, которое немного ниже.

Выволы

С учетом вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что сахарный диабет отрицательно влияет на качество жизни больных, однако неодинаково влияет на пациентов разного социального статуса. Поэтому всем этапам лечебно-диагностического процесса должен сопутствовать индивидуальный подход к лечению, ведь «лечить больного, а не болезнь» — основная проблема врачевания. Концепция качества жизни является неотъемлемым компонентом мониторинга здоровья населения, лечения и профилактики заболеваний, позволяющим пересмотреть прежние представления о здоровье и лечении болезни, по-новому оценить работу медицинских учреждений. Ведь стремление не только устранить отдельные симптомы и предотвратить рецидивы того или иного заболевания, но прежде всего улучшить качество жизни пациента интегрирует усилия врачей всех специальностей. Это по большому счету определяет стратегию здравоохранения в целом.

ФАКТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ САМОЛЕЧЕНИЯ В ГОРОДЕ СЕМЕЙ

Нургалиева В.К. 5к. 507гр. Фак-т общественное здравоохранение Руководитель темы: *Рахметова К.У.* доц. каф. общественного здравоохранения и информатики, к м н.

Государственный медицинский университет г. Семей

Актуальность

Актуальность проблемы самолечения обусловлена присутствием на рынке многообразия лекарственных средств, недостаточностью доказательной информации о них, самостоятельным применением лекарственных средств без профессиональной рекомендации и контроля медицинских работников.

Пель

Изучить фактическое состояние самолечения в городе Семей.

Материалы и методы

Было проведено анкетирование горожан города Семей.

Полученные результаты

Было проанкетировано 350 человек. Определены социально-демографические характеристики участников исследования. В исследовании участвовали мужчины-48, 2% и женщины-51, 8%. Среди анкетируемых превалировали казахи-66, 3%, русские-26, 8%, татары-6, 8%, значительную часть опрошенных составляли семьи из 3-5 человек. Наибольшее число участников исследования составляли люди трудоспособного возраста, а также служащие и студенты. Исследование показало, что в основном люди доверяют традиционной медицине-81, 9%, народной медицине-12, 8%, самолечению-11%. Установлено, что 35, 6% опрошенных компромиссно относятся к самолечению, 25, 5-пложительно, 31, 8-отрицательно, 7, 1%затрудняются ответить. 66, 6% респондентов не согласны с тем, что лекарства должны отпускаться без рецепта врача, 23, 6%-согласны, 9, 8-затрудняютс ответить. Однако анализ анкет показал, что значительная часть населения лечится самостоятельно. При этом 77, 3% только при легких недомоганиях, а 1, 1% даже при значительных, 15, 6% опрошенных уверены в своих знаниях в отношении своих болезней и поэтому лечатся самостоятельно. Наиболее распространенной причиной самолечения являются большие очереди на прием к врачу-57, 5%, недостаток времени-54%, некомпетентность врачей и их невнимательное отношение-18, 4%. при которых пациенты используют лекарственные препараты самостоятельно показал: простудные заболевания-90, 4%, Нарушения пищеварения-14, 5%, головная боль-43, 8%. У 98, 9% респондентов имеется «домашняя аптечка». Также было выявлено, что потребители получают информацию о применении лекарственных средств от врачей-81, 6%, от фармацевтов-21, 9%, по совету друзей и родственников-14, 8%, через рекламу на телевидении-7, 9%, через Интернет-31%. При чтении инструкции по применению лекарственного препарата 85, 5% обращают внимание на показания к применению, 11, 8%ознакамливаются с фармакокинетикой и фармакодинамикой, 47, 9% читают побочные эффекты,

19, 7% акцентируют внимание на длительности использования препарата и 7, 4% исследуемых интересуются производителем.

Выводы

Исходя из полученных данных, мы можем констатировать, что большинство населения отрицательно относится к лекарственному самолечению. Однако значительное число людей принимает активное участие в лечебном процессе, что повышает ответственность каждого индивидуума за состояние своего здоровья. Из этого следует, что у каждого потребителя своя иерархия ценностей, индивидуальный подход к самолечению, обусловленный множеством факторов. А это означает, что каждому пациенту с его потребностями, запросами и нуждами требуется дифференцированный подход.

ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ, СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МУЖЧИН И ЖЕНШИН

Дедюхина М.А. 1к. 214гр. фельдшерское отделение Руководитель темы: Ахметели Т.В. каф. физической культуры Санкт-Петербургский фельдшерский медицинский колледж

Актуальность

Братья Стругацкие писали о том, что в будущем люди станут значительно быстрее, сильнее и выносливее благодаря развитию медицины, спорта и педагогики. Для того чтобы успешно внедрить какие-либо программы по развитию физических способностей населения, необходимо иметь точные данные об уровне физического развития современных людей, но объективных статистических данных на эту тему крайне мало.

Пель

Сравнить физические способности, общее физическое состояние молодых мужчин и женщин с существующими нормативами.

Материалы и методы

В исследовании использовалась одна из существующих методик оценки личного физического состояния, по которой был протестирован 31 студент фельдшерского техникума в возрасте от 16 до 30 лет обоих полов. С помощью замеров функциональных показателей и тестовых заданий (отжимания, прыжки и другие) были собраны данные о возрасте, росте и весе, артериальном давлении, гибкости, быстроте реакции, скоростно-силовых способностях, силовой выносливости мышц рук, ног и туловища, общей выносливости и переносимости физических нагрузок. Полученные результаты переводились в баллы по формуле, ключевым элементом которой была разница между фактическим и должным значением показателя. Для женщин должные значения меньше на 20-30%, кроме гибкости, должное значение которой, наоборот, выше. Оценка общего физического состояния производилась по общей сумме баллов. Полученные результаты мужчин и женщин подверглись сравнительному анализу.

Полученные результаты

Средняя сумма баллов испытуемых соответствует физическому состоянию выше среднего. Низкое физическое состояние обнаружено у 1 человека (3%), ниже среднего у 3 (10%), среднее у 8 (26%), выше среднего у 17 (55%), отличное у 2 (6%). Средняя сумма баллов испытуемых мужского пола соответствует верхней границе среднего физического состояния. Низкое физическое состояние не обнаружено ни у одного из юношей, ниже среднего у 2 (20%), среднее у 3 (30%), выше среднего у 4 (40%), отличное у 1 (10%). Средняя сумма баллов испытуемых женского пола соответствует нижней границе физического состояния выше среднего. Низкое физическое состояние обнаружено у 1 испытуемой (4. 8%), ниже среднего тоже у 1 (4. 8%), среднее у 5 (23. 8%), выше среднего у 13 (61. 9%), отличное у 1 (4. 8%). Средние баллы по показателям веса, давления, ЧСС, скорости реакции, высоте прыжка, силе мышц ног и туловища переносимости физических нагрузок и общей сумме баллов выше у девушек. Показатели гибкости, силе мышц рук и общей выносливости у юношей.

Девушки отчасти выигрывают в количестве баллов за счет разницы в должных значениях. Исходя из полученных данных, можно предположить, что девушкам легче достичь рассчитанные для них должные значения, чем мужчинам достичь свои. В отношении гибкости наблюдается похожая ситуация, но в отношении мужчин, юношам легче достигнуть установленные мужскому полу показатели, чем девушкам женскому. Таким образом, возникает вопрос о необходимости сближения мужских и женских нормативов.

Выволы

Полученные данные свидетельствуют о том, что современная молодежь развита не гармонично, плохо прыгают, не выносливы, сила мышц ног и туловища средняя, девушки имеют очень слабые руки, а юноши высокий пульс. При этом обладают хорошим давлением и телосложением, быстрой реакцией, юноши имеют сильные мышцы рук и приблизились по гибкости к девушкам, которые, приблизились по многим показателям к юношам.

ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

АЛЬГОМЕНОРЕЯ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Иванова А.А. 6к. 601гр. ПФ

Руководитель темы: Tайu A.H. асс. каф. акушерства и гинекологии, к.м.н. C H H H H H

Актуальность

Альгоменорея (альгодисменорея, дисменорея) - циклический патологический процесс, проявляющийся болями внизу живота в дни менструации, сопровождающийся комплексом психоэмоциональных и обменно-эндокринных симптомов. Однако, большинство молодых нерожавших девушек считает болевой симптом во время и/или до менструаций нормой, поэтому не обращаются с этой проблемой к гинекологу.

Цель

Определить наиболее эффективные методы лечения дисменореи в настоящее время с позиции доказательной медицины.

Материалы и методы

Произведен обзор литературы, имеющейся по данному заболеванию, а также метаанализ рандомизированных клинических исследований по современным методам лечения альгодисменореи с позиции доказательной медицины, Также было проведено анкетирование пациенток с целью выявления актуальности проблемы.

Полученные результаты

На основании анализа литературных данных и клинических исследований, были выяснены следующие методики лечения альгоменореи: акупунктура, электрофорез, фитотерапия, местное воздействие теплом, прием нестероидных противовоспалительных средств, витаминов, комбинированных оральных контрацептивов, и даже релаксация. Практически все из представленных методик имели тот или иной положительный эффект, однако лучшие результаты были при использовании комбинированных оральных контрацептивов, эффективность которых рассмотрена более детально.

Выволы

Наиболее эффективным методом лечения является использование в терапии комбинированных оральных контрацептивов, причем нет никакой доказательной разницы между применениями препаратов различного дозирования. Важен лишь индивидуальный подбор препарата.

БИОМИКРОСКОПИЯ В ИЗУЧЕНИИ МИКРОГЕМОДИНАМИКИ КИШКИ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРИТОНИТОМ

¹Султанова Ф.М. 3к. 347гр. ЛФ, ²Ангелова Е.М. 5к. 510гр. ПФ, ²Вавилова К.В. 6к. 608гр. ПФ Руководители темы: ²Пахомов А.А. асс. каф. акушерства и гинекологии, к.м.н., ¹Тайц А.Н. асс. каф. акушерства и гинекологии, к.м.н., ¹Татаркин В.В. асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ³Смирнов А.А. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ¹Мельников А.С. отд. гинекологии, к.м.н.

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова 2 - СПбГПМУ

3 - Городская больница Святого Великомученика Георгия

Актуальность

В настоящее время большинство исследователей считают основным звеном патогенеза развития разлитого перитонита (РП) синдром кишечной недостаточности. Патогенез паралича кишечника изначально связан с развитием гипоксии, обусловленной в том числе и нарушениями микроциркуляции. Несоответствие доставки кислорода, его потребления тканями кишки при перитоните с последующими реперфузион- ными поражениями приводит к утрате барьерной функции слизистой оболочкой кишечника, что, в свою очередь, приводит к транслокации условно-патогенных микроорганизмов и поддержанию воспалительного процесса, даже при достаточно эффективной санации других очагов инфекции

Пель

В свете изложенного, патогенетически обоснована необходимость ранней динамической оценки реперфузионной травмы кишечника, в первую очередь, с целью определения хирургической тактики.

Материалы и методы

В настоящее время наиболее адекватно уровень кровотока можно оценить с помощью метода лазерной допплеровской флуометрии. Однако, многократная допплерометрия регионального кровотока в течение первых послеоперационных суток представляется трудоёмкой и малодоступной. Кроме того, все методы исследования микрогемодинамики, за исключением витальной биомикроскопии, являются косвенными. Витальная биомикроскопии конкретно отражает ситуацию в определённом месте и в определённый момент, но не может быть использована для динамического наблюдения.

Полученные результаты

Работ, посвящённых исследованию микрососудистого русла кишки при РП с помощью динамической контактной биомикроскопии, в доступной литературе мы не встретили.

Таким образом, цель нашего исследования - улучшение результатов лечения гнойновоспалительных заболеваний матки и её придатков, осложнённых перитонитом, исходя из оценки степени нарушения процессов микроциркуляции в кишке.

Обследованы 42 пациентки в возрасте от 16 до 52 лет (37, 2 7, 2 года) с гнойновоспалительными заболеваниями матки и её придатков, осложнённых перитонитом. У всех пациенток основу лечения составило хирургическое вмешательство. Основным принципом хирургического лечения являлось полное удаление очагов деструкции.

пациенткам применялся разработанный нами Ко всем 42 способ оценки мезентериального кровотока путём динамической контактной биомикроскопии микрососудистого русла тонкой кишки. Для выполнения биомикроскопии применялся производства Richard Wolf. Микрогистероскоп вводился микрогистероскоп дополнительный порт в брюшной стенке в положениях больной лёжа, что позволяло оценивать состояние регионарной микрогемодинамики в нескольких точках. Оценка кровотока проводилась в соответствии с критериями нарушений микроциркуляции в кишечнике по В. Я. Белому (1981).

Для сравнения все обследованные больные разделены на 2 группы в зависимости от степени нарушения регионарной микрогемодинамики определяемой в 1 сутки

послеоперационного периода: 1ая группа — 13 пациенток с оценкой мезентериального кровотока более 5 баллов, 2ая группа - 29 женщин с оценкой менее 5 баллов.

Основные лабораторные показатели в 1-2 сутки послеоперационного периода в исследуемых группах больных достоверно не различались (p>0, 05).

Достоверная разница в биохимических показателях проявлялась на 4-5 сутки послеоперационного периода, когда по совокупности клинико-лабораторных данных принималось решение о коррекции терапии либо выполнении релапаротомии.

Балльная оценка мезентериального кровотока имеет высокий уровень корреляции с сутками послеоперационного периода - г=0, 99 у пациенток группы 1 и г=0, 96 у пациенток группы 2. У всех больных с оценкой мезентериального кровотока на 1 сутки более 5 баллов (группа 1, п=13) послеоперационный период осложнён прогрессирующим перитонитом, потребовавшим выполнения релапаротомии в 9 случаях (69, 2%), в остальных 4 (30, 8%) случаях проводилась коррекция назначенной терапии. Ретроспективно, отсутствие динамики снижения баллов на 2е сутки (в среднем на 2 балла) с высокой степенью вероятности — 88, 9% свидетельствует о необходимости выполнения релапаротомии. В группе 2 послеоперационного перитонита не зарегистрировано ни в одном случае, релапаротомий не выполнялось, послеоперационные осложнения, проведенные консервативно, отмечены в 11 (37, 9%) случаях.

Выволы

Разработанный метод биомикроскопии, являясь простым и доступным, не требует специальной подготовки и обеспечения анестезиологическим пособием больного, что позволяет рекомендовать его к широкому применению в условиях многопрофильных стационаров у больных гнойно-воспалительными заболеваниями матки и её придатков, осложнённых разлитым перитонитом с синдромом полиорганной недостаточности. Балльная оценка мезентериального кровотока по В. Я. Белому (1981) позволяет с высокой степенью вероятности предположить развитие у больной послеоперационного перитонита раньше, чем диагноз может быть верифицирован по клинико-лабораторным данным. Балльная оценка мезентериального кровотока может являться критерием к коррекции терапии, выполнению программированной релапаротомии.

ВЗГЛЯДЫ РАЗЛИЧНЫХ КОНФЕССИЙ НА КОНТРАЦЕЦИЮ

Чеклюева М.В. 6к. 621гр. ПФ

Руководитель темы: Tайu A.H. асс. каф. акушерства и гинекологии, к.м.н.

СПбГПМУ

Актуальность

Контрацепция известна в мире с древнейших времен. С развитием цивилизации и технологий, контрацепция становилась все сложнее и, в итоге, стала прерогативой науки – медицины. Хотя, в некоторых религиозных странах до сих пор вопросы контрацепции регламентируются представителями духовной элиты. Кроме того, другие различные духовные учения, религии, также имеют свою позицию относительно предупреждения беременности.

Цель

Изучить взгляды различных религий на контрацепцию.

Материалы и методы

Материалы и методы. Была проведена работа со статьями на тему «Религии и контрацепции».

Полученные результаты

Самая массовая религия в России православие - 74%; мусульман - 7%; к католизму, протестантизму, иудаизму, буддизму относят себя - 1% респондентов.

Буддизм не предполагает вмешательства в частную жизнь людей, однако, искусственное прерывание беременности (аборт) рассматривает как убийство живого существа.

РПЦ (Русская православная церковь) допускает контрацепцию только, в случае, если причины, по которым пара предохраняется, церковь посчитает уважительными. Аборты РПЦ

осуждаются. РКЦ (Римская католическая церковь) не приемлет любых способов контрацепции, кроме естественного (календарного); аборты — осуждает. Иудаизм (ортодоксальный) одинаково осуждает любые методы контрацепции, равно как и аборты, даже по причинам патологических изменений развития плода (по медицинским показателям). Однако неортодоксальный иудаизм признает использование противозачаточных средств, если в браке уже рождены разнополые дети. Ислам допускает применение контрацепции, если причины, по которым это происходит, считаются уважительными для данной религии.

Выволы

различные духовные учения, религии, также имеют свою позицию относительно предупреждения беременности, это следует учитывать при назначении контрацептивных средств.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГА ПРИ РАНЕНИЯХ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ

 1 Султанова Ф.М. 3к. 347гр. ЛФ, 2 Сидоров В.А. инт. 2013-го года каф. 2-ая кафедра хирургии усовершенствования врачей

Руководители темы: ¹*Сигуа Б.В.* доц. каф. факультетская хирургия, к.м.н., ¹*Татаркин В.В.* асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ¹*Смирнов А.А.* каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова

2 - Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова

Актуальность

Выбор лечебно-диагностической тактики при ранениях поясничной области остается непростой задачей для хирурга. Причины этого заключаются в относительной редкости данного вида травмы, особенностях анатомического строения поясничной области, затрудняющих ревизию ран, вариабельности клинической картины, возможности повреждений различных внутренних органов и крупных сосудов с возникновением опасных для жизни осложнений. Повреждения внутренних органов при ножевых ранениях поясничной области встречаются в 5-29% случаев. При множественных колото-резаных ранениях частота их возрастает до 60-68%. При огнестрельных ранениях поясничной области повреждения внутренних органов, в том числе множественные, наблюдаются у 62-100% пострадавших. Диагностика повреждений поясничной области требует применения дополнительных методов исследования и нередко привлечения специалистов различного профиля.

Пель

Были проанализированы результаты лечения 283 пациентов с ранениями поясничной области, находившихся на лечении в больнице Святой преподобно- мученицы Елизаветы с 1991 по 2012 гг. Возраст больных составил от 17 до 77 лет. Преобладали мужчины трудоспособного возраста.

Материалы и методы

Колото-резаные ранения выявлены у 249 (88, 0%) пострадавших, резаные - у 17 (6, 0%), огнестрельные - у 15 (5, 3%), рвано-ушибленные - у 2 (0, 7%), пациентов.

В подавляющем большинстве случаев ранения были поверхностными: раневой канал заканчивался в пределах подкожной клетчатки или мышц поясничной области у 183 (64, 6%) пациентов. У 37 (13, 1%) пациентов раневой канал проникал в забрюшинное пространство, у 54 (19, 1%) - в брюшную полость, у 5 (1, 8%) - в плевральную полость, и у 4 (1, 4%) пациентов ранения носили торакоабдоминальный характер.

Полученные результаты

У 201 (71, 0%) из обследованных пострадавших наблюдалась изолированная травма поясничной области, у 78 (27, 6%) - сочетанная, у 4 (1, 4%) - множественная. Ранения поясничной области сочетались с повреждениями мягких тканей головы, шеи, конечностей, таза, брюшной и грудной стенок и с проникающими ранениями брюшной и плевральной полостей.

Выволы

Обследование больных с ранениями поясничной области проводилось в условиях экстренной операционной, где выполнялись необходимые диагностические исследования, производилась ревизия и хирургическая обработка ран, при наличии шока одновременно проводились противошоковые мероприятия. Из-за невозможности исключить проникающий характер ранения 33 пострадавшим (11, 7%) была выполнена диагностическая лапароскопия. В отдельных случаях для динамического наблюдения устанавливалась фторопластовая гильза.

Повреждения внутренних органов и сосудов брюшной полости, забрю- шинного пространства и плевральной полости выявлены у 54 (19, 1%) пациентов с ранениями поясничной области. В ряде случаев повреждения оказались Множественными. Повреждение почки выявлено у 17 пациентов, печени — у 13, толстой кишки - у 10, петель тонкой кишки - у 8, селезенки - у 8, диафрагмы у 6, прямой кишки - у 1, желудка - у 1, поджелудочной железы - у 1, нижней горизонтальной ветви ДПК - у 1, аорты - у 1, внутренней подвздошной вены - у 1, левой толстокишечной артерии - у 1, легкого - у 1 больного. В 2 наблюдениях выявлена флегмона забрющинного пространства при ранении нисходящей ободочной кишки.

Больным с проникающими ранениями поясничной области выполнены следующие операции: нефрэктомия - 10, ушивание раны почки - 6, ушивание ран печени - 10, спленэктомия - 7, гемостатические швы поджелудочной железы — 1, ушивание желудка - 1, ушивание ДПК - 1, резекция тонкой кишки - 2, ушивание тонкой кишки - 6, резекция сигмовидной кишки - 1, выключение прямой кишки по Гартману - 1, ушивание брыжейки кишки - 6, ушивание толстой кишки, дренирование забрюшинного пространства - 5, ушивание легкого -1, вскрытие флегмоны забрюшинного пространства - 2.

Летальный исход наблюдался в трех случаях, когда имели место тяжелые сочетанные повреждения внутренних органов и крупных сосудов.

Таким образом, в 19, 1% случаев у пострадавших с ранениями поясничной области наблюдаются изолированные или сочетанные повреждения органов и крупных сосудов забрюшинного пространства, брюшной и грудной полостей. Диагностическая тактика у пациентов с ранениями поясничной области требует целенаправленного исключения повреждений внутренних органов и крупных сосудов в условиях операционной с использованием дополнительных методов, включая лапароскопию.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ТКАНЕЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ НОВОГО ОБРАЗЦА ПОЛИМЕРНОГО КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО АППЛИКАЦИОННОГО СРЕДСТВА

Лойко Е.А. 3к. 14гр. ЛФ, *Герасимов Д.А.* орд. 1-го года каф. общей хирургии, *Новикова Н.В.* 3к. 6гр. ЛФ

Руководители темы: Липатов B.A. доц. каф. оперативная хирургия и топографическая анатомия, д.м.н., Затолокина M.A. доц. каф. гистология и эмбриология, к.м.н.

КГМУ, Курск

Актуальность

В хирургии брюшной полости существуют проблемы, которые требуют новых подходов к их решению. Одной из них является надежный и нетравматичный гемостаз при травмах и операциях на паренхиматозных органах, от которого во многом зависит жизнь пострадавших и благоприятное течение послеоперационного периода. Существуют многочисленные методы остановки кровотечения при операциях на печени, тем не менее, эта проблема остается не решенной.

Пель

В условиях эксперимента изучить морфологические особенности печени после применения в качестве кровоостанавливающих средств полимерных губчатых материалов.

Материалы и методы

В эксперименте использовалась кровоостанавливающая губка карбоксиметилцеллюлозы (КМЦ). Оценивались 2 группы животных (самцы кроликов породы Шиншилла): экспериментальная группа, в которых применяли аппликационный имплантат, состояла из 6 особей, а контрольная группа, представленная здоровыми особями, – из 4.

Были произведены операции: срединная лапаротомия, в результате которых моделировали поверхностные плоскостные травмы печени. На место травмы накладывали исследуемый образец. После достижения гемостаза лапоротомную рану послойно ушивали узловыми швами. Животных выводили из эксперимента на 14 сутки путем передозировки наркоза. В каждом случае производили аутопсию с изъятием препарата печени, которые в последствие стали материалом гистологического исследования. Для определения достоверности отличий средних применяли множественные сравнения Ньюмена-Кейлса, Тьюки, Даннета; а также непараметрический критерий Манна-Уитии.

Полученные результаты

При изучении гистологических препаратов печени контрольной и экспериментальной группы, обнаружены структурные отличия: клетки органа имеют более округлую форму, произошло увеличение количества биядерных гепатоцитов и изменение диаметра ценральной вены дольки печени.

- При импалантации кровоостанавливающей губки размер гепатоцитов уменьшен на 3, 96 относительных единиц (p<0, 05).
- Увеличено количество биядерных клеток в 1, 71 относительных единиц (p<0, 05), что является доказательством нормальной регенерации ткани печени.
- При сравнивании групп было выявлено увеличение диаметра центральных вен долек органа на 6, 14 относительных единиц (p<0, 05).

Выволы

При анализе полученных результатов можно сделать вывод, что все структурные изменения паренхимы печени после использования аппликационного имплантата КМЦ находятся в пределах нормальных показателей темпов физиологического восстановления ткани органа после травмы.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТАКТИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГОЛОВЫ И ЖИВОТА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАПИОНАРА

¹Султанова Ф.М. 3к. 347гр. ЛФ

Руководители темы: ²Сигуа Б.В. доц. каф. факультетская хирургия, к.м.н., ¹Дюков А.К. отд. 1-ое хирургическое, к.м.н., ¹Смирнов А.А. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ¹Татаркин В.В. асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова

2 - Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы

Актуальность

В последние годы отмечается резкое увеличение частоты сочетанных и множественных повреждений, что объясняется ростом количества автодорожных, производственных травм, в том числе кататравм. По разным данным за последние 10-15 лет в общей структуре травматизма частота сочетанных травм (СТ) увеличилась вдвое и колеблется в пределах 5-12% (Г. Н. Цыбуляк, 1995), достигая 14% в травматологических центрах, с уровнем летальности более 60% (В. В. Агаджанян и соавт., 2003; В. А. Соколов, 2006).

Пель

По нашим наблюдениям с 1991 по 2010 гг. в Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга находилось на лечении 4077 пациентов с закрытыми травмами живота. Повреждение печени выявлено у 447 пострадавших, что составило 11%. Сочетанный характер травмы был отмечен в 66% (295) случаях и, как правило, сопровождался развитием шока. В связи, с чем немаловажное значение для диагностики повреждений печени имеет объективная оценка степени повреждения органа и тяжести сочетанной травмы. Для определения наиболее оптимальной лечебно-диагностической программы и преемственности в оказании специализированной хирургической помощи нами использовалась шкала ВПХ - МТ и классификация повреждений печени по E. Moore et al. (1990), в которой выделяют 6 степеней повреждения. Исходя из степени повреждения печени по приведенной классификации, пострадавшие распределились следующим образом: І степень - 32, 21% (144); ІІ степень-33, 11% (148); ІІІ степень-22, 15% (99); IV степень - 9, 62% (43); V степень - 2, 91% (13). Повреждения VI степени в наших наблюдениях не встречались. Что же касается данных по шкале ВПХ-МТ, то повреждение органов живота тяжелой степени, в наших наблюдениях, были отмечены в 50, 5% (226), а крайне тяжелые в 49, 5% (221) случаев. При этом следует учитывать, что согласно приведенной шкале любая травма живота с повреждением печени расценивается как тяжелая или крайне тяжелая при сочетании с повреждением других органов живота. Несмотря отсутствие учета степени повреждения печени по шкале ВПХ- МТ. основная ее ценность заключается в объективизации тяжести сочетанных повреждений. Именно в связи с эти обстоятельством, в нашей повседневной работе мы активно используем классификацию повреждений печени по E. Moore et al. (1990) с обязательным дополнением шкалы ВПХ - МТ, что позволяет производить наиболее полноценную оценку тяжести состояния пострадавшего.

Материалы и методы

В группе пострадавших с повреждением печени, которые находились на лечении в Елизаветинской больнице в период с 1991 по 2000 гг. (І группа - 201 пациент) сочетанная травма головы и живота отмечена в 52 (25, 9%) наблюдениях. Неблагоприятный исход у пострадавших в данной группе был отмечен в 23 наблюдениях, что составило 44, 2%. Причиной летального исхода была дислокация головного мозга. При этом было отмечено, что у 14 из 23 погибших от дислокации головного мозга, при поступлении клинических данных за тяжелую черепно-мозговую травму выявлено не было, а весь симптомокомплекс проявился в течение первых 3-х дней с момента получения травмы. Несомненно, в данной группе поздняя диагностика тяжелой черепно-мозговой травмы привела к неблагоприятному исходу. Анализ результатов лечения пострадавших с 1991 по 2000 гг. (І группа - 201 пациент) заставил провести дополнительные исследования, в результате чего были разработаны и внедрены диагностические и тактические алгоритмы для оказания помощи пострадавшим с сочетанной травмой головы и живота в условиях многопрофильного стационара. Благодаря проведенным организационным мероприятиям в Елизаветинской больнице, с 2004 года была запущена программа по оказанию помощи пострадавшим с сочетанной травмой, что позволило всем пострадавшим выполнять КТ головного мозга в круглосуточном режиме.

Полученные результаты

Анализ результатов лечения пострадавших с 1991 по 2000 гг. (I группа - 201 пациент) заставил провести дополнительные исследования, в результате чего были разработаны и внедрены диагностические и тактические алгоритмы для оказания помощи пострадавшим с сочетанной травмой головы и живота в условиях многопрофильного стационара. Благодаря проведенным организационным мероприятиям в Елизаветинской больнице, с 2004 года была запущена программа по оказанию помощи пострадавшим с сочетанной травмой, что позволило всем пострадавшим выполнять КТ головного мозга в круглосуточном режиме.

Выволы

С 2001 по 2010 гг. (II группа - 246 пострадавших) сочетанная травма головы и живота отмечена в 65 (26, 4%) наблюдениях. Всем пострадавшим с сочетанной травмой рутинно выполнялась КТ головного мозга. Данный диагностический алгоритм способствовал ранней диагностики черепно-мозговой травмы и позволил у 12 (18, 5%) пострадавших из 65,

поступивших в клинику с диагнозом черепно-мозговая травма, выявить повреждения головного мозга, при отсутствии клинических данных за травму. Предложенный диагностический алгоритм позволил достоверно снизить уровень летальности при сочетанной травме головы и живота с повреждением печени с 44, 2% (23) до 18, 5% (12) (p<0, 05).

ИЗМЕНЕНИЕ ПЛАНТАРНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОТДАЛЁННЫЕ СРОКИ У БОЛЬНЫХ ПОДВЕРГШИХСЯ ОПРЕАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.

¹Султанова Ф.М. Зк. 347гр. ЛФ, ¹Торопова Д.С. 4к. 447гр. ЛФ

Руководители темы: ¹Рисман Б.В. проф., д.м.н., ³Щёголев А.И. асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ³Татаркин В.В. асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ¹Смирнов А.А. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова

2 - Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова

Актуальность

По данным ВОЗ риск гангрены пальцев и стопы у больных сахарным диабетом в 17 раз выше, чем у людей не страдающих СД.

Пель

Изучены результаты обследования и лечения 73 больных с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы в период с 2003 по 2009 года.

Исследование педобарографических свойств стопы проводилось на программноаппаратном комплексе «emed-AT 25/E» и pedar-x/B4 со стельками, производство фирмы Novel.

В исследуемой группе мужчины составили 47% (34 человека), женщины - 53% (39 человек), 55 (76%) больных были в возрасте старше 60 лет (по возрастным группам пациенты распределялись следующим образом: до 40 лет - 4 (5%) человека, от 40 до 50 лет - 14 человек (19%), от 60 до 70 лет - 42 человека (57%), старше 70 лет - 13 человек (19%).

Материалы и методы

Преобладали больные сахарным диабетом 2 типа – 82, 3%.

Существенное значение на образование язв и гнойно-некротических осложнений имеет объем и локализация удаленного сегмента стопы.

Полученные результаты

После ампутации развитие гнойно-некротических осложнений отмечается в смежных отделах, которые принимают на себя нагрузку, приходившуюся на ранее удаленный сегмент.

У пациентов, которым производилась ампутация 1-го пальца с резекцией головки первой плюсневой кости, происходит перераспределение давления в пределах стопы виде компенсаторное смещения опоры в сторону оставшихся пальцев, а при отсутствии 5-го пальца, для сохранения равновесия походки участвует и пяточная область. Пиковое давление составляет 1165 кПа (в норме до 350 кПа) и занимает по распространенности весь передний отдел стопы и пяточную область, что связано с равномерным распределением нагрузки на стопу у пациента с отсутствующей одной из точек опоры. Анализируя цифры давления под контралатеральной стопой необходимо отметить перегрузку (685кПа) в пяточной зоне, передних отдела с сохраненной структурой распределения, что, по-видимому, связано с увеличением силы и времени контакта во время переката условно здоровой конечности.

У пациентов, у которых удалены все пальцы на стопе, отсутствует «классический» перекат. Они вынуждены формировать опору на пяточную область с пиковым давлением 415 кПа. Противоположная конечность, как правило, уже имеет послеампутационную деформацию и перекат тоже изменен. Максимальные пиковые нагрузки приходятся на пяточную область и головок плюсневых костей равномерно по всему переднему отделу. У пациентов, повергшихся ампутации 2-го пальца стопы, компенсаторно имеется Hallux valgus с деформацией 1-го пальца

и образование натоптыша в области 1-го и 3-го плюснефаланговых суставов с пиковым давлением до 900 кПа. Плантарное пиковое давление контралатеральной стопы составляет 460 кПа и перераспределено в область переднего отдела стопы.

Выводы

Анализ распределения плантарного давления позволяет определить области повышенного давления, оценить биомеханические последствия ампутаций в пределах стопы, выявить на контралатеральной конечности вторичные изменения, ведущие к гнойно-некротическим осложнениям, а также может использоваться для подбора лечебно-профилактических стелек в комплексном лечении синдрома диабетической стопы.

Применение педографии при обследовании больных позволит уменьшить риск послеоперационных осложнений, как на пораженной конечности, так и на контралатеральной конечности.

ИЗУЧЕНИЕ ТИПОВОЙ АНАТОМИИ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ МЕТОДОМ РЕГРЕССИОННОГО АНАЛИЗА

Сморчков В.С. 4к. 409гр. ПФ, Лазарева С.Ю. 4к. 410гр. ЛФ, Сапронова О.С. 4к. 415гр. ЛФ, Сакович Е.К. 4к. 410гр. ЛФ, Тюрина И.Д. 4к. 415гр. ЛФ, Шевцова В.И. 6к. 614гр. ЛФ Руководители темы: Черных А.В. проф. каф. оперативной хирургии и топографической анатомии, д.м.н., Малеев Ю.В. доц. каф. опертивной хирургии и топографической анатомии, д.м.н., Шевцов А.Н. асс. каф. оперативной хирургии с топографической анатомией

ВГМА им. Н.Н.Бурденко, Воронеж

Пель

С целью оптимизации интраоперационной визуализации околощитовидных желез (ОЩЖ) разработать метод индивидуального предоперационного прогнозирования топографии желез по абсолютным антропометрическим показателям шеи.

Материалы и методы Объектами исследования послужили 220 нефиксированных трупов людей. Перед вскрытием каждого трупа производилось измерение антропометрических показателей шеи: высота шеи спереди (а1) и сзади (а2); расстояние от угла нижней челюсти до середины яремной вырезки грудины справа (а3) и слева (а4); расстояние от сосцевидного отростка до середины яремной вырезки грудины справа (а5) и слева (а6); ширина шеи на уровне: угла нижней челюсти (а7), подъязычной кости (а8), средней и нижней трети длины грудино-ключично-сосцевидных мышц (а9), нижней границы шеи (а10); передне-задний диаметр шеи на уровне тела подъязычной кости (а11) и нижней границы шеи (а12); окружность шеи на уровне тела подъязычной кости (а13). Определялись: ширина, длина оси, толщина, высота, положение ОЩЖ относительно щитовидной железы (ЩЖ) по вертикальной оси, расстояние от самой медиальной точки железы до срединной линии, угол наклона оси ОЩЖ по отношению к срединной линии, расстояние от вентральной поверхности ОШЖ до задней поверхности ШЖ.

Полученные результаты

Выяснилось, что ширину ОЩЖ, расположенных в зонах 1, 1-2 и 2 справа от срединной линии можно узнать по формуле x1=0, 204 0, $029\times a2$, измерив высоту шеи сзади (a2). Для левых ОЩЖ, расположенных в зонах 1, 1-2 и 2, определив расстояние от яремной вырезки грудины до остистого отростка седьмого шейного позвонка, можно вычислить расстояние до дорсальной поверхности боковых долей ЩЖ (t2=3, 106 0, $857\times a12$), а, измерив расстояние от угла нижней челюсти до середины яремной вырезки грудины (a3 или a4), можно судить о длине оси таких желез (y2=1, y3=0, y3=0,

ОЩЖ до дорсальной поверхности боковых долей ЩЖ (t4=0, 627-0, 029×а6). Толщину же ОЩЖ можно вычислить путем измерения ширины шеи на уровне тела подъязычной кости (а8) (z4=0, 043 0, 019×а8). Математически определяется ширина (x4=0, 305-0, 018×а1 0, 025×а10) и угол наклона оси таких желез ($\eta4=-14$, 716-0, 812×а1 1, 214×а6). Для правых ОЩЖ, расположенных в зонах 4, 4-5 и 5, определив расстояние от яремной вырезки грудины до остистого отростка седьмого шейного позвонка (a12), можно прогнозировать удаление желез от срединной линии (k5=0, 817 0, 039×а12). Математически можно вычислить удаление таких ОЩЖ от дорсальной поверхности ЩЖ в передне-заднем направлении (t5=-1, t55=0, t57×а12) и угол наклона их оси (t5=2, t50, t51 и угол наклона их оси (t5=20, t5=20 и у

Выволы

На основании антропометрических измерений шеи в предоперационном периоде возможно индивидуальное прогнозирование размеров и топографии ОЩЖ.

ИЗУЧЕНИЕ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛАСТЕРТНОГО АНАЛИЗА

Тюрина И.Д. 4к. 415гр. ЛФ, Лазарева С.Ю. 4к. 410гр. ЛФ, Сапронова О.С. 4к. 415гр. ЛФ, Сакович Е.К. 4к. 410гр. ЛФ, Сморчков В.С. 4к. 409гр. ПФ, Шевцова В.И. 6к. 614гр. ЛФ Руководители темы: Черных А.В. проф. каф. оперативной хирургии и топографической анатомии, д.м.н., Малеев Ю.В. доц. каф. опертивной хирургии и топографической анатомии, д.м.н., Шевцов А.Н. асс. каф. оперативной хирургии с топографической анатомией

ВГМА им. Н.Н.Бурденко, Воронеж

Цель

Определить типичные места локализации околощитовидных желез (ОЩЖ) по отношению к боковым долям щитовидной железы (ПДЖ).

Материалы и методы

Объектами были 220 трупов. Определялись: ширина, длина оси, толщина, высота, положение ОЩЖ относительно ЩЖ по вертикальной оси, расстояние от самой медиальной точки железы до срединной линии, угол наклона оси ОЩЖ по отношению к срединной линии, расстояние от вентральной поверхности ОЩЖ до задней поверхности ЩЖ.

Полученные результаты

Для описания мест наиболее типичной локализации ОЩЖ различной формы и размеров по отношению к ткани ШЖ был выполнен кластерный анализ 1033 ОШЖ. В результате было выделено 5 наиболее типичных мест расположения ОЩЖ по отношению к боковым долям ЩЖ в зависимости от формы и размеров ОЩЖ. Наиболее часто (38, 3%) ОЩЖ локализовались вплотную к дорсальной поверхности боковых долей ШЖ на протяжении от их средней до нижней трети (зоны с 3 по 4, кластер V). Эти железы эллипсоидной формы отличались максимальной шириной, но минимальной толщиной и были удалены от срединной линии на 1, 56±0, 29 см, располагаясь параллельно ей. Часто (34, 4%) на уровне нижней трети боковых долей и ниже (зоны 4 и 5) встречались ОЩЖ в форме сферы и сплющенного сфероида, располагающиеся непосредственно на задней поверхности боковых долей ШЖ (кластер IV). Эти железы отличались минимальной длиной оси, максимальной шириной и толщиной и были удалены от срединной линии на 1, 41±0, 41 см, располагаясь параллельно ей. В тех же зонах по отношению к боковым долям ЩЖ (зоны 4 и 5), но реже (15, 3%) обнаруживались ОЩЖ эллипсоидной формы, которые отличались максимальной длиной оси (кластер III) и лежали ближе к срединной линии (1, 25±0, 37 см) под острым углом к ней, открытым кверху. Они располагались либо непосредственно на задней поверхности боковой доли ШЖ (в зоне 4), либо несколько кпереди от нее (зона 5). Нередко (7, 3%) ОЩЖ в форме эллипсоида локализовались ниже ткани боковых долей ШЖ и значительно кпереди от их вентральной поверхности (кластер II). Такие железы были расположены максимально близко к срединной линии (1, 14±0, 35 см), под большим углом к ней, открытым кверху (-38, 7±6, 6°). Размеры их близки к средним. В некоторых случаях (4, 7%) ОЩЖ эллипсоидной формы, отличающиеся минимальной шириной и толщиной, находились на уровне средней трети высоты боковых долей и несколько выше (зоны 2-3 и 3, кластер I). Такие железы были расположены на максимальном расстоянии от срединной линии (1, 73±0, 45 см), под острым углом к ней, открытым книзу, дорсальнее задней поверхности боковых долей ЩЖ.

Выводы

При выполнении операций в передней области шеи необходимо ориентироваться на предложенные в работе места наиболее типичной локализаций ОЩЖ различной формы и размеров по отношению к ЩЖ.

ИЗУЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОАКУПУНКТУРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ.

Тюрина Н.С. 5к. 14гр. ЛФ, *Ступин В.В.* 6к. 5гр. ПФ, *Шлык Д.Д.* 4к. 8гр. ЛФ Руководитель темы: *Якушева Н.В.* доц. каф. оперативная хирургия и топографическая анатомия, д.м.н.

ВГМА им. Н.Н.Бурденко, Воронеж

Актуальность

Переломы позвонков относятся к одной достаточно распространенных видов травм у детей и подростков. Из-за отсутствия выраженной клинической симптоматики компрессионные переломы позвоночника неизменно вызывают диагностические трудности (Меркулов В. Н., Бычкова В. С., Мининков Д. С. 2012). Они являются серьезными и прогностически опасными повреждениями опорно-двигательного аппарата. В связи с этим, изучение состояния биологически активных точек при данной патологии у детей является актуальной.

Пель

Изучение электроапунктруных показателей при компрессионных переломах грудного отдела позвоночника у детей.

Материалы и методы

Исследования проведены в ОДКБ № 2 г. Воронежа. Изучены значения электроапунктурных показателей у 18 детей с компрессионными переломами грудного отдела позвоночника в возрасте от 8 до 12 лет. Мониторирование значений биологически активных точек проводилось с помощью прибора «Пересвет» для электрокупунктурной диагностики по Фоллю.

Полученные результаты

Анализ изучения электроакупунктурных показателей у детей с компрессионным переломом грудного отдела позвоночника в первый день лечения в стационаре показал значительное снижение по всем исследуемым меридианам. На меридиане сердца - 36±2, 5, легких - 38±3, 1, почек - 37±2, 6, эндокринной системы - 39±1, 9, селезенки-поджелудочной железы - 38±2, 8, суставной дегенерации 33±1, 7, нервной дегенерации 32±2, 4. Наиболее значительное снижение биопотенциалов отмечалось на меридианах суставной и нервной дегенерации. Эти меридианы, по электроакупунктурной теории Фолля, тесно взаимосвязаны с опорно-двигательной и нервной системами.

На 5 сутки пребывания в стационаре наблюдалось незначительное улучшение показателей на 5, 3% на меридиане сердца, 1, 8% и 2, 1% меридианах суставной и нервной дегенерации.

Выводы

1. Компрессионные переломы грудного отдела позвоночника у детей вызывают снижение электроакупунктруных показателей, что вероятно является следствием травмы.

2. При лечении больных с компрессионными переломами позвоночника необходимо учитывать значение показателей биологически активных точек, что позволит оценить состояние адаптационных возможностей организма.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АССИМЕТРИЧНОГО «ПЛАВАЮЩЕГО» МИНИДОСТУПА ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ШИТОВИЛНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Султанова Ф.М. 3к. 347гр. ЛФ

Руководители темы: *Смирнов А.А.* каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, 1 *Татаркин В.В.* асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Последние годы развитие хирургии идет по принципу уменьшения инвазивности, когда на смену традиционным доступам приходят доступы гораздо меньшие по размеру и травматичности. При оперативных вмешательств на щитовидной железе (ЩЖ), помимо классического доступа по Кохеру-Микуличку длинной разреза до 12, 0 см, все чаще используют ассиметричный «плавающий» минидоступ, длинной разреза до 2, 0 см.

Пель

Оценка результатов применения «плавающего» минидоступа при хирургическом лечении узлового зоба.

Материалы и метолы

Материалы и методы: изучены результаты хирургического лечения 552 пациентов с узловой трансформацией ЩЖ. Все больные оперированы в СПб Γ Б № 3 с использованием плавающего минидоступа. В большинстве случаев показанием к операции являлось наличие одного или нескольких узловых образований в ЩЖ с цитологически установленным диагнозом фолликулярной неоплазии, а так же, больным с признаками компрессии органов переднего средостения или инструментально доказанной функциональной автономией новообразования. С июня 2005 по сентябрь 2013 гг. женщин пролечено 500 (90, 6%), мужчин – 52 (9, 4%), средний возраст – 53, 6 \pm 13, 6 лет. Размер узлов составлял от 0, 8 до 4, 5 см, средний размер – 3, 6 \pm 0, 8 см. Гемитиреоидэктомия (ГТЭ) выполнена у 381 (69, 0%) больных, ГТЭ с резекцией противоположной доли у 32 (5, 8%), субтотальная резекция у 94 (17, 0%), тиреоидэктомия у 45 (8, 2%).

Полученные результаты

Результаты исследования: длина кожного шва составила 1, 8-2, 5 см, в среднем 2, 1 см. Среднее время оперативного вмешательства -98 ± 11 , 2 мин. Длительность послеоперационного пребывания пациентов в стационаре не превышала 3 суток. Исключение составили трое больных, у которых наблюдался односторонний парез возвратного нерва (у одного пациента он носил транзиторный характер). Это послужило причиной для более длительного (до 5 суток) наблюдения их в стационаре. Общее количество больных с интраоперационными осложнениями было сопоставимо с таковыми у больных, оперированных из классического доступа.

Выводы

Выводы: применение плавающего минидоступа в хирургическом лечении узлового зоба позволяет безопасно выполнять любой объем вмешательств на ЩЖ, добиваться хороших косметических результатов и осуществлять раннюю выписку пациентов из стационара.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ШИТОВИЛНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Султанова Ф.М. 3к. 347гр. ЛФ

Руководители темы: *Смирнов А.А.* каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ¹*Татаркин В.В.* асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Приоритетным направлением хирургии является достижения максимального уменьшения хирургической травмы за счет активного внедрения минидоступов и эндовидеоскопических оперативных вмешательств. Одним из малоинвазивных методов является видеоассистированные оперативные вмешательства на щитовидной железе (ЩЖ) из ассиметричного минидоступа.

Цель

За 2013 год в СПб ГБ № 3 было произведено 254 видеоассистированных оперативных вмешательств на ЩЖ. В 117 случаях (46, 6%) была выполнена гемитиреоидэктомия, в 76 (29, 92%) — тиреоидэктомия. Гемитиреоидэктомия одной доли и резекция другой доли ЩЖ выполнена у 48 (18, 89%) больных, резекция ЩЖ — у 13 (5, 13%).

Материалы и методы

Видеоассистированные оперативные вмешательства производили через разрез кожи на передней области шеи по кожной складке со стороны доли, на которой планируется оперативное лечение с использованием безгазовой лифтинговой методики, когда операционное пространство формируется путем подъема кожно-фасциального лоскута С-образными пластинчатыми крючками Фарабефа. При оперативных вмешательствах применяли стандартные и адаптированные лапароскопические инструменты, которые вводили в операционное пространство вместе с эндоскопом, диаметр которого составлял 4, 0 мм через единый кожный разрез на передней области шеи.

Полученные результаты

По нозоологическим формам больные распределены следующим образом: узловой эутиреоидный зоб -173 (68, 11%), полинодозный эутиреоидный зоб -71 (27, 95%), токсическая аленома ШЖ -10 (3, 94%).

По данным послеоперационного гистологического исследования коллоидный зоб (узел) подтвержден у 165 (64, 96%), фолликулярная аденома ЩЖ диагностирована у 68 (26, 77%), папиллярная карцинома – у 17 (6, 69%), фолликулярный рак – у 4 (1, 57%) пациентов.

Выводы

Минидоступ с видеоассистированной поддержкой может использоваться как один из методов хирургического лечения больных с узловой патологией, включая фолликулярную неоплазию и начальную стадию папиллярного рака. Данная методика позволяет выполнять разные объемы оперативных вмешательств на ЩЖ через разрез кожи длиной до 2, 0 см., что позволяет существенно сократить сроки после операционной реабилитации больного, длительность его пребывания в стационаре и удовлетворить современные высокие требования к косметическим результатам операции.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СИНЛРОМОМ ЛИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

¹Султанова Ф.М. 3к. 347гр. ЛФ, ¹Гоев А.А. 4к. 433гр. ЛФ, ¹Горопова Д.С. 4к. 447гр. ЛФ Руководители темы: ¹Рисман Б.В. проф., д.м.н., ¹Щёголев А.И. асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ¹Станаркин В.В. асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ¹Смирнов А.А. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова

2 - Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова

Актуальность

Синдром диабетической стопы (СДС) развивается у 25% больных сахарного диабета (СД). Следует отметить, что единого набора тестов для оценки качества жизни больных СД не существует. Разработка своих собственных опросников является прерогативой автора исследования. Определение качества жизни больных у больных СДС и послужило целью нашего исследования.

Пель

В качестве методов исследования использовались беседа и анкетирование пациентов. За основу взят опросник Н. В. Рогова и О. И. Бутрановой 2007 года, адаптированный к специфическим особенностям пациентов с СДС, который позволяет оценить сферы физической, психической и социальной активности, на основании шкал, заполняемых самим больным, охватывающий наиболее важные сферы повседневной жизнедеятельности лиц больных с СДС, но должен быть емким и простым в связи с особенностями психических процессов у больных с СДС (снижение работоспособности, внимания и памяти).

Материалы и методы

Анкета содержит следующие разделы: сердечно-сосудистая система 5 вопросов, состояние нижних конечностях 5 вопросов, социальные аспекты адаптации и удовлетворенности медицинской помощью. На каждый вопрос предлагалось три варианта ответов: первый (0 баллов) - практическое отсутствие симптома и/или его влияние на течение жизни больного; второй (1 балл) - умеренное (периодическое) проявление симптома в совокупности со снижением жизненной активности (бытовой. профессиональной) больного; третий (2 балла) - выраженное проявление симптома и связанная с этим невозможность выполнения основных рабочих функций и бытовых обязанностей.

Полученные результаты

Для каждого вопроса был определён свой весовой коэффициент. Минимально возможное количество баллов - 0, максимальное - 177, 8, медиана - 88, 9.

При проведении данного исследования изучено качество жизни пациентов с СДС, проходивших лечение на кафедре общей хирургии Военно-Медицинской Академии: 39 человек (25 женщин и 12 мужчин), средний возраст - 69, 5 лет. Больные с нейропатической формой - 18%, ишемической формой - 69, 2%, смещанной формой - 12, 8%.

Выводы

Полученные нами результаты свидетельствуют о значительном снижении качества жизни пациентов с нейроишемической формой СДС, превалировании фактора социальной адаптации и удовлетворённостью медицинской помощи у пациентов во всех группах исследованных больных (ишемическая форма СДС - 59%, нейропатическая - 51%, смешанная форма СДС - 49%). Вторым по важности является в состояние нижних конечностях (ишемическая форма СДС - 21%, нейропатическая форма - 28%, смешанная - 26%).

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ОКОЛОШИТОВИЛНЫХ ЖЕЛЕЗ

 $\it Лазарева$ С.Ю. 4к. 410гр. ЛФ, $\it Cапронова$ О.С. 4к. 415гр. ЛФ, $\it Cакович$ Е.К. 4к. 410гр. ЛФ, $\it ^1C$ морчков В.С. 4к. 409гр. ПФ, $\it ^T$ морина И.Д. 4к. 415гр. ЛФ, $\it ^H$ шевцова В.И. 6к. 614гр. ЛФ Руководители темы: $\it ^H$ ерных А.В. проф. каф. оперативной хирургии и топографической анатомии, д.м.н., $\it ^H$ малеев Ю.В. доц. каф. опертивной хирургии и топографической анатомии, д.м.н., $\it ^H$ Мевцов А.Н. асс. каф. оперативной хирургии с топографической анатомией

ВГМА им. Н.Н.Бурденко, Воронеж

Пель

Изучить особенности хирургической анатомии околощитовидных желез (ОЩЖ) после оперативного лечения патологии щитовидной железы (ЩЖ).

Материалы и методы

Всего было обследовано 76 женщин (92, 8%) в возрасте от 17 до 78 лет (52, 6 \pm 1, 6 года) и 6 мужчин (7, 3%) в возрасте от 15 до 68 лет (45, 0 \pm 7, 8 лет), которые были госпитализированы в стационар по поводу узлового зоба (24/29, 3%), многоузлового зоба (21/25, 6%), аденомы ЩЖ (15/18, 3%), рака ЩЖ (15/18, 3%), рецидива узлового зоба (2/2, 7%), рецидива многоузлового зоба (2/2, 4%), рецидива рака ЩЖ (2/2, 4%).

Для каждой ОЩЖ, визуализированной в ходе операции, определялись: ширина (x), длина оси (y), расстояние от самой медиальной точки ОЩЖ до срединной линии (k), угол наклона оси ОЩЖ по отношению к срединной линии (угол η), а также зона локализации по отношению к высоте боковой доли ШЖ.

Полученные результаты

У 82 пациентов интраоперационно визуализировано 184 ОШЖ. Особенности техники выполнения экстрафасциальных операций на ШЖ позволяют в ходе оперативного вмешательства полноценно визуализировать пространство на уровне высоты боковых долей ЩЖ (зоны с 1-2 до 4-5). Визуализация же ОЩЖ, располагающихся выше и ниже боковых долей ЩЖ (зоны 1 и 5), затруднительна. Поэтому, на задней поверхности боковых долей ЩЖ чаще всего обнаруживалась одна или две ОЩЖ, что меньше, чем в морфологической части работы, когда возможна полноценная визуализация передней области шеи без ограничений по времени. Длина оси идентифицированных ОЩЖ составила в среднем $0, 68\pm0, 02$ см, а ширина $-0, 42\pm0,$ 01см. В клинической части работы, как и в морфологической части исследования, наиболее часто (31, 0%) ОШЖ обнаружены на уровне нижней трети боковых долей ШЖ (зона 4). В ходе изучения линейных размеров (длина оси и ширина) и топографии ОЩЖ (расположение по отношению к высоте боковых долей. удаление от срединной линии и угол наклона оси) после оперативного лечения патологии ШЖ, получены результаты, которые статистически не данных морфологической части исследования, органокомплексах без патологии ЩЖ. Таким образом, после удаления патологически измененных долей ЩЖ в рассмотренных клинических случаях, положение ОЩЖ во фронтальной плоскости аналогично их топографии в норме.

Выводы

На основе комплексной оценки топографо-анатомических особенностей ОЩЖ в условиях оперативного лечения патологии ЩЖ установлено, что после удаления патологически измененных долей ЩЖ в рассмотренных клинических случаях, положение ОЩЖ во фронтальной плоскости аналогично их топографии в норме.

КЛИНИЧЕСКОЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕГЕНЕРАЦИИ АКСОНОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ НЕВРОПАТИЯХ

Гарифуллин Т.Ю. Зк. 342гр. ЛФ, Султанова Ф.М. Зк. 347гр. ЛФ

Руководители темы: Яковлев Е.В. асс. каф. оперативной и клинической хирургией с топографической анатомией, к.м.н., Татаркин В.В. асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, Смирнов А.А. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Проблема заболеваний периферической нервной системы является одной из ведущих в неврологии и нейрохирургии. В неврологических стационарах количество больных с данной патологией достигает 65 - 80%. При этом заболевания ПНС широко распространены среди лиц молодого возраста, обуславливая около 76% случаев временной утраты трудоспособности, что определяет социальную значимость данной проблемы.

Материалы и методы

Закономерности развития регенерации нервных волокон при травматических невропатиях изучались у 106 человек в возрасте от 18 до 70 лет на базе клиник нервных болезней, военной травматологии и ортопедии, военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, городской больницы № 40 (г. Сестрорецк), Российском научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии имени Р. Р. Вредена, филиале «Медицинский центр» ОАО «Адмиралтейские верфи». Клиническое исследование пострадавших заключалось в изучении жалоб и анамнеза заболевания с последующим неврологическим осмотром согласно общепринятой методике. С целью клинической объективизации регенераторного спрутинга оценивался симптом Тинеля-Гофмана. Всем пострадавшим проводилась магнитная диагностика травматических невропатий.

Полученные результаты

Клинические, нейрофизиологические и нейрогистологические исследования животных выявили высокую корреляционную связь клинического и нейрогистологического паттерна травматического повреждения нерва по типу невротмезиса. Аксонотомия инициирует комплекс процессов, которые по их направленности можно условно разделить на дегенеративные и регенеративные. Стержневым механизмом дегенерации является Валлеровское перерождение, которое протекает по нашим данным на фоне воспалительных реакций соединительно-тканных элементов нервного ствола. Регенераторный спрутинг является одним из компонентов компенсаторно-приспособительных реакций, поэтому подвержен саморегуляции, имеет отчетливую сигнальность отклонения (денервационный синдром) и связан с дублированием физиологических процессов (коллатеральный спрутинг, заместительные движения). Кроме того, данные нашего исследования подтверждают тот факт, что регенераторный процесс отчётливо поддаётся модуляции при использовании антихолинестеразных средств с периферическим и центральным эффектом.

Выводы

В основе дифференциальной диагностики травматических невропатий с нарушением анатомической целостности лежит определение степени блокады невральной проводимости возбуждения. Для экспресс-диагностики невротмезиса следует сочетать магнитную стимуляцию с ЭНМГ, что позволяет верифицировать степень повреждения аксонов. Для стимуляции посттравматической регенерации нервных волокон в конечности при травматических невропатиях у больных с невротмезисом в комплексной терапии следует использовать ипидакрин на ранних сроках лечения по 15 мг внутримышечно ежедневно в течение 14 дней, а далее по 20 мг в таблетках 3 раза в день в течение 30 дней. Для раннего выявления и динамического наблюдения пострадавших с сочетанными повреждениями и при любом подозрении на травму нервов целесообразно использовать схему скринингового обследования, включающую магнитную диагностику и ЭНМГ.

КОНСТРУКЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

 1 *Султанова Ф.М.* 3к. 347гр. ЛФ, 2 *Сидоров В.А.* инт. 2013-го года каф. 2-ая кафедра хирургии усовершенствования врачей

Руководители темы: ³*Володин А.Т.*, ³*Лукьянов С.А.*, ¹*Татаркин В.В.* асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ¹*Смирнов А.А.* каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова

2 - Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова 3 - СПбГУ

Актуальность

Реконструкция передней крестообразной связки (ПКС) коленного сустава при ее разрыве является золотым стандартом современной ортопедии.

Пель

Несмотря на достигнутое в целом единство мнений о необходимости оперативного лечения разрывов ПКС, ряд вопросов, связанных с выбором трансплантата, способа фиксации, остаются нерешенными до настоящего времени. Существует более 400 методик реконструкций. Для восстановления ПКС применяются аутотрансплантаты (сужжжилие надколенника, сухожилия «гусиной лапки», сухожилие четырехглавой мышцы), синтетические материалы и аллотрансплантаты. Для фиксации трансплантата в большеберцовом и бедренном каналах используются различные методики: интерферентные винты, «пуговицы» (Endobutton, Fliptack и др.), системы поперечной фиксации, техника «пресс-фит», гибридная фиксация и др.

Материалы и методы

Проблема поиска синтетической связки для реконструкции ПКС отпала после многочисленных опытов с неудовлетворительными клиническими результатами. Синтетическая связка служит 5-7 лет, «прорезает» большеберцовый канал, что приводит к её удлинению и рецидиву нестабильности.

Полученные результаты

Разумной альтернативой применению синтетических имплантатов являются аллотрансплантаты. Преимущества данной методики: возможность применения при ревизионных вмешательствах, доступность, отсутствие проблем, связанных с местом забора трансплантата. Но стоит помнить о недостатках: иммунная реакция, риск заражения инфекциями (ВИЧ, гепатит).

Наиболее распространено использование аутотрансплантатов. Для аутопластики используется средняя треть связки надколенника с костными фрагментами надколенника и бугристости большеберцовой кости (ВТВ- трансплантат), подколенные сухожилия (полусухожильной и нежной мышц), а также сухожилие четырёхглавой мышцы бедра с костным блоком надколенника.

Выводы

Для активных спортсменов, среди которых с данной травмой преобладают футболисты, чаще используется средняя треть связки надколенника, для горнолыжников - сухожилие четырёхглавой мышцы бедра. Подколенные сухожилия используются для людей с менее значимыми физическими нагрузками, а также для женщин с целью достижения лучшего косметического результата.

Реконструкция ПКС ВТВ-трансплантатом используется более 10 лет и имеет хорошие результаты, позволившая многим профессиональным спортеменам вернуться в «большой спорт».

Предлагаемый способ пластики ПКС мы применяем на протяжении нескольких лет. При проведении бедренного канала используется направитель ACUFEX. Канал проводится канюлированным сверлом по направляющей спице способом «снаружи - внутрь». Это позволяет гарантированно центрально расположить трансплантат и зафиксировать в каналах биодеградируемыми винтами способом «заклинивания». Данная методика обеспечивает более жесткую первичную фиксацию с возможностью ранних послеоперационных нагрузок. Место

заборов трансплантата заполняется костной «стружкой», собираемой при сверлении каналов, что предотвращает болезненность в «донорской» области. Из способов проведения трансплантата предпочтение отдается ретроградной методике (через большеберцовый канал), что позволяет миновать проблемы, связанные с проведением через бедренный канал.

За период с мая 2009г. по август 2012г. в нашей клинике прооперировано 336 больных с разрывами ПКС. Из них 278 мужчин (82, 7%) и 58 женщин (17, 3%), средний возраст составил 27, 2±5, 4 лет. У 104 пациентов разрыв ПКС сопровождался разрывом внутреннего мениска (31, 0%), наружного мениска — 39 (11, 6%), и повреждение обоих менисков наблюдалось в 22 случаях (6, 5%), что составило 49, 1% от общего числа больных. Пластика ПКС проводилась в сроки от 6 нед. до 2х лет после травмы, это обусловлено тем, что операция в более ранний посттравматический период (до 6 нед.) приводит к развитию артрофиброза (дефицит разгибания, внутрисуставные спайки, капсульные контрактуры).

У 16 пациентов (4, 8%) выполнена ревизионная пластика ПКС в связи с повторной травмой и разрывом трансплантата. В раннем послеоперационном периоде развились следующие осложнения: аутоиммунная реакция на биодеградируемый винт у одного пациента - 0, 3%, синовит, купируемый консервативной терапией, -4 (1, 1%), стойкая разгибательная контрактура - 1 (0, 3%).

Данная методика, характеризующаяся жесткой первичной фиксацией, позволяет с трёх недель с момента операции начать активные движения в коленном суставе, а абсолютное большинство больных возвращается к трудовой деятельности через 6 недель.

КОНТРАЦЕПЦИЯ СО СТОРОНЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Вавилова К.В. 6к. 608гр. ПФ

Руководитель темы: *Тайц А.Н.* асс. каф. акушерства и гинекологии, к.м.н. **СПБГПМУ**

Актуальность

В нашей стране на данный момент остается болезненным вопрос «гормонофобии» (боязнь приема комбинированных оральных контрацептивов (КОК)), которая вызвана низкой информированностью о гормональной контрацепции не только среди населения, но и среди врачей. Следствием этого являются многочисленные мифы о «вреде» противозачаточных таблеток, а результатом — низкая защищенность женщин от нежелательной беременности и огромное количество абортов.

Цель

Оценить пользу и риски, связанные с применением КОК, с позиции доказательной медицины.

Материалы и методы

Произведен обзор литературы, предоставляющий исчерпывающую информацию о возможных эффектах КОК.

Полученные результаты

По данным литературы доказаны следующие потенциально желательные эффекты КОК: эффективная контрацепция, менее обильные и безболезненные менструальные кровотечения, снижение риска рака яичников и рака эндометрия, снижение риска эктопической беременности, уменьшение выраженности симптомов ПМДР, уменьшение выраженности акне, уменьшение обильности менструальных кровотечений. Серьезные осложнения на фоне приема КОК развиваются редко. Примерно 99, 95% женщин, принимающих КОК на протяжении года, не будут испытывать потенциально нежелательных эффектов: повышение риска ВТЭ, АТЭ. ВТЭ считается редким осложнением на фоне приема КОК, так как развивается более чем у одной из 10000, но менее чем у одной из 10000 женщин, принимающих КОК.

Выволы

Для подавляющего большинства здоровых женщин репродуктивного возраста достоверно установленные полезные эффекты КОК перевешивают очень низкий абсолютный

риск серьезных нежелательных явлений, наиболее значимые из которых – осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы

ЛЕЧЕНИЕ КРАНИООРБИТАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Гарифуллин Т.Ю. 3к. 342гр. ЛФ

Руководитель темы: Закондырин Д.Е. асс. каф. оперативная хирургия, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

По данным современной литературы удельный вес краниоорбитальных повреждений в структуре черепно-мозговой травмы составляет 6-7%. Лечением краниорбитальных повреждений и ранений занимаются специалисты различных хирургических специальностей (нейрохирурги, отоларингологи, челюстно-лицевые хирурги), что связано со сложностью оперативной коррекции сочетанной травмы структур мозгового и лицевого черепа. Каждый специалист рассматривает свой компонент краниоорбитальной травмы и предлагает соответствующий алгоритм оперативного лечения, однако современной тенденцией является проведение оперативного лечения при данной патологии мульдисциплинарной командой хирургов.

Цель

Разработать наиболее эффективные и современные методы лечения повреждений краниоорбитальной локализации. Предложить комплексный подход и объединить усилия хирургов смежных специальностей, использующих в своей практике современные пластические материалы.

Материалы и методы

В период с 2007 по 2012 гг. в больнице святой преподобномученицы Елизаветы проходили лечение 4 пациента с ранениями и 9 больных с открытыми переломами краниоорбитальной локализации.. Все случаи с повреждением околоносовых пазух были оперированы бригадой, состоящей из нейрохирурга и отоларинголога. На этапах хирургического вмешательства, связанных с ревизией содержимого глазницы, репозицией и пластикой ее стенок, к операции привлекался офтальмолог. Транскраниальный доступ применялся у 6 больных, трансфронтальный - у 3, трансорбитальный - у 2, удаление внутричеренной гематомы в зоне перелома из кеуhole доступа – у 2 пострадавших. Объем операции и выбор доступа определялся характером повреждения и определялся до операции членами мульдисциплинарной бригады.

Полученные результаты

10 пациентов вернулись к работе по специальности, 1 пациент инвалидизирован вследствие остаточных мнестических нарушений и эпилептичесаких припадков, причиной смерти 1 больного был гнойный менингит, в 1 случае смерть наступила вследствие сопутствующей тяжелой закрытой травмы грудной клетки. В послеоперационном периоде офтальмологические симптомы сдавления зрительного нерва и глазодвигательных мышц в значительной степени регрессировали у 2 пациентов из 4. Косметический эффект оценивается как удовлетворительный 9 пациентами, 1 больной отказался от пластики дефекта черепа. Воспалительных осложнений со стороны околоносовых пазух отмечено не было.

Выводы

Успешное лечение повреждений краниоорбитальной локализации требует комплексного подхода и объединения усилий хирургов смежных специальностей и применения современных пластических материалов.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТКАНЕЙ ПОЧКИ ПОСЛЕ ВНЕДРЕНИЯ В НЕЁ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИХ ИМПЛАНТАТАТОВ

Самойлова В.П. 4к. 11гр. ЛФ

Руководители темы: 3*атолокина М.А.* доц. каф. Гистологии, эмбриологии, цитологии, к.м.н., J*ипатов В.А.* доц. каф. оперативых хирургия и топографическая анатомия, д.м.н.

КГМУ, Курск

Актуальность

В хирургии брюшной полости существуют проблемы, которые требуют новых подходов к их решению. Одной из них является надежный и нетравматичный гемостаз при травмах и операциях на паренхиматозных органах, от которого во многом зависит жизнь пострадавших и благоприятное течение послеоперационного периода.

Цель

Провести гистологическое исследование почки после достижения гемостаза различными кровоостанавливающими материалами.

Материалы и методы

После забора, интересующего материала (почка с имлантированной губкой КМЦ (карбоксиметилцеллюлоза), делали срез резецированного участка почки и окрашивали гематоксилин-эозином и по Маллори (для визуализации соединительной ткани). Микроскопирование препаратов почки производили с помощью микроскопа Livenhuk 320. Для подсчёта результатов производили фотографирование с использованием цифровой насадки Livenhuk с 310 и программы Scope Tek ScopePhoto (версия х 86, 3. 1. 268). По микрофотографиям гистологических препаратов проводили измерение высоты эпителиоцитов в проксимальных и дистальных канальцах, собирательных трубках, измерение объёма свободной полости почечного тельца. Далее проводили статистическую обработку данных при помощи критерия Стьюдента и Манна - Уитни для проверки достоверности результатов

Полученные результаты

При имплантации материала КМЦ (карбоксиметилцеллюлоза) отмечается достоверное увеличение высоты эпителия собирательных трубочек в 1, 15 раза (р<0, 05), высоты эпителия дистальных канальцев 1, 22 раза (р<0, 05) и высоты эпителия проксимальных канальцев в 2, 2 раза (р<0, 05) по отношению к данным контрольной группы. Величина объёма свободной полости почечного тельца меньше в 1, 66 раз (р<0, 05) при сравнении с контрольными

Выволы

Сравнивая полученные данные можно сделать выводы, что выявленные реактивные изменения свидетельствуют о снижении фильтрационной активности почек, гипертрофии эпителия проксимального и дистального эпителия почек и как следствие, возможно, нарушении этапа реабсорбции.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛАЦЕНТЫ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Иванова А.А. 6к. 601гр. ПФ

Руководитель темы: Γ айдуков C.H. проф. каф. акушерства и гинекологии, д.м.н. $\mathbf{CH6}\Gamma\mathbf{HMY}$

Актуальность

В настоящее время плацентарная недостаточность является одним из наиболее часто встречающихся синдромов в акушерско-гинекологической практике. Оценка морфофункционального состояния плаценты является одним из наиболее важных критериев, позволяющих выяснить роль патологии в системе мать-плацента-плод в прогнозе для плода.

Как известно, частота преждевременных родов колеблется от 4, 5% до 11, 5% от всех родов. При этом наибольший процент прерывания беременности приходится на 34-37 неделе. Поэтому представляется весьма актуальным изучить морфофункциональное состояние плацент у пациенток с преждевременными родами.

Пель

Оценить влияние плацентарной недостаточности на морфологию плаценты у женщин с преждевременными родами и выявить ее особенности при макро- и микроскопии.

Материалы и методы

На базе патологоанатомического бюро ДИБ № 5 им. Н. Ф. Филатова проведен анализ 75 заключений по гистологическому исследованию плацент от женщин, чья беременность закончилась преждевременными родами на 22-35 неделе. Также были проанализированы особенности анамнеза и характер течения настоящей беременности. В контрольную группу вошли 75 заключений по исследованию плацент от женщин, чьи роды были срочными, а родившиеся дети были доношенными. Возраст всех обследованных женщин был от 19 до 35 лет.

Полученные результаты

В 9% случаев роды были на 22-24 неделе, в 15% - на 25-28 неделе, и в большинстве (76%) – на 29-35. При сопоставлении срока гестации, на котором произошли преждевременные роды, и анамнеза женщин из обоих групп, выяснилось, что угроза выкидыша ставилась примерно с одинаковой частотой всем женшинам, однако привычное невынашивание. поперечное положение плода, низкая плацентация встречалась практически только у женщин из группы исследования. Также, искусственное прерывание беременности у этих женщин было почти в 2 раза чаше, чем у женшин из контрольной группы. По результатам оценки морфофункционального состояния последа при его гистологическом исследовании выяснилось, что в половине случаев в контрольной группе имела место хр. компенсированная недостаточность, рассматриваемая как вариант нормы, в то время как в группе исследования в 47-68% была установлена хр. субкомпенсированная недостаточность. Обращает на себя внимание и тот факт, что чем меньше был срок гестации, тем чаще она выявлялась. При соотношении срока гестации, на котором произошли преждевременные роды, со степенью зрелости плацент по результатам УЗИ оказалось, что лишь в 29% случаев степень зрелости плаценты совпадала со сроком гестации. В тех случаях, когда степень зрелости плаценты не соответствовала сроку гестации, морфофункциональное состояние плаценты оценивалось как хр. субкомпенсированная недостаточность.

Выводы

Является очевидным тот факт, что женщины, чьи роды были преждевременными, имели более отягощенный анамнез, нежели женщины из контрольной группы. При сопоставлении степени зрелости плацент и их морфофункционального состояния выяснилось следующее: только в трети случаев степень зрелости плаценты совпадала со сроком гестации, причем в стойком большинстве случаев, при несоответствии степени зрелости плаценты сроку гестации, морфофункциональное состояние плаценты оценивалось как хр. субкомпенисированная плацентарная недостаточность. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения профилактики плацентарной недостаточности у пациенток с риском развития преждевременных родов.

НОВЫЙ ПРИНЦИП ИЗУЧЕНИЯ ТОПОГРАФИИ ОКОЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ: ОТ МОРФОЛОГИИ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Сакович Е.К. 4к. 410гр. ЛФ, Лазарева С.Ю. 4к. 410гр. ЛФ, Сапронова О.С. 4к. 415гр. ЛФ, Сморчков В.С. 4к. 409гр. ПФ, Тюрина И.Д. 4к. 415гр. ЛФ, Шевцова В.И. 6к. 614гр. ЛФ Руководители темы: Черных А.В. проф. каф. оперативной хирургии и топографической анатомии, д.м.н., Малеев Ю.В. доц. каф. опертивной хирургии и топографической анатомии, д.м.н., Шевцов А.Н. асс. каф. оперативной хирургии с топографической анатомией ВГМА им. Н.Н.Бурденко, Воронеж

ы ма им. п.п. вурденко, вороне

Цель

Разработать новые подходы к оценке хирургической анатомии околощитовидных желез (ОЩЖ) с учетом особенностей их эмбрионального развития.

Материалы и методы

Работа выполнена на 220 нефиксированных трупах. Определялись: ширина, длина оси, толщина, высота, положение ОЩЖ относительно ЩЖ по вертикальной оси, расстояние от самой медиальной точки железы до срединной линии, угол наклона оси ОЩЖ по отношению к срединной линии, расстояние от вентральной поверхности ОЩЖ до задней поверхности ЩЖ.

Полученные результаты

Установлено, что 95, 4% изученных ОЩЖ имели типичную локализацию по отношению к высоте боковых долей ЩЖ, то есть располагались на протяжении от зоны 2-3 до зоны 5. ОЩЖ, расположенные на уровне верхней трети боковой доли ЩЖ и выше (зоны 1, 1-2 и 2), обнаружены лишь в 4, 6% наблюдений и, вероятнее всего, подобная локализация ОЩЖ связана с аномалиями их развития, а именно – с нарушением опускания в процессе их эмбриогенеза. Наиболее часто ОЩЖ локализуются на уровне нижней трети боковых долей ЩЖ (28, 1%) и ниже (20, 5%).

По данным ряда авторов, верхние ОЩЖ (ОЩЖ IV) находятся на границе верхней и средней трети высоты боковой доли ЩЖ. Очевидно, что ОЩЖ, обнаруженные в данном исследовании в зонах 2-3, 3 и 3-4, являются производными четвертой жаберной дуги (ОЩЖ IV, «верхние» ОЩЖ). Всего в этих зонах обнаружено 38, 0% желез. ОЩЖ IV, независимо от зоны, расположены примерно на одинаковом удалении от срединной линии (в среднем это расстояние составляет 1, 6 ± 0 , 02 см), а угол наклона их оси к срединной линии во фронтальной плоскости минимален и находится в пределах от -1, 7° до 3, 9° . ОЩЖ IV находятся в тесном контакте с задней поверхностью боковых долей ЩЖ. Удаление их от дорсальной поверхности ЩЖ не превышает 0, 1 см, что обуславливает значительный риск их вовлечения в патологический процесс при новообразованиях ЩЖ по сравнению с ОЩЖ III.

В настоящем исследовании ОЩЖ, локализующиеся ниже ткани ЩЖ и в соседней переходной зоне (зоны 4-5 и 5), наиболее вероятно, являются производными третьей пары жаберных дуг (ОЩЖ III, «нижние» ОЩЖ). Таких желез обнаружено 29, 4%.

ОЩЖ, расположенные в данной работе в зонах 1, 1-2 и 2, вероятно являются ОЩЖ III («нижние» ОЩЖ), подвергшимися аномалиям эмбриогенеза. Таких желез в сумме обнаружено 4, 5%.

Расположение ОЩЖ III по отношению к срединной линии и задней поверхности боковых долей ЩЖ зависит от расположения ОЩЖ по вертикальной оси. Установлено, что чем ниже располагаются ОЩЖ III, тем они находятся вентральнее и ближе к срединной линии. ОЩЖ III, локализующиеся ниже боковых долей ЩЖ, нередко находятся вентральнее задней поверхности боковых долей ЩЖ. Значение угла η , по мере снижения уровня расположения ОЩЖ III, также уменьшается и, начиная с зоны 3-4, оно становится отрицательным.

Выводы

Предложенный принцип изучения топографии ОЩЖ, впервые позволивший провести параллели между топографией и особенностями эмбриологического развития ОЩЖ, актуален не только для эмбриологов, морфологов, но и для хирургов.

ОДИН ИЗ СПОСОБОВ ЗАВЕРШЕНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ВЫРАЖЕННЫМИ РУБЦОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ОБЛАСТИ ШЕЙКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

¹*Султанова Ф.М.* 3к. 347гр. ЛФ

Руководители темы: ³*Рутенбург Г.М.* проф. 3-Х.О., д.м.н., ²*Гуслев А.Б.* доц., к.м.н., ¹*Лучкин А.Н.* отд. 3 хо, к.м.н., ¹*Кощеев А.В.* асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, к.м.н., ¹*Смирнов А.А.* каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ¹*Татаркин В.В.* асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ¹*Березуцкий С.В.* орд. 2013-го года каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова

2 - Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы 3 - СПбГУ

Актуальность

Лапароскопическая холецистэктомия - золотой стандарт современной желчной хирургии. Как правило, более чем в 90% плановых и в 70% экстренных случаев данные вмешательства удаётся выполнить с использованием эндовидеохирургических технологий. Иногда, из-за выраженного рубцового процесса или воспалительных изменений в шейке желчного пузыря, невозможности отчётливой визуализации пузырного протока и пузырной артерии, возникают сложности с завершением хирургической операции.

Цель

За последние 3 года мы столкнулись с данной проблемой у 9 пациенток. При этом, 7 пациенток оперированы в экстренном порядке, а 2 пациентки в плановом порядке. Если у оперированных по экстренным показаниям все сложности были связанными с инфильтративными изменениями в стенке желчного пузыря и инфильтратом в области гепатодуоденальной связки, то в случаях плановых операций трудности были обусловлены выраженными рубцовыми изменениями в шейке. Во всех наблюдениях мы выполнили субтотальную резекцию желчного пузыря по типу Прибрама, но, в отличие от классического варианта мы оставляли часть шейки желчного пузыря с неклипированиям пузырным протоком. Если не удавалось обработать пузырную артерию кровотечение из краёв стенок желчного пузыря останавливали с применением монополярной и биполярной каогуляции. Слизистую пейки желчного пузыря по возможности коагулировали. Операцию заканчивали установкой в ложе дренажных трубок, подводя их к шейке желчного пузыря для формирования наружного желчного свиша.

Материалы и методы

В послеоперационном периоде пациентки получали антибактериальную, инфузионную, противоязвенную терапию. Желчеистечение наблюдалось в 6 случаях. В 4 из них прекратилось на 7-9 сутки, у 2х больных после исключения патологии со стороны желчных протоков (МРТ) наружный свищ закрывали на уходящем дренаже на 25 сутки после операции, у 1 пациентки потребовалась выполнение РХПГ с ЭПСТ, так как, была выявлена стриктура терминального отдела холедоха. В 2х наблюдениях желчеистечения не было.

Полученные результаты

Во всех случаях нам удалось добиться выздоровления пациенток.

Выводы

Таким образом, учитывая наш положительный опыт, считаем, что применение данного метода у больных с острым холециститом, рубцовыми изменениями в области шейки желчного пузыря и гепато-дуоденальной связки является целесообразным. Использование данной операции позволяло избежать повреждений внепечёночных желчных протоков, конверсии доступа у пациентов этой группы, как правило, возрастной (средний возраст наших пациенток

71 год), облегчить послеоперационный период, уменьшить процент послеоперационных осложнений и уменьшить сроки восстановления и реабилитации.

ОСОБЕННОСТИ ПОСТНАТАЛЬНОГО ОНТОГЕНЕЗА ОКЛОЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

Сапронова О.С. 4к. 415гр. ЛФ, Лазарева С.Ю. 4к. 410гр. ЛФ, Сакович Е.К. 4к. 410гр. ЛФ, Сморчков В.С. 4к. 409гр. ПФ, Тюрина И.Д. 4к. 415гр. ЛФ, Шевцова В.И. 6к. 614гр. ЛФ Руководители темы: Черных А.В. проф. каф. оперативной хирургии и топографической анатомии, д.м.н., Малеев Ю.В. доц. каф. опертивной хирургии и топографической анатомии, д.м.н., Шевцов А.Н. асс. каф. оперативной хирургии с топографической анатомией

ВГМА им. Н.Н.Бурденко, Воронеж

Пель

Изучить возрастную динамику размеров и объема околощитовидных желез (ОЩЖ).

Материалы и методы

Объектами исследования послужили 220 нефиксированных трупов людей, умерших скоропостижно от заболеваний, не связанных с патологией органов шеи. Обследовано 152 трупа мужчин (69, 1% наблюдений), умерших в возрасте от 17 до 82 лет (47, 0±1, 0 год) и 68 трупов женщин (30, 9% наблюдений), скончавшихся в возрасте от 15 до 82 лет (51, 3±1, 9 лет). В зависимости от возраста умерших все они были условно разделены на 7 групп: 15-25 лет (n=13), 26-35 лет (n=22), 36-45 лет (n=61), 46-55 лет (n=55), 56-65 лет (n=44), 66-75 лет (n=14) и старше 75 лет (n=9). Определялись следующие параметры ОПЦЖ: ширина (x), длина оси (y), толщина (z).

Полученные результаты

Размеры желез были следующими: длина оси – 0, 70±0, 01 см (0, 2-1, 4 см), ширина – 0, 43±0, 01 см (0, 15-1, 0 см) и толщина – 0, 30±0, 01 см (0, 1-1, 0 см). Длина оси ОЩЖ в 10, 5% наблюдений (108 случаев) оказалась больше 1, 0 см. При гистологическом же исследовании данных желез каких-либо признаков патологических изменений не обнаружено. Таким образом, максимальной длиной оси ОЩЖ в норме, на наш взгляд, следует считать 1, 4 см. Длина оси и ширина левых ОЩЖ оказались значимо больше, чем аналогичные показатели правых желез. Половых же различий в размерах ОЩЖ выявлено не было. Определена интенсивность изменения длины оси, ширины и толщины в каждом возрастном периоде по отношению к предыдущему. Наиболее интенсивно (на 10%) длина оси ОЩЖ увеличивается в периоде 26-35 лет. Сокращение же длины оси ОЩЖ наиболее интенсивно (на 11%) происходило с 66 до 75 лет. Обращает на себя внимание выраженное (на 9%) увеличение ширины ОЩЖ в возрасте 26-35 лет и существенное уменьшение толщины ОЩЖ (на 11%) у лиц старше 75 лет по сравнению с предыдущим периодом.

Анализ возрастных изменений линейных размеров и объема ОЩЖ позволил выделить в постнатальном периоде онтогенеза желез три основных периода. Первый период – максимального роста (15-35 лет) — когда значительно увеличиваются все линейные параметры ОЩЖ. Во втором периоде (36-65 лет) — относительной стабильности — размеры ОЩЖ продолжают медленно увеличиваться и достигают своих максимальных значений. В это же время (46-55 лет) ОЩЖ достигают и максимального объема (0, 0602±0, 0040 см3). После 66 лет наступает третий период — инволюции — в течение которого наблюдается уменьшение всех линейных размеров ОЩЖ и их объема.

Выводы

В постнатальном онтогенезе ОЩЖ человека выделено три основных периода, зниние которых важно при выполнении хирургических вмешательств на щитовидной и околошитовилных железах.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ДИАГНОЗОМ «ЭНЛОМЕТРИОЗ»

¹*Белоусова А.А.* 4к. 435гр. ЛФ

Руководитель темы: ¹*Тайц А.Н.* асс. каф. акушерства и гинекологии, к.м.н.

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова 2 - СПБГПМУ

Актуальность

Эндометриоз - одно из самых распространенных гинекологических заболеваний, имеющее специфические симптомы. Согласно статистике в настоящее время от этого заболевания страдают около 10-20% женщин.

Пель

Изучение особенностей взаимоотношений в семьях у женщин с диагнозом эндометриоз.

Материалы и методы

10 женщин, находящихся на лечении с диагнозом эндометриоз, в возрасте от 23 лет до 41 года, методики SACS С. Хобфолла, "Шкала семейного окружения (ШСО) ", методики "Определение типа отношения к болезни (ТОБОЛ)".

Полученные результаты

При анализе ответов респондентов на вопросы специально разработанной нами анкеты, были выявлены некоторые особенности социально-демографических факторов и субъективного переживания болезни женщин с диагнозом эндометриоз.

Выводы

Подтвердилась гипотеза, что социально-демографические факторы, а именно, возраст и наличие детей у женщин с диагнозом эндометриоз могут иметь взаимосвязь с типами отношения к болезни. Чем старше женщины, тем в чаще их поведение направлено на ассертивную модель поведения преодоления стрессовой ситуации, и тем менее они склонны к асоциальным действиям.

Одновременно было обнаружено, что женщины с адекватным взглядом на свое состояние и относительно реалистичной оценкой своей болезни и ее последствиями, как правило, в меньшей степени нацелены на избежание риска. Это может говорить о том, что наличие информированности дает в большей степени ориентированность на поиск решения проблем.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТОПИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТРОНИДАЗОЛА В СРАВНЕНИИ С ОРАЛЬНЫМ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ

Яковлева О.В. 5к. 533гр. ПФ

Актуальность

Бактериальный вагиноз занимает 50% в структуре заболеваний нижних отделов репродуктивного тракта. Широкая распространенность, высокая частота рецидивирования и осложнения говорят о необходимости более детального изучения данной проблемы и оптимизации методов лечения.

Пель

Оценить эффективность орального и топического путей введения метронидазола в лечении бактериального вагиноза.

Материалы и методы

Сформированы 2 группы пациенток с утановленным диагнозом бактериальй вагиноз: группа 1 (26 пациенток, лечение: 750 мг Метронидазол/200мг Миконазол (Нео-Пенотран Форте), способ применения: интравагинально, курс лечения: один раз в сутки 7 дней, контроль: микробиологическое исследование влагалищного мазка на 12-15 день и на 30-35 день после окончания лечения); группа 2 (23 пациентки), лечение: 0, 5 гр Метронидазол, способ

применения: per os, курс лечения: два раза в сутки 7 дней, контроль: микробиологическое исследование влагалищного мазка на 12-15 день и на 30-35 день после окончания лечения).

Полученные результаты

Эффективность лечения оценивалась через 12 дней от начала применения и подтверждалась микробиологическим исследованием (окраска мазка по Граму) и показал, что частота излечиваемости сравнима в 1 и 2 группе и составляет 88%. При оральном использовании у 10% пациенток отмечались побочные действия (диспептические проявления, тошнота, вздутие, боли в животе, нарушение со стороны ЦНС, головные боли, а также кожно-аллергическая реакция), в группе интравагинального применения побочные эффекты наблюдались в 0, 6% случаев (местная реакция, зуд, жжение при введении).

Выволы

Эффективность топического применения Метронидазола сравнима с оральным способом применения, интравагинальное введение Метронидазола улучшает переносимость лечения и позволяет снизить количество системных побочных эффектов, интравагинальное применение Метронидазола является оптимальной альтернативой системному лечению вагинальных инфекций.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВНУТРИБРЮШНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ РЕЛАПАРОТОМИИ

Козловска А.А. 4к. 461гр. ФИУ

Руководители темы: *Цыбульская И.А.* асс. каф. ОПК и ТА, к.м.н., *Татаркин В.В.* асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, *Смирнов А.А.* каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией

СЗГМУ им И.И.Мечникова

Актуальность

Диагностика и оказание хирургической помощи при различных послеоперационных осложнениях продолжают оставаться одними из самых сложных и актуальных проблем. Несмотря на усовершенствование хирургической техники, внедрение новых технических и лекарственных средств, которые направлены на профилактику послеоперационных внутрибрюшных осложнений, число релапаротомий не уменьшается.

Пель

Выявление структуры послеоперационных внутрибрюшных осложнений, требующих выполнения релапаротомий после оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ результатов лечения больных с экстренной хирургической патологией, находившихся на лечении в СПб ГБ № 3 в период с 2011 по 2013 года. За это время в связи с развившимися осложнениями 176 больным в послеоперационном периоде было выполнено 274 релапаротомии. Возраст больных варьировал от 22 до 92 лет, из них 57, 4% (101) составили мужчины, 42, 6% (75) — женщины. Общая послеоперационная летальность составила 52, 8% (умерли 93 больных из 176).

Полученные результаты

Наиболее частыми послеоперационными внутрибрюшными осложнениями, требующими релапаротомии, оказались: послеоперационный перитонит, развившийся в 184 случаях (67, 2%), послеоперационные кровотечения (внутрибрюшные и гастродуоденальные) — в 45 случаях (16, 4%), послеоперационная кишечная непроходимость — в 24 случаях (8, 7%), и в 21 случаях (7, 7%) — другие осложнения (послеоперационный абсцесс брюшной полости, послеоперационный панкреатит).

Выволы

Определение основных послеоперационных внутрибрюшных осложнений (послеоперационный перитонит, кишечная непроходимость, кровотечения) позволяет

акцентировать внимание хирургов на их ранней диагностике для выполнения своевременной релапаротомии.

ПРИМЕНЕНИЕ СЕТЧАТЫХ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

 1 Султанова Ф.М. 3к. 347гр. ЛФ, 2 Шакеров Э.А. инт. 1-го года каф. 2-ая кафедра хирургии усовершенствования врачей

Руководители темы: ³Рутенбург Г.М. проф. 3-Х.О., д.м.н., ⁴Черепанов Д.Ф. отд. 3 Х.О., к.м.н., ³Гуслев А.Б. доц., к.м.н., ¹Лучкин А.Н. отд. 3 Х.О., к.м.н., ¹Кощеев А.В. асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, к.м.н., ¹Смирнов А.А. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ¹Татаркин В.В. асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова

2 - Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова
3 - Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы
4 - СПБГУ

Актуальность

За период с 2010 по 2013 годы в 3 хирургическом отделении Елизаветинской больницы Санкт-Петербурга выполнено 97 операций по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). У 15 пациентов для укрепления диафрагмы использованы многослойные сетчатые аллотрансплантаты фирм Ethicon и Bard, которые фиксировались аппаратом ProTack (Autosuture). Особенность многослойных сеток заключается в том, что они не нуждаются в перитонизации.

Пель

Сетки при пластике ГПОД применялись в следующих случаях: аксиальная ГПОД 3 степени в 4 случаях, параэзофагеальные грыжи в 6 (из них «Upside-down stomach» у 1 пациента), рецидивная ГПОД после лапароскопической фундопликации - в 3 случаях, рецидивная ГПОД после традиционной фундопликации - 1. Рецидив грыжи пищеводного отверстия диафрагмы возникал у пациентов, которые были прооперированы ранее по поводу больших ГПОД лапароскопическим или традиционным способом без применения сетчатого аллотрансплантата (2 пациента оперированы в 3 хирургическом отделении и 2 - в других стационарах).

Материалы и методы

Пациентам выполнялась задняя круроррафия с последующей фиксацией трансплантата овальной формы вокруг пищеводного отверстия диафрагмы. Затем формировалась фундопликационная манжетка впереди пищевода на 180 градусов по Дору. Дренирование брюшной полости потребовалось в 7 случаях, в 6 из них дренаж удаляли на следующий день после операции. У одной пациентки в раннем послеоперационном периоде выявлен пневмоторакс слева, который был ликвидирован путем дренирования плевральной полости по Бюлау.

Полученные результаты

Выписка больных из стационара производилась не позднее пятых суток с момента операции. Срок наблюдения пациентов составил от 6 месяцев до 2 лет. Результаты всех операций оценены как хорошие и отличные. Жалоб, характерных для ГЭРБ больные не предъявляют.

Выводы

Через 1, 5-2 месяца после операции всем пациентам выполнялась контрольная рентгеноскопия желудка - ни в одном из случаев рецидивов не выявлено. Таким образом, лапароскопическая протезирующая герниопластика эффективна и безопасна не только при лечении больших и гигантских грыж пищеводного отверстия дифрагмы, но также является методом выбора при лечении рецидивных ГПОД.

ПРОЛАНГИРОВАННЫЙ РЕЖИМ ПРИЕМА КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Ангелова Е.М. 5к. 510гр. ПФ

Руководитель темы: Тайц А.Н. асс. каф. акушерства и гинекологии, к.м.н.

СПбГПМУ

Актуальность

В настоящее время наиболее эффективным методом предупреждения нежелательной беременности является гормональная контрацепция. Кроме того современная контрацепция, претерпела множество модификаций и сейчас помимо своего первоначального предназначения, ее терапевтический и профилактический эффект могут резко изменить структуру гинекологический заболеваний в целом. Со времен ввода в употребление первых КОК в 1960 году, они усовершенствовались. Небольшие изменения претерпел и метод дозировки. Сравнительно недавно была предложена новая схема приема гормональной контрацепции — пролонгированный режим, при этом препарат принемается непрерывно в течение нескольких циклов, после чего следует 7 дневный перерыв и повторение схемы.

Пепь

Изучить преимущества приема пролонгированного режима КОК.

Материалы и методы

Было опрошено 100 женщин репродуктивного возраста, ежедневно принимающих КОК по стандартной схеме 21/7.

Полученные результаты

По данным опроса 23% женщин предпочитают ежемесячные менструальные кровотечения; 48% предпочитают иметь менструации каждые 3, 6 или 12 мес.; 29% не хотят вообще иметь менструаций.

Наличие менструаций у женщины является важным фактором ее самоощущения, гарантией что она не беременна, и ее репродуктивная система здорова. Значительная часть женщин хотели бы иметь такой же ритм менструации, который у них есть. Реже менструировать хотели, женщины, для которых период менструации связан с тяжелыми физиологическими сдвигами (сильные боли, обильные кровотечения, предместруальный синдром, выраженный дискомфорт)

Выводы

Пролонгированный режим приема КОК позволяет регулировать менструальный цикл, используется для предотвращения нежелательной беременности, для защиты от ряда гинекологический и экстрагенитальных заболеваний и снижает число побочных эффектов, наблюдающихся при традиционном циклическом приеме КОК.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ 15-ЛЕТНЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭНДОКРИННОГО ЦЕНТРА

Султанова Ф.М. 3к. 347гр. ЛФ

Руководители темы: *Смирнов А.А.* каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, *Татаркин В.В.* асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Заболевания щитовидной железы в структуре патологии органов эндокринной системы занимают второе место по частоте после сахарного диабета. В последние годы отмечается неуклонный рост частоты встречаемости тиреопатий. По данным ВОЗ, патологией щитовидной

железы страдает более 200 млн. человек в мире. Женщины болеют в три раза чаще, чем мужчины.

Пель

Санкт-Петербург, впрочем, как и большинство регионов России, находится в зоне так называемого умеренно выраженного йододефицита, а именно недостаток йода в воде и в продуктах питания в 30% случаев является причиной заболеваний щитовидной железы.

Материалы и методы

Эти данные говорят о необходимости совершенствования эндокринной хирургической службы в Санкт-Петербурге.

В 1997г., на базе эндокринологического отделения больницы был создан хирургический эндокринный центр. Уникальность данного центра состоит в том, что на всех этапах сохраняется преемственность и непрерывность лечения больных с патологией щитовидной или околощитовидных желез в пределах одного структурно-функционального подразделения. Например, при диффузном токсическом зобе, врачи-эндокринологи сначала проводят компенсацию тиреоидного статуса больного, после этого врачи-хирурги центра выполняют тиреоидэктомию, после чего больной находится под «двойным» наблюдением хирургов и эндокринологов: хирурги наблюдают больного в раннем послеоперационном периоде, а эндокринологи осуществляют подбор дозы заместительной гормональной терапии. Такую схему лечения больных с хирургической патологией щитовидной железы мы считаем оптимальной.

Полученные результаты

За прошедшие 15 лет, коллективом хирургического эндокринного центра нашей больницы выполнено 5000 операций. Произведено 500 тиреоидэктомий по поводу диффузного токсического зоба, 800 тиреоидэктомий по поводу полинодозного зоба, 700 тиреоидэктомий по поводу различных типов рака щитовидной железы, 3000 резекций щитовидной щелезы и гемитиреоидэктомий при узловых образованиях щитовидной железы. Частота осложнений не превышала таковую в мировой практике.

Последние 5 лет, на базе центра идет активное внедрение минимально инвазивных методик оперирования. Такие методики значительно уменьшают операционную травму и кровопотерю, позволяют облегчить послеоперационный период, сократить сроки пребывания больного в стационаре, свести к минимуму болевые ощущения и эмоциональные переживания, а вместе с ними – и риск возникновения стресса, который может вызвать декомпенсацию сопутствующей сердечно-сосудистой патологии у соматически отягощенных пациентов. Все эти факторы, несомненно, способствуют улучшению результатов лечения и качества жизни этой категории больных. Немаловажным является и хороший косметический результат, который заключается в максимально возможном уменьшении размеров послеоперационного рубца на коже. Часто это является решающим фактором при выборе доступа у пациентов, внешний вид которых оказывает решающее влияние на их профессиональную пригодность.

Задачу максимального уменьшения косметического дефекта и объема операционной травмы успешно решает активно используемый нами ассиметричный минидоступ к щитовидной и околощитовидным железам.

К настоящему моменту, выполнено 1000 операций из ассиметричного минидоступа: 300 тиреоидэктомий и 700 резекций щитовидной железы и гемитиреоидэктомий. Ни в одном случае не потребовалась конверсия доступа. Частота повреждения возвратного гортанного нерва составила 0, 1%, что не превышает общей частоты встречаемости этого осложнения.

Кроме этого, сотрудниками нашего центра разработаны и запатентованы трансфарингеальный и трансоральный доступы к щитовидной и околощитовидным железам и оригинальные устройства для их осуществления. Оба этих доступа осуществляются со стороны пищеварительного тракта, что представляет собой воплощение главной концепции транслюминальной хирургии. Также, при осуществлении обоих указанных доступов используется механический способ создания операционного пространства. К настоящему моменту, выполнены анатомо- топографические исследования на анатомическом материале,

доказывающие рациональность и адекватность обоих доступов. Планируется проведение экспериментов на животных.

Выводы:

- В Санкт-Петербурге существует объективная необходимость совершенствования эндокринной хирургической службы.
- Хирургический эндокринный центр на базе эндокринологического отделения Городской больницы Святой преподобномученицы Елизаветы представляет собой оптимальный образец взаимодействия между врачами смежных специальностей и преемственности в лечении больных с хирургической патологией щитовидной железы.

•

ТРАНСФАРИНГЕАЛЬНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП К ЩИТОВИДНОЙ И ОКОЛОШИТОВИЛНЫМ ЖЕЛЕЗАМ.

Султанова Ф.М. 3к. 347гр. ЛФ

Руководители темы: *Смирнов А.А.* каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ¹*Татаркин В.В.* асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Последние годы развитие хирургии идет по принципу уменьшения операционной травмы. Это позволяет сократить сроки пребывания пациента в стационаре, сводит к минимуму болевые ощущения, а также обеспечивает хороший косметический результат. Все эти задачи успешно решает разработанный нами трансфарингеальный доступ к щитовидной и околошитовилным железам

Материалы и методы

В полость глотки вводится гибкий эндоскоп с диаметром рабочей части не превышающим 5 мм, через его инструментальный канал вводится электрохирургический нож, которым делается отверстие в задне-латеральной стенке глотки диаметром около 5мм, приблизительно на 5см выше перехода глотки в пищевод. Через это отверстие в боковое окологлоточное пространство вводится оригинальное устройство для создания операционного пространства, состоящее из системы шарнирно связанных плеч и рычагов, являющихся ребрами треугольной призмы, образующейся при полном раскрытии устройства. Производится раскрытие устройства. При этом формируется операционное пространство за счет смещения стенки глотки в медиальном направлении, а доли железы и глубокими мышцами шеи. Затем отсоединяют проксимальную часть устройства и извлекают её из полости глотки.

Полученные результаты

В образованное пространство вводится гибкий эндоскоп, с помощью которого выполняются операционные действия на щитовидной или околощитовидных железах, после чего в полость глотки вводится проксимальная часть устройства, соединяется с дистальной, производится складывание устройства и его извлечение. Затем производится закрытие дефекта стенки глотки.

Выволы

В результате проведенного топографо-анатомического исследования, эндоскопический угол операционного действия составил 610-770, общая площадь зоны доступности была равна $26,\ 8-33,\ 1$, значение объема операционного пространства составило $13,\ 4-19,\ 7$. В большинстве случаев нам удалось визуализировать важнейшие околощитовидные образования. Эти данные говорят о рациональности предложенного доступа и о возможности его выполнения с помощью гибкого эндоскопа.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИЗ АССИМЕТРИЧНОГО МИНИДОСТУПА

Султанова Ф.М. 3к. 347гр. ЛФ

Руководители темы: *Смирнов А.А.* каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, *Татаркин В.В.* асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Использование ассиметричного «плавающего» минидоступа является достаточно распространенной методикой операций на щитовидной железе (ЩЖ), которая широко используются для лечения различных заболеваний ЩЖ. Это способ разрабатывался преимущественно для хирургического лечения патологии ЩЖ. Изначально данный доступ позволял выполнять объем оперативного вмешательства до гемитиреоидэктомии, но в дальнейшем при овладевании данной методики хирургами стало возможно выполнять весь спектр оперативных вмешательств на ЩЖ и ОЩЖ, включая тиреоидэктомию, что дало возможность оперировать высокодифференциированный рак ЩЖ на ранних этапах.

Пель

Определение целесообразности и возможности использования плавающего минидоступа при хирургическом лечении ранних форм высокодифференцированных рака ЩЖ и оценки этого хирургического метода в качестве стандартной операции при данной патологии.

Материалы и методы

В СПб ГБ № 3 в период с 2011 по 2014 год с использованием плавающего минидоступа (длина кожного разреза до 2, 0 см) было оперировано 461 больных. Из них, в рамках дооперационного диагностического стандарта по результатам ТПАБ фолликулярная неоплазия диагностирована у 401 (86, 98%), папиллярная карцинома у 60 (13, 02%) больных. В группе (п=166) преобладали лица женского пола – 148 (89, 15%), мужчин было 18 (10, 85%), средний возраст пациентов составил – 55, 5 \pm 14, 3 лет. Пациенты с регионарными и отдаленными метастазами, а так же больные с любым подозрением на метастатическое поражение лимфатического аппарата шеи в исследование не включались.

Полученные результаты

Размер узлов составил от 0, 6 до 3, 7 см, средний размер -1, 8 ± 0 , 6 см. Гемитиреоидэктомия (ГТЭ) выполнена 117 (70, 48%), ГТЭ с резекцией противоположной доли 4 (2, 4%), субтотальная резекция 8 (4, 89%), тиреоидэктомия 37 (22, 23%) больным.

При гистологическом исследовании папиллярная карцинома диагностирована у 39 (23, 49%) больного, фолликулярный рак – у 11 (6, 62%), фолликулярная аденома ЩЖ – у 75 (45, 18%) больных. У остальных 41 (24, 71%) пациента выявлены коллоидные узлы.

У двух пациентов (1, 2%) в послеоперационном периоде наблюдался транзиторный односторонний парез возвратного нерва, который самостоятельно купирован на 4-ые сутки. Остальные пациенты в удовлетворительном состоянии выписаны под наблюдение эндокринолога и онколога по месту жительства на 3-и сутки после оперативного лечения.

Выводы

Использование «плавающего» минидоступа на ранних стадиях высокодифференцированного рака ЩЖ является новым подходом в хирургическом лечении данной патологии и может быть рассмотрено в качестве альтернативы классической хирургии ЩЖ, т. к. является безопасным и клинически эффективным. Кроме того, использование ассиметричного «плавающего» минидоступа позволяет достичь хороших косметических результатов и раннюю выписку пациентов из стационара.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РИНОСИНУСОГЕННЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

¹*Султанова Ф.М.* 3к. 347гр. ЛФ

Руководители темы: ¹Умаров П.В., ¹Смирнов А.А. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ¹Татаркин В.В. асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ¹Лукьянов С.А. отд.

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова 2 - СПбГУ

Актуальность

Воспалительные заболевания околоносовых пазух виду тесных анатомофизиологических связей осложняются вовлечением орбиты и ее содержимого в 2-4% случаев.

Пель

Варианты орбитальных осложнений весьма разнообразны. Однако принципиально важно для выбора тактики хирургического или консервативного лечения дифференцировать гнойные и негнойные виды орбитальных осложнений, а так же локализацию процесса в полости орбиты или экстраорбитально. К гнойным осложнениям полости орбиты относятся гнойный периостит, субпериостальный абсцесс, ретробульбарный абсцесс и флегмона орбиты. К негнойным формам — простой периостит стенок орбиты, отек ретробульбарной клетчатки и риногенный неврит зрительного нерва.

Материалы и методы

Гнойные формы орбитальных осложнений требуют срочного хирургического вмешательства на причинной пазухе с созданием широкого соустья с полостью носа. Характер же вмешательства на орбите решается в зависимости от локализации и формы воспалительного процесса.

Полученные результаты
При наличии показаний для ревизии и дренирования полости орбиты предпочтительнее производить вскрытие последней со стороны оперированных околоносовых пазух, по возможности не нарушая единого анатомо-физиологического комплекса орбиты. Так субпериостальный абсцесс, локализующийся в области верхне-внутренней стенки орбиты, вскрывается из разреза по орбитальному краю без вскрытия тарзоорбитальной фасции после выполнения операции фронтоэтмоидотомии, аналогично производится дренирование субпериостального абсцесса при локализации на нижней стенке орбиты, доступ при этом осуществляется со стороны верхнечелюстной пазухи.

При возникновении орбитального осложнения с прорывом гнойного содержимого околоносовых пазух в собственно полость орбиты с формированием симптомокомплекса, характерного для флегмоны орбиты и ретробульбарного абсцесса требуется вскрыть тарзоорбитальную фасцию для проникновения к ретробульбарной клетчатке. При отсутствии положительной динамики со стороны орбиты (нарастание хемоза, экзофтальма, ухудшение зрения) к лечению может добавляться офтальмохирургическое пособие в виде дополнительного дренирования путем чрезкожной орбитотомии.

Однако необходимо придерживаться тщательного щадящего принципа при выполнении орбитотомии. Чрезмерно широкое разрушение стенок орбиты может привести к нежелательной интерпозиции тканей орбиты, смещению глазного яблока вплоть до энофтальма. Дефекцию тканей орбиты следует по возможности проводить тупым путем, дав отток гнойному содержимому, не проводя фактического разрезания тканей, используя при этом зажимы типа "москит" и проч. в более безопасных зонах во избежание развития паралитического косоглазия. В случае вмешательства в области верхнего века следует избегать разрезов в области внутренних 2/3 орбитального края с целью профилактики послеоперационного птоза.

Выводы

Медикаментозное лечение тяжелых форм гнойных орбитальных осложнений, сопровождающихся тяжелой интоксикацией, а также учитывая большую вероятность развития

сепсиса, тромбоза глубоких вен орбиты и внутримозговых синусов, должно быть комплексным и состоять из антибактериальной, дезинтоксикационной, дегидратационной, антикоагулянтной и гормональной терапии.

ЦУКАНОВ ЮРИЙ ТИХОНОВИЧ - ОСНОВОПОЛОЖНИК МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ШИТОВИЛНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

 $Султанова \ \Phi.М. \ 3$ к. 347гр. Л Φ , $\Gamma oes\ A.A. \ 4$ к. 433гр. Л Φ

Руководители темы: *Смирнов А.А.* каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, *Татаркин В.В.* асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией

топографической анатомией

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Цуканов Ю. Т. родился 19 февраля 1949 года в городе Томске. В 1966 году с медалью окончил Омскую школу и поступил в Омский медицинский институт. В 1973 г закончил интернатуру по специальности «хирургия» и на многие годы связал свою судьбу с сельским здравоохранением, работая в областной клинической больнице г. Омска общим, сосудистым хирургом, а также борт-хирургом отделения санитарной авиации. В этом лечебной учреждении прошел все этапы хирургической профессии от врача-интерна до профессора кафедры факультетской хирургии Омской медицинской академии.

Новаторски относился к лечебному делу.

Пель

Одно из научно-профессиональных направлений - эндокринная хирургия. Впервые в России в 1998 году выполнил эндоскопическую операцию через минидоступ на щитовидной железе. Его авторские миниинвазивные адреналэктомии и операции на щитовидной железе признаны во всех клиниках России.

Материалы и методы

Результатом его труда является создание эндохирургических полостных операций через минидоступ - разрезы длиной 2 - 3 см. Им созданы авторские методики операции удаления надпочечников, щитовидных лобэктомий, поясничных симпатэктомий, операций на венах из мини и микродоступов (через проколы 2-3 мм). Такой способ выгодно конкурирует и с эндовидеоскопическими операциями, переводя большие операции в разряд легких для пациентов. В связи с этим значительно снижается риск операций в пожилом и старческом возрасте и расширяются возрастные пределы возможной хирургической помощи. Кроме того операции через мини- и микродоступы легки, значительно уменьшают продолжительность нетрудоспособности и имеют прекрасные косметические характеристики.

Полученные результаты

В течение двух десятков лет, начиная с 1974 года, работал в сосудистом отделении областной клинической больницы г. Омска. Уже тогда поняв, что чем больше разрез при варикозе, тем больше проблем у пациента, довел доступы до 2-3 см, что сегодня стало обычной практикой сосудистых хирургов.

Выводы

Автор более 280 научных работ по различным разделам хирургии, в том числе 9 монографий. Имеет более 30 изобретений и патентов. Еще в 1984 году Президиумом Центрального Совета Всесоюзного общества изобретателей награжден знаком «Отличник изобретательства и рационализации 1984 года». Много внимания уделяет педагогической работе с врачами и студентами. Часто бывает в операционных ведущих клиник Москвы и России. Неоднократно стажировался в Европейских хирургических центрах (Париж, Страсбург, Женева, Вена).

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ

¹Султанова Ф.М. 3к. 347гр. ЛФ

Руководители темы: ²Сигуа Б.В. доц. каф. факультетская хирургия, к.м.н., ¹Дюков А.К. отд. 1-ое хирургическое, к.м.н., ¹Татаркин В.В. асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ¹Смирнов А.А. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова

2 - Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы

Актуальность

Применение диагностической лапароскопии в экстренной хирургии позволило значительно снизить процент диагностических ошибок и сократить период установления диагноза. Однако до сих пор остается спорным вопрос о роли эндовидеохирургических вмешательств, как окончательного метода гемостаза. Так, по мнению ряда хирургов, при повреждениях печени I степени возможно выполнение лапароскопических вмешательств в большинстве случаев, при II степени — не более чем в 50%.

Пель

В Елизаветинской больнице Санкт-Петербурга с 1991 по 2010 гг. находилось на лечении 4077 пациентов с закрытыми травмами живота. При этом повреждение печени выявлено у 447 пострадавших, что составило 11%. Преимущественно пострадавшими были мужчины (78%), а лица в возрасте до 40 лет составили 75% от всех поступивших. Следует заметить, что в 37% (165) случаях отмечался криминогенный характер травм печени.

Материалы и методы

С целью объективной оценки степени повреждения органа и тяжести сочетанной травмы мы активно используем классификацию повреждений печени по Е. Мооге et al. с обязательным дополнением шкалы ВПХ - МТ, что позволяет производить наиболее полноценную оценку тяжести состояния пострадавшего.

Полученные результаты

В наших наблюдениях пострадавших с изолированными повреждениями печени было 152, которые распределились по степеням повреждения следующим образом: I степень - 60, 5% (92); II степень - 26, 3% (40); III степень -13, 2% (20). Изолированные повреждения IV, V, VI, степени в наших наблюдениях не встречались.

Лапаротомия в качестве оперативного доступа при изолированных повреждениях печени I-II степени использовалась в 116 (76, 3%) наблюдениях (I группа). При этом ушивание раны печени производилось в 55 (47, 4%) наблюдениях, тампонирование у 29 (25%) пострадавших, а в 32 (27, 6%) случаях лапаротомия носила эксплоративный характер.

Эндовидеохирургические вмешательства были выполнены 36 (23, 7%) пострадавшим (II группа). При этом в 16 (44, 4%) наблюдениях во время диагностической лапароскопии было выявлено повреждение печени I-II степени с продолжающимся кровотечением из паренхимы, которые было остановлено с помощью лапароскопических методик, а у 20 (55, 6%) пострадавших - повреждения печени без продолжающегося кровотечения, что позволило ограничиться дренированием брюшной полости.

В группе пострадавших с использованием эндовидеохирургических технологий было отмечено достоверное снижение частоты послеоперационных осложнений: поддиафрагмальные абсцессы с 19, 8% (23) в І группе до 5, 6% (2) во ІІ группе; аррозивные кровотечения с 10, 3% (12) в І группе до 0% (0) во ІІ группе; нагноение послеоперационной раны с 24, 1% (28) в І группе до 2, 8% (1) во ІІ группе.

Выводы

У гемодинамически стабильных пострадавших с тяжелыми повреждениями органов живота по шкале ВПХ-МТ при изолированных повреждениях печени I-II степени по

классификации Е. Мооге без продолжающегося кровотечения, возможно, ограничится лапароскопическим дренированием брюшной полости, а при продолжающемся кровотечении из паренхимы печени - показан эндовидеохирургический гемостаз, который достижим в подавляющем большинстве случаев. Предложенный лечебно-диагностический алгоритм позволяет достоверно снизить частоту гнойно-септических осложнений.

ЭТАПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВО-МАШОНОЧНЫХ ГРЫЖ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

 1 Султанова Ф.М. 3к. 347гр. ЛФ, 2 Сидоров В.А. инт. 1-го года каф. 2-ая кафедра хирургии усовершенствования врачей

Руководители темы: ⁴Рутенбург Г.М. проф. каф. 3-Х.О., д.м.н., ³Гуслев А.Б. доц., к.м.н., ¹Лучкин А.Н. отд. 3 Х.О., к.м.н., ¹Кощеев А.В. асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, к.м.н., ¹Березуцкий С.В. орд. 2013-го года каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ¹Смирнов А.А. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, ¹Татаркин В.В. асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова

2 - ВМелА

3 - Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы 4 - СПбГУ

Актуальность

Пахово-мошоночные грыжи относятся к т. н. «сложным» видам паховых грыж, что ведёт к изменению, усовершенствованию стандартной технологии лапароскопической герниопластики. Располагая опытом выполнения протезирующей предбрюшинной герниопластики с 1992 года, мы поэтапно изменяли взгляд на технику вмешательства при этом виде грыж, в частности на обработку грыжевого мешка.

Пель

Изначально стремились к выделению грыжевого мешка, что влекло за собой увеличение времени вмешательства, при этом получали большую раневую поверхность и, как следствие, усиление болей в раннем послеоперационном периоде, возрастал риск образования псевдокист полости выделенного мешка. При рубцовых изменениях брюшины мешка полное его выделение невозможно, существует риск повреждения элементов семенного канатика. Часто приходилось выполнять дренирование предбрюшинного пространства в области оперативного вмешательства.

Материалы и методы

В связи с указанными недостатками полной мобилизации грыжевого мешка в случаях небольшого диаметра внутреннего пахового кольца, узких воротах грыжи техника вмешательства была изменена. После стандартного раскроя брюшины, в области шейки тупым путем мобилизовывались сосуды канатика с латеральной стороны, с медиальной семявыносящий проток. Далее выполнялась высокая резекция мешка. Следует отметить, что применение описанной техники при пахово-мошоночных грыжах априори возможно редко.

Полученные результаты

Таким образом, к настоящему времени мы пришли к выводу о необходимости выполнения первым этапом вмешательства циркулярной резекции мешка в области шейки, что считаем стандартом при пахово-мошоночных грыжах. Раскрой брюшины начинаем по латеральной полуокружности шейки мешка - безопасной области.

Выводы

Наибольшую осторожность необходимо соблюдать в области элементов семенного канатика и нижних эпигастральных сосудов (нижне-медиальная полуокружность). Далее выполняется стандартное оперативное вмешательство. При использовании данной техники мы не наблюдали каких либо осложнений и считаем возможным рекомендовать её к применению.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ПОД ВЛИЯНИЕМ АУДИОУСТРОЙСТВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Белоусов А.А. 6к. 602гр. ЛФ

Руководитель темы: *Храбриков А.Н.* проф. каф. госпитальной хирургии, д.м.н. **Кировская ГМА, Киров**

Актуальность

Широкое распространение портативных аудиоустройств среди населения, особенно молодых людей, привело к появлению проблемы возникновения сенсоневральной тугоухости (СНТ) у лиц молодого возраста.

Пель

Целью настоящего исследования является доклиническая диагностика СНТ у лиц, использующих в повседневной жизни современные портативные аудиоустройства. Задачи. 1. Выяснить влияние акустической нагрузки на слуховой анализатор при прослушивании аудиоустройств у лиц молодого возраста. 2. Разработать методы доклинической диагностики развития СНТ у лиц молодого возраста.

Материалы и методы

Проведено анкетирование среди 100 нормальнослышащих добровольцев в возрасте от 17 до 25 лет с целью выявления субъектов, активно использующих в своей повседневной жизни современные аудиоустройства и предъявляющих жалобы на дискомфорт после прослушивания. Исследование слухового анализатора включало, помимо рутинных методов: регистрацию задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ) (анализатор внутреннего уха ILO 92, OtodynamicsLtd, GB). Регистрация ЗВОАЭ проводилась до акустической стимуляции, непосредственно и через 15 мин после ее окончания. В качестве акустического стимула выступало прослушивание музыки (тяжелый рок) в течение 30 минут в капельных наушниках (ТhompsonHED87N) на МПЗ-плеере Sony NWZ-B162Fc интенсивностью 85 дБ. Анализ результатов исследования проводился с использованием статистических методов в программе StatPlus 2009.

Полученные результаты

Анализ результатов регистрации ЗВОАЭ показал 3 варианта реакции на акустическую стимуляцию в виде прослушивания музыки интенсивностью 85 дБ в течение 30 минут. Первый вид реакции заключался в угнетении параметров ЗВОАЭ как непосредственно после стимуляции, так и через 15 минут после нее (14 исследуемых, 1-я группа). Второй вид реакции состоял в повышение значений параметров ЗВОАЭ в обоих исследуемых интервалах (6 человек, 2-я группа). Третья группа – «нейтральная» реакция, выражающаяся в отсутствии существенных изменений в уровне ответов ЗВОАЭ (11 исследуемых). В первой группе средний суммарный ответ (R) до акустической стимуляции составил 9, 23±4, 12 дБ УЗД, во второй - 8, 4± 3, 85 дБ УЗД, в третьей - 6, 01±5, 85 дБ. Различие (R) до акустической стимуляции в первой и второй группах статистически незначимо (р=0, 69). (R) до акустической стимуляции в первой группе оказался достоверно выше, чем в третьей группе на 9, 23 ± 0, 79 дБ (p=0, 03). Непосредственно после акустической стимуляции суммарный ответ в первой группе оказался достоверно ниже, чем во второй на 3, 13± 0, 93 дБ (p= 0, 0024). Достоверных различий в среднем суммарном ответе в первой и третьей группах не выявлено (р=0, 68). Средний суммарный ответ во второй группе оказался достоверно выше, чем в третьей группе на 5, 31± 1, 10 дБ (р=0, 0076). Через 15 минут после акустической стимуляции суммарный ответ в первой группе существенно ниже, чем во второй на 6, 73± 0, 91 дБ (p=0, 00058). Различия среднего суммарного ответа в 1 и 3 группах статистически не значимы (р=0, 57). Средний суммарный ответ во второй группе существенно выше, чем в третьей на 11, 01± 1, 00 (p=0, 0073). В первую группу вошли 12 обследуемых, которые используют наушники 3 и более часов в сутки, во вторую -8, в третью -7.

Выволы

1. Акустическая симуляция в виде прослушивания музыки интенсивностью 85 дБ в течение 30 мин. приводит к временному снижению порогов слуховой чувствительности у 45% обследуемых. 2. В качестве оптимального метода доклинической диагностики возможности развития СНТ при постоянной акустической стимуляции выступает регистрация ЗВОАЭ.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ СЛУХОВОГО ЛИСКОМФОРТА У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ТУГОУХОСТИ

Мамошина Е.А. 6к. 639гр. ЛФ, Иванова О.В. 6к. 637гр. ЛФ Руководитель темы: Барсуков А.Ф. асс. каф. оториноларингологии, к.м.н. СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Среди различных методов надпороговой аудиометрии важная роль принадлежит определению уровня слухового дискомфорта (СД). Определение СД позволяет оценить слуховую функцию человека при предъявлении ему различных тонов с установленными интенсивностями, дальнейшее усиление которых является неприятными для исследуемого.

Пель

Целью настоящего исследования являлось определение значения СД у нормально слышащих и больных с нарушениями слуха.

Материалы и методы

Измерение порогов СД проводилось на аудиометре AC-40 и начиналось с определения порогов слышимости по воздушной и костной проводимости в диапазоне частот от 125 до 8000 Γ ц. Затем на тех же частотах проводили измерение порогов СД, при определении которых исследуемый отмечал ощущение чрезмерной громкости. Исследования были проведены у 10 нормально слышащих, 15 больных отосклерозом, 18 больных ХСНТ и 12 больных болезнью Меньера.

Полученные результаты

Результаты исследований показали, что величина порогов СД у нормально слышащих на различных частотах составляла от 65 до 80 Дб. У больных ХСНТ и болезнью Меньера значения СД не претерпевали изменения по сравнению с таковыми для нормально слышащих. В то же время у больных отосклерозом наблюдалось значительное повышение СД, у некоторых из них ощущение СД не наблюдалось вовсе.

Другим критерием оценки результатов исследования являлась величина разрыва между верхней кривой порогов слышимости по воздушной проводимости и нижней кривой значений порогов СД. Этот разрыв называется динамическим диапазоном слухового поля (ДДСП) и отражает наличие феномена ускоренного нарастания громкости (ФУНГ) на различных частотах. Исследования показали, что у больных отосклерозом с отрицательным ФУНГом, величина ДДСП всегда превышала 60 Дб. При тугоухости с положительным ФУНГом величина ДДСП варьировала на различных частотах от 20 до 40 Дб.

Выводы

Проведенные исследования позволили установить закономерности, свидетельствующие о важном диагностическом значении величины слухового дискомфорта у больных с нарушением слуха.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРЕСБИАКУЗИИ.

Kаркачева E.C. 5к. 539гр. ЛФ, Γ ашимова A.P. 5к. 539гр. ЛФ Руководитель темы: Eарсуков $A.\Phi.$ асс. каф. оториноларингологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Возрастная тугоухость или пресбиакузия характеризуется прогрессирующей атрофией нервно-рецепторного аппарата, развивающейся в различных структурах слуховой системы. У пожилых людей, обращающихся на прием к оториноларингологу, имеет место как физиологический пресбиакузис (ФП), свойственный определенной возрастной категории, так и патологический пресбиакузис (ПП). Последний может быть обусловлен действием различных патологических факторов на орган слуха (сосудистые, вертеброгенные, гормональные и др.).

Пепь

Целью настоящего исследования является проведение дифференциальной диагностики между физиологическим и патологическим пресбиакузисом, а также выявление начальных пресбиакузических изменений слуховой чувствительности у пожилых лиц (ПЛ).

Материалы и методы

Нами было обследовано 27 ПЛ в возрасте от 61 до 74 лет, предъявлявших жалобы на понижение слуха и субъективный ушной шум. Всем ПЛ до и после лечения была проведена эндоскопия ЛОР-органов, пороговая и надпороговая аудиометрия, шумометрия, по показаниям осуществлялась УЗДГ сосудов головы и шеи, назначалась консультация невролога и терапевта.

Полученные результаты

В результате проведенных исследований у 11 ПЛ из 27 (І группа) аудиометрические кривые по воздушной и костной проводимости имели преимущественно порогонисходящий характер с небольшим уклоном в сторону высоких частот (4 и 8 кГц). У 16 ПЛ (ІІ группа) имел место крутонисходящий тип аудиометрических кривых с обрывом на высоких частотах. Исходя из полученных данных, ПЛ І группы были отнесены к форме ФП, ПЛ ІІ группы - к форме ПП. Результаты надпороговых измерений ПЛ обеих групп показали, что феномен ускоренного нарастания громкости (ФУНГ) в І группе ПЛ определился в 18, 2% случаев, а во ІІ группе ПЛ в 35, 3% случаев.

Выволы

- 1. По результатам исследований выявление феномена ускоренного нарастания громкости у пожилых лиц свидетельствует о наличии начальных пресбиакузических нарушений периферического отдела слухового анализатора.
- 2. У пожилых лиц с патологическим пресбиакузисом феномен ускоренного нарастания громкости встречается в 2 раза чаще, чем при физиологическом пресбиакузисе.
- 3. Своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий у пожилых лиц с физиологическим и патологическим пресбиакузисом способствует предотвращению дальнейших дегенеративных изменений периферических структур слухового анализатора.

ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДА ТИМПАНОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ СТРУКТУР СРЕДНЕГО УХА

Смольский В.В. 2к. 292гр. ЛФ, *Балглей А.Г.* 2к. 292гр. ЛФ Руководитель темы: *Барсуков А.Ф.* асс. каф. оториноларигология, к.м.н. **СЗГМУ им. И.И.Мечникова**

Актуальность

Заболевания среднего уха являются наиболее частыми причинами обращаемости населения к врачам оториноларингологам. Для оценки состояния звукопроводящих структур используется метод, именуемый тимпанометрией, позволяющий проводить дифференциальную диагностику патологии среднего уха. При этом в наружный слуховой проход устанавливается

зонд тимпанометра, на который подается звуковой сигнал частотой 226 Гц. Изменяя давление воздуха в наружном слуховом проходе от -300 до 300 дПа можно регистрировать податливость звукопроводящей системы при предъявлении зондирующего тона.

Материалы и методы

Проведены исследования состояния среднего уха у 28 лиц в возрасте от 16 до 50 лет, из них у 15 диагностирован нормальный слух (контрольная группа), у остальных пациентов выявлены различные патологические процессы в среднем ухе. В группу с различными патологическими процессами входили больные с отосклерозом (4 пациента), хроническим гнойным средним отитом (4 пациента), адгезивным средним отитом (3 пациента), сальпингоотитом (2 пациента). Тимпанометрии предшествовал клинический оториноларингологический осмотр и проведение тональной пороговой аудиометрии. Исследования проводились в звукоизолированной камере на аудиометре АС-40 и тимпанометре «Титан»

Полученные результаты

Полученные результаты оценивали по величине максимальной податливости барабанной перепонки или по комплеансу, значению пикового давления в барабанной полости, регистрируя объем слухового прохода и градиенту (диапазон давления на уровне 50% акустической проводимости). По итогам проведенных исследований выделили 4 основных типа тимпанометрических кривых, отражающих характер и степень нарушений звукопроводящего аппарата.

Выволы

- 1. Проведенные исследования позволили дать количественную характеристику нарушений звукопроводящего аппарата у пациентов с нарушениями слуха;
- 2. Внедрение в клиническую практику метода тимпанометрии способствует ранней диагностики и назначению своевременного лечения заболеваний среднего уха.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБЪЕКТИВНОЙ ЗРИТЕЛЬНОЙ ВЕРТИКАЛИ В ДИАГНОСТИКЕ ВЕСТИБУЛОПАТИЙ.

Зайнчуковский М.С. 5к. 542гр. ЛФ, Демченко Д.Ю. асп. 2-го года каф. оториноларингологии Руководитель темы: Воронов В.А. доц. каф. оториноларингология, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

При наличии кохлеовестибулопатий очень частой жалобой пациентов является шаткость походки, которую многое больные не могут отличить от головокружением. Это в значительной степени затрудняет работу врача и возникает необходимость разработки методов диагностики, способных объективизировать состояние пациента

Цель

Целью настоящего исследования явилось создание несложного прибора, который может быть выполнен при наличии простейших материалов, позволяющий врачу независимо от пациента оценивать градусы отклонения тела испытуемого от горизонтальной оси.

Материалы и методы

На кафедре оториноларингологии обследовано 11 человек имеющих кохлеовестибулярную дисфункцию периферического уровня поражения. Контрольную группу составили 5 здоровых лиц, отсутствие поражения вестибулярной системы у которых определялось по результатам предварительного отоневрологического осмотра.

Полученные результаты

При обследовании здоровых лиц получено, что у них отклонение составляет не более одного градуса, причем оно зависело от степени усталости исследуемых. У больных с наличием периферического поражения вестибулярного анализатора до лечения отклонение превышало 4 градуса, причем оно имело противоположную направленность..

Выволы

1. Объективная зрительная вертикаль является общедоступным, не требующем специального оборудования методом. 2. Данная методика сокращает время обследования пациентов. 3. Данный метод позволяет провести дифференциальную диагностику межу атаксией и головокружением, либо определять наличие атаксии при комплексе жалоб. 4. Данный метод способствует определению стороны поражения у пациентов при периферической вестибулярной дисфункции.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЦЕПТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Mамошина E.A. 6к. 639гр. ЛФ Руководитель темы: Барсуков $A.\Phi.$ асс. каф. оториноларигология, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Сенсоневральная тугоухость является одной из основных медико – социальных проблем оториноларингологии. Повышенный интерес у врачей вызывают методы неинвазивного воздействия импульсами электрического тока слабой интенсивности на биологически активные зоны кожи человека – электронейростимулирующая терапия (ДЭНС – терапия).

Цель

Целью исследования являлась оценка эффективности метода ДЭНС – терапии у больных с хронической сенсоневральной тугоухостью (ХСНТ) в комплексе с медикаментозным лечением

Материалы и методы

Всего было обследовано 40 больных, страдающих ХСНТ в возрасте от 34 до 70 лет. Среди пациентов были 15 мужчин и 25 женщин. У всех пациентов выявлено двустороннее понижение слуха звуковоспринимающего характера, наличие субъективного ушного шума (СУШ). Все больные ХСНТ были разделены на две группы в зависимости от получаемого ими лечения. Из 40 человек 10 составили контрольную группу, 30 – основную группу. Пациенты контрольной группы получали только традиционную медикаментозную терапию. Пациентам основной группы кроме медикаментозного лечения проводилось ДЭНС – воздействие с портативного аппарата ДиаДЭНС ПКМ. Лечению предшествовал помощью оториноларингологический осмотр и обследование на клиническом аудиометре АС - 40. электроакуметрия СУШ с оценкой его спектра и интенсивности. Исходная пороговая аудиограмма у большинства обследованных с ХСНТ (24 человека) имела нисходящий характер с преимущественным поражением частот выше 1000 Гп. у 16 пациентов - с равномерно расположенными кривыми с небольшим уклоном в сторону высоких частот. При этом улучшение слуховых функций считали достоверным, если понижение порогов слышимости составляло не менее 10 Дб на трёх и более исследуемых частотах. Воздействие ДиаДЭНС -ПКМ осуществлялось на шейно - воротниковую зону, зону шейного кольца, зону «три дорожки», на область прямой проекции жалобы, т. е. парааурикулярные зоны и точки, на зоны микросоответствия - латеральные поверхности больших пальцев кистей и стоп. Лечение больных проводилось лабильно - стабильным способом в режиме «Терапия на частоте 77 Гц» и комфортном энергетическом уровне (легкое покалывание). В течение одного сеанса воздействие осуществлялось не более чем на трех зонах и точках. Курс лечения составлял 9-10процедур, проводимых ежедневно или через день. Время сеанса составляло в среднем 20 минут.

Полученные результаты

В результате применения ДЭНС — терапии в основной группе улучшение слуха и разборчивости речи зарегистрировано у 57, 3% больных ХСНТ. В большей степени положительный эффект был достигнут в уменьшении у них СУШ (61%). У пациентов контрольной группы положительный эффект в лечении отмечен в 44% случаях, СУШ уменьшился у 47, 3% пациентов.

Выволы

- 1. Метод ДЭНС терапии в сочетании с медикаментозным лечением оказывает положительное воздействие на пациентов с хронической сенсоневральной тугоухостью, главным образом, за счет уменьшения выраженности субъективного ушного шума.
- 2. При использовании ДЭНС терапии практически отсутствуют осложнения и побочные явления, у подавляющего числа больных нормализуется сон, повышаются работоспособность и настроение. Все это в совокупности способствует улучшению качества жизни больных с нарушением слуховой функции.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Аликбаев Т.З. 3к. 344гр. ЛФ

Руководитель темы: Петрова Н.Н. проф. каф. оториноларингологии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Проблема снижения слуха не теряет своей актуальности в течение многих лет, что связано, прежде всего, с постоянным ростом числа больных с сенсоневральной тугоухостью (СНТ), регистрируемом не только в России, но и во всех странах мира. Снижение слуха, играющего существенную социальную роль в жизни человека, для подавляющего большинства пациентов является стрессовой ситуацией, которая может провоцировать различные пограничные нервно-психические расстройства. У слабослышащих нередко отмечаются повышение тревожности и напряжения, подозрительность, нарушение эмоциональной реактивности, замкнутость, неуверенность в себе, социальная изоляция. При этом значительно снижается качество жизни (КЖ) этих больных. В качестве инструмента исследования КЖ используются опросники. В исследованиях зарубежных авторов при оценке КЖ пациентов с нарушением слуха используются как общие опросники (MOS SF-36, Quality of Well-Being Index (QWB), Nottinghm Health Profile (NHP) и др.), так и специальные опросники (Audiologal Disabilities Preference Index, Glasgow Hearing A d Benefit Profile и др.). В России специальные опросники не адаптированы, в связи с чем в нашей стране чаще всего используются MOS SF-36 и ВОЗКЖ-100.

Пель

Целью исследования явилось изучение качества жизни у пациентов с острой сенсоневральной тугоухостью.

Материалы и метолы

Под наблюдением находилось 30 пациентов, из которых у 20 больных (основная группа) диагностирована острая СНТ. В контрольную группу вошли 10 человек без сопутствующей патологии слуховой системы. Всем обследуемым проводилась эндоскопия ЛОР-органов, акуметрия, тональная пороговая аудиометрия. Исследование КЖ проводили с помощью адаптированного опросника SF-36.

Полученные результаты

Аудиометрически у всех пациентов основной группы было выявлено снижение слуха по типу нарушения звуковосприятия различной степени выраженности. Почти в 80% случаев у пациентов встречалась 1 и 2 степень тугоухости, 4 степень тугоухости и глухота выявлены не были.

Результаты анкетирования свидетельствуют о том, что у пациентов с острой СНТ имеет место снижение КЖ, показатели которого составляли: физическое функционирование - 82, 5 \pm 4, 4 (контроль - 78, 4 \pm 6, 4); ролевое (физическое) функционирование - 51, 1 \pm 3, 6 (контроль - 75, 9 \pm 5, 0); боль 64, 1 \pm 4, 9 (контроль - 67, 3 \pm 4, 5); общее здоровье 56, 2 \pm 4, 3 (контроль - 68, 3 \pm 3, 9); жизненная активность 41, 3 \pm 4, 5 (контроль - 65 \pm 5, 9); социальное функционирование 54, 6 \pm 3, 4 (контроль 73, 5 \pm 4, 4); эмоциональное функционирование - 46, 5 \pm 6, 1 (контроль - 75 \pm 5, 1); психологическое здоровье - 52, 4 \pm 5, 9 (контроль 61, 1 \pm 2, 5). Общее КЖ и состояние здоровья по

собственной оценке пациентов снижены при всех степенях острой СНТ. Показатели, отражающие психологический компонент здоровья, были понижены у пациентов при любой степени снижения слуха. Достоверное снижение показателей физической сферы выявлено у больных со II и III степенью тугоухости.

Для пациентов, страдающих острой сенсоневральной тугоухостью, характерно снижение как физического компонента качества жизни, так и психического. Снижение показателей, отражающих психологический компонент здоровья, характерно для всех степеней сенсоневральной тугоухости. Показатели, характеризующие физическую сферу, наиболее значительно изменяются при снижении слуха II и III степени. Таким образом, исследование КЖ помогает оценить общее психоэмоциональное состояние пациентов и оптимизировать реабилитацию слуховой функции путем восстановления социальной активности и качества жизни больного

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ УШНОГО ШУМА СРЕДИ ДЕТЕЙ

Шикасюк В.П. 4к. 14гр. ЛФ, Костюкович С.В. 5к. 20гр. ЛФ, Саутина Ю.П. 4к. 5гр. ПФ Руководитель темы: Алещик И.Ч. доц. каф. оториноларингологии, к.м.н.

ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Актуальность

Выволы

Под шумом в ушах понимают ощущение человеком постороннего звука, происхождение которого не связано с какими-либо внешними акустическими источниками. Субъективный патологический шум ощущает только сам больной. Ушной шум не отдельная самостоятельная болезнь, а чаще это сопутствующий симптом, как осложнение других заболеваний. В последние годы растёт число детей, страдающих ушным шумом. Он создает определёные проблемы в психическом и эмоциональном развитии ребёнка, может мешать нормальному сну, учёбе, работе, вызывать тревожность, также может спровоцировать стресс, в редких случаях депрессию.

Пель

Изучить эпидемиологию и особенности ушного шума у детей младшей, средней и старшей школьной возрастной категории (от 8 до 17 лет).

Материалы и методы

Всего обследовано 1408 детей в возрасте от 8 до 17 лет, учащихся учебных заведений города Гродно: ГрГГ, СШ № 12, СШ № 38, Лицея № 1, СШ № 18, а также находящихся на лечении в УЗ «ГОКБ». Из них: 1-я группа - дети 8-11 лет – 291 (20, 6%) человек, 2-я группа - 12-13 лет – 287 (20, 4%) человек, 3-я группа - 14-15 лет – 505 (35, 9%) человека, 4-я группа - 16-17 лет - 325 (23, 1%) человек.

Полученные результаты

Среди всех обследованных детей ушной шум отмечали 674 ребёнка, что составило 47, 9%. В 1-й группе шум отмечали 107 (36, 8%) детей, во 2-й - 135 (47, 3%) детей, в 3-й – 260 (51, 5%) ребёнка, в 4-й – 172 (52, 9%) ребёнка. Периодический шум отмечают 643 (95, 5%) детей, постоянный - 31 (4, 5%). По локализации: ощущение шума в обоих ушах у 344 (51%) ребёнка, в правом ухе у 140 (20, 8%) детей, в левом ухе у 90 (13, 4%) детей, в голове у 100 (14, 8%) детей. Характер шума: звон – 147 (21, 7%) человек, писк - 217 (32, 2%) человек, "ультразвук" - 55 (8, 1%) человек, шипение - 47 (7, 1%) человек, свист – 47 (7, 1%) человек, другие виды (шум ветра, стук, шум моря, шуршание, писк комара и др.) – 161 (23, 8%) человека. В связи с шумом в ушах обращались за медицинской помощью 46 (6, 9%) человек, из них все получали соответствующее лечение. Эффективность лечения была следующая: шум прошёл полностью – 7 (15, 8%) человек, уменьшился у 34 (73, 7%) человек, без изменений – 5 (10, 5%) человека. Самолечением занималось 28 (4, 2%) человека: 20 (69, 6%) из них – без эффекта, а у 8 (30, 4%) – шум уменьшился. Заболевания ушей в анамнезе имеют 152 (22, 6%) детей с ушным шумом. Среди всех пациентов слушают громкую музыку, музыку в наушниках – 494 (73, 4%) проанкетированных. В 1- й группе – 74 (69, 3%) человека, во 2-й группе – 86 (64, 2%) человек, в

3-й группе – 187 (72%), в 4-й группе - 157 (91, 4%). Влияние шума на качество жизни, по десятибалльной системе. в среднем в 1. 94 ± 0.28 баллов.

Выволы

1). Практически половина проанкетированных детей (47, 9%) ощущают шум в ушах. 2). Количество детей, часто слушающих громкую музыку, музыку в наушниках увеличивается в старших возрастных группах одновременно с ростом частоты ушного шума. 3). Степень влияния ушного шума на уровень жизни детей относительно невысока (1, 94 \pm 0, 28 баллов). 4). Анкета для мониторинга ушного шума среди детского населения информативна и применима для выявления данной патологии, что позволит своевременно предпринять необходимые меры, направленные на снижение интенсивности, улучшение переносимости шума и повышение качества жизни у пациентов.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

О ВОЗМОЖНОСТЯХ КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕФРАКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ

Уряшева М.А. орд. 1-го года каф. офтальмология №1 Руководитель темы: *Корелина В.Е.* доц. каф. офтальмология №1, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Большая часть пациентов с офтальмологической патологией – люди с аномалией рефракции. Существуют разные способы коррекции аметропии. Самый распространенный способ – очковая коррекция, который имеет свои недостатки: давление на спинку носа, ограничение бокового зрения, нарушение стереоскопического зрения и пространственного восприятия, не могут быть использованы людьми некоторых профессий, косметический недостаток. Мягкие контактные линзы требуют соблюдения правил личной гитиены и тщательного ухода, при невыполнении которых могут возникнуть инфекционные, механические, гипоксические, токсико-аллергические осложнения. В связи с многочисленными недостатками традиционных методов коррекции, большую популярность и востребованность имеют методы рефракционной хирургии. В России в настоящее время широкую популярность имеют фоторефракционная кератэктомия (ФРК) и LASIK.

Помимо видимых достоинств (коррекция всех видов аметропий, операция в режиме «1 дня», высокая прогнозируемость результатов, отсутствие глубокого хирургического вмешательства), существует также и ряд осложнений этих методик. При ФРК возможны следующие осложнения: помутнения роговицы, инфекционные осложнения, рецидивирующие эрозии. При технике LASIK возможны осложнения как в ходе операции – тонкий лоскут, неполный срез, эксцентрично расположенный лоскут; так и в послеоперационном периоде – смещение, складки лоскута, врастание эпителия под лоскут, диффузный ламеллярный кератит, ягрогенный кератоконус, регрессия рефракционного результата.

Пель

Определить количественное и качественное соотношение осложнений после рефракционной хирургии, а также возможные методы их коррекции.

Материалы и метолы

На базе рефракционного отделения Офтальмологической Клиники ГБОУ ВПО СЗГМУ имени И. И. Мечникова было осмотрено 38 пациентов. Пациентам были проведены методики визометрии, авторефрактометрии, кератотопографии, биомикроскопии, пахиметрии.

Полученные результаты

Из 38 осмотренных пациентов диагноз кератоконус различной степени тяжести был поставлен в 32 случаях, из которых постLASIКкератэктазии составляли 14 случаев (43%). Также были диагностированы такие осложнения как, врастание эпителия в интерфейс – 2 случая, гиперметропический сдвиг – 1, складки лоскута – 1, диффузный ламеллярный кератит – 1, регресс рефракционных результатов – 9.

Выволы

В связи с возросшим количеством данных операций часть пациентов не только не получили ожидаемые результаты (повышение остроты зрения), но и столкнулись с рядом негативных последствий, таких как, снижение зрения по сравнению с исходной и отсутствие возможности ее коррекции, нарушение бинокулярного зрения, диплопия и пр. Одним из способов лечения такого осложнения, как ятрогенный кератоконус является кросслинкинг — перекрестное связывание роговичного коллагена при помощи фотоактивированного распада внедренного в ткань роговицы раствора рибофлавина.

МОНИТОРИНГ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ТЕХНИЧЕСКИХ ВУЗОВ

Стегунова Н.А. 5к. 1506гр. ЛФ, Сунгурова Н.А. 5к. 1506гр. ЛФ Руководители темы: Нугуманова А.М. доц. каф. офтальмология, к.м.н., Хамитова Г.Х. асс. каф. офтальмология, к.м.н.

КазГМУ, Казань

Актуальность

Ha сегодняшний день хорошо известно, что близорукость является мультифакториальной аномалией рефракции. Причинами ее возникновения являются врожденные нарушения зрительной системы, главным образом наследственность, и влияние внешних факторов. В образовательном процессе вуза задача профилактики нарушений зрения не решается. В период обучения в университете студент вынужден переносить большие психоэмоциональные нагрузки и стресс, что приводит к потери части адаптивных ресурсов и обусловливает возникновение зрительных расстройств. Основной причиной близорукости является умственное утомление и психическое напряжение, порождающее «физическое перенапряжение глаз».

Цель

Изучение состояния органа зрения и его коррекции у студентов технических вузов г. Казани.

Материалы и методы

Анкетирование студентов 3-4 курсов Казанского федерального университета и Казанского государственного архитектурно-строительного университета. Вопросы анкеты включали в себя изучение наследственного фактора, состояние зрительного анализатора (рефракции), величину зрительной нагрузки, методы коррекции, наблюдение за динамикой рефракции и частота посещений офтальмолога.

Полученные результаты

Было проанализировано 80 респондентов, из них, 34 юношей и 46 девушек в возрасте от 18 до 21 года. По результатам исследования, была выявлена тенденция к снижению зрения у студентов за время обучения в университете: так, зрение ухудшилось у 33% опрошенных (24% девушек и 9% юношей).

Изучение количества зрительной нагрузки, которую испытывают обучающиеся, показало, что высокую нагрузку, составляющую 6-8 часов в день (чтение, работа с ПК, просмотр ТВ), имели 35% опрашиваемых и умеренную (5-6 часов в день) - 49%.

Наследственный фактор так же имел большое значение в развитии близорукости, так как 66% опрошенных утверждали, что у их родителей имеется миопия (в 22% - у отца, 26% - у матери, в 18% случаях - у обоих родителей).

Анализ способа коррекции имеющейся близорукости показал, что очками пользуются 46% анкетируемых (девушек-30%, юношей-16%), контактными линзами - 54% (из них девушек-31%, юношей-23%). Среди опрошенных студентов, предпочитают очки контактным линзам по следующим причинам: высокая стоимость контактных линз – 22%; нет желания их носить – 35%; сложности в эксплуатации - 14%; страх побочных эффектов – 19%; другое – 10%.

Изучение количества посещений врача-офтальмолога лицами, имеющими близорукость, показало, что свое зрение проверяют и следят за его динамикой раз в полгода 19%, раз в году – 54%, раз в несколько лет – 27% опрошенных.

Выволы

- 3. Определена умеренная и высокая нагрузка на орган зрения (84%);
- 4. Фактор наследования миопии установлен в 66% случаях;
- 5. Увеличение степени близорукости установлено у 33% опрошенных (24% девушек и 9% юношей);
- 6. 4Очковый тип коррекции близорукости используют 46% анкетируемых (девушек-30%, юношей-16%), контактную коррекцию 54% (из них девушек-31%, юношей-23%);
- 7. Осмотр офтальмолога раз в году проходит только половина опрошенных студентов (54%), что также является усугубляющим фактором в плане остановки прогрессирования миопии.

ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА» У БОЛЬНЫХ ГЛАУКОМОЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ МЕСТНЫХ ГИПОТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ

Ваничкина А.Б. 6к. 646гр. ЛФ

Руководитель темы: Малеванная О.А. доц. каф. офтальмологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Актуальность рассматриваемой темы обусловлена наличием большого числа глаукомных пациентов, получающих консервативную терапию местными гипотензивными препаратами. Известно, что данная группа лекарственных средств обладает отрицательным воздействием на выработку слезы и стабильность слезной пленки, что, в свою очередь, приводит к развитию синдрома «сухого глаза» в качестве сопутствующей патологии.

Пель

Изучить частоту проявлений синдрома «сухого глаза» среди больных, использующих для снижения уровня внутриглазного давления местные гипотензивные препараты.

Материалы и метолы

Сбор материала осуществлялся в типичной городской поликлинике Калининского района Санкт-Петербурга при проведении диспансерного осмотра глаукомных пациентов. Исследование проводилось методом анонимного анкетирования, с помощью специально разработанного опросника, включающего ряд признаков, позволяющих сравнительно оценить как субъективные, так и объективные проявления синдрома «сухого глаза» у лиц, использующих один или несколько местных гипотензивных препаратов. Было опрошено 25 человек, в возрасте от 60 до 92 лет. Подавляющее большинство респондентов составили женщины (79%), мужчины — 21%. Длительность глаукомного процесса составляла на момент опроса 3 года и более.

Полученные результаты

Для снижения внутриглазного давления в исследуемой группе пациентов в большинстве случаев были назначены препараты, относящиеся к группе β-адреноблокаторов (47, 3%), реже использовались ингибиторы карбоангидразы (31, 6%). С одинаковой частотой было отмечено применение простагландинов и фиксированных комбинаций гипотензивных средств (в 26, 3% случаев). Независимо от используемых групп гипотензивных препаратов у всех опрошенных больных были выявлены признаки, свидетельствующие о наличии синдрома «сухого глаза». Наиболее распространенными оказались жалобы пациентов на ощущение дискомфорта, инородного тела и жжения в глазах (77, 4%), на слезотечение, непереносимость ветра, сухого и кондиционированного воздуха (54, 3%). Реже было отмечено появление светобоязни и колебаний остроты зрения в течение суток (20, 7%). При объективном осмотре чаще всего выявлялось уменьшение слезного мениска (95, 6%), гиперемия коньюнктивы (54, 2%), а также наличие локального отека коньюнктивы (41, 8%). Выявленные жалобы и данные объективного осмотра оказались более выраженными у пациентов, использующих несколько гипотензивных препаратов, кратность инстилляций которых превышала 1-2 раза в сутки.

Выволы

В ходе исследования было подтверждено, что консервативный метод снижения уровня офтальмотонуса у больных глаукомой остается наиболее приоритетным. Среди применяемых групп препаратов наибольшее предпочтение, на сегодняшний день, в реальной клинической практике отдается β -адреноблокаторам. На фоне длительного использования местных гипотензивных средств развивается синдром «сухого глаза», который, как правило, проявляется в легкой степени. Для повышения качества жизни больных глаукомой следует применять препараты, не содержащие в своем составе консервантов, а также использовать комбинированные лекарственные препараты, позволяющие сократить кратность инстилляций.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ БИОМЕТРИЯ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА СО СНИЖЕННОЙ ОСТРОТОЙ ЗРЕНИЯ

¹Калиев А.Н. 3к. 321"А"гр. Общая медицина

Руководители темы: 1 *Чемезов С.В.* проф. каф. оперативной хирургии и клинической анатомии, д.м.н., 3 *Заришняк Н.В.* асс. каф. нормальной и топографической анатомии,

к.м.н., 1 Закелова $H.Ю., ^1$ Джубаева Б.А. асс. каф. нормальной и топографической анатомии с курсом оперативной хирургии

1 - ЗКГМУ им. М.Оспанова, Актобе, Казахстан

2 - ОрГМА, Оренбург

3 - клиника "Айгерим"

Актуальность

Наиболее частым расстройством остроты зрения у студентов медицинских вузов является развитие миопии, реже развивается гиперпетропия. Прогрессирующая миопия, гиперметропия - это не безобидные дефекты зрения, а болезнь с серьёзными последствиями.

Пель

Целью нашего исследования являлось изучение в сравнительном аспекте функциональных и анатомических особенностей глазного яблока у студентов 1-го и 3-го курсов факультета «Общая медицина» ЗКГМУ им. М. Оспанова со снеженной остротой зрения.

Материалы и методы

Было проведено выборочное исследование 102 студентов 1-го и 3-го курсов факультета «Общая медицина»: І группа - 58 человек 1-го курса (75% женщин и 25% мужчин), ІІ группа - 44 человека 3-го курса (84% женщин и 16% мужчин), что составило 10% от общего числа студентов факультетов. Визометрия - исследование остроты зрения, проводилась по таблице Сивцева. В каждой группе согласно МКБ 10 были выделены три подгруппы: А − без нарушения остроты зрения; Б − с малой степенью слабовидения (0, 4-0, 7); В - со средней степенью слабовидения (>0, 1≤0, 3). Студентов с высокой степенью слабовидения выявлено не было. У студентов Б- и В-подгрупп (I и II группы) было проведено ультразвуковое исследование глазного яблока с использованием эхоофтальмоскопа марки «Е-Z Scan tm AB 5500 ОРНТНАLМІС ULRASOUND SCANER». В А-режиме были измерены следующие параметры глазного яблока: передне-задняя ось (ПЗО), поперечный диаметр (ПД), глубина передней камеры (ГПК), толщина хрусталика (ТХ). В Б-режиме была исследована эхогенная структура хрусталика, стекловидного тела, сетчатки, зрительного нерва.

Полученные результаты

По данным визометрии, средняя степень слабовидения была установлена у 7% студентов 1-го курса (IB гр.), на 3 курсе (IIB гр.) – таких студентов было выявлено в 2, 7 раз больше – 19, 5%. Количество студентов с малой степенью слабовидения в обеих группах было примерно одинаковое количество 16% и 13%. В группах IB и IIB у студентов с стационарной миопией происходило постепенное увеличением II3О глазного яблока - в IB группе на 0, 94±0, 07 мм. и во II В – на 1, 33±0, 48 мм в сравнении с показателями контроля. У студентов с гиперметропией в IБ и IIB группах отмечалось уменьшение II3О глазного яблока на 1, 62±0, 3 мм и на 1, 07±0, 03 мм в сравнении с контрольными данными. У студентов I, II групп Б и В подгрупп с гиперметропией и с II3О на уровне контроля выявлено увеличение размеров хрусталика в

среднем на 0, 48±0, 2 мм в сравнении с контролем. В группах IБ, В и IIВ с увеличением ПЗО глазного яблока (миопия) наблюдалось увеличение глубины передней камеры глаза – в среднем на 0, 59±0, 03 мм. В IВ гр. – в 7% и IIВ гр. – в 11% случаев отмечалась «инеевидная» дистрофия сетчатки. В одном случае, во IIВ группе у студента со стационарной миопией было выявлено одностороннее увеличение диска зрительного нерва.

Выводы

Основным нарушением рефракции у студентов 1-го и 3-го курса является развитие миопии (40, 5%) – истинной (с увеличением ПЗО, размеров передней камеры глазного яблока) и ложной (без изменений размеров глазного яблока). Увеличение передней камеры глазного яблока у студентов с истинной миопией, приводит к повышению внутриглазного давления и деструктивным изменения сетчатки («инеевидная» дистрофия сетчатки).

ЦВЕТОИМПУЛЬСНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ МИОПИИ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ У СТУЛЕНТОВ ИГМА.

Нефедова О.Н. 4к. 405гр. ЛФ

Руководитель темы: Егоркина С.Б. проф. каф. нормальная физиология, д.м.н.

ИжГМА, Ижевск

Актуальность

В период обучения в вузе студент вынужден переносить большие психоэмоциональные нагрузки. Умственная деятельность учащихся сопровождается повышенным психическим напряжением, что в условиях малой двигательной активности может быть причиной возникновения стресса и серьезных функциональных нарушений, одним из которых является миопия. В образовательном процессе вуза задача профилактики нарушений зрения не решается, несмотря на ее большую социальную значимость.

Пель

Изучение влияния цветоимпульсной терапии, как метода визуальной стимуляции для снятия эмоционального напряжения у студентов 2 курса ИГМА с миопией слабой и средней степени.

Материалы и методы

Исследования проведены на 10 студентах ИГМА (9 девушек и 1 юноша), имеющих миопию слабой (60%) и средней (40%) степени на оба глаза. Цветоимпульсную терапию проводили аппаратом визуальной цветоимпульсной стимуляции с биологической обратной связью для снятия эмоционального напряжения «АСИР». Воздействие осуществляли в течение 10 дней по 9-10 минут ежедневно с интервалом подачи светового сигнала 4 секунды. Всем студентам до и после исследования проводили контроль зрения, используя стандартный набор линз и таблицы Головина-Сивцева.

Полученные результаты

До исследования у всех студентов измеряли остроту зрения, оптическую силу и запас аккомодации. В группу для исследования были взяты студенты с миопией слабой и средней степени. У студентов с миопией слабой степени после сеансов цветоимпульсной терапии наблюдалось улучшение остроты зрения и оптической силы на 33, 3%, у остальных студентов этой группы данные показатели не изменились. В группе с миопией средней степени острота зрения после сеансов цветоимпульной терапии оставалась на прежнем уровне, но при этом у 75% студентов этой группы цветоимпульсная терапия приводила к улучшению оптической силы. У 80% студентов обеих групп наблюдалось достоверное увеличение запаса аккомодации.

Выводы

Таким образом, наиболее выраженные позитивные изменения остроты зрения наблюдались у студентов с миопией слабой степени, а оптической силы линзы— у студентов со средней степенью миопии.

Полученные результаты позволяют рекомендовать цветоимпульсную терапию лицам, профессиональная деятельность которых связана с высокой зрительной и психологической нагрузками (студентам в том числе).

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

Балглей А.Г. · 234

Балмагамбетова С.К. • 25, 27 Баннова С.Л. · 79 A *Баркаева В.А.* · 179 Барнаулов $A.O. \cdot 84$ $Абдулаев М.А. \cdot 86$ *Барнова Н.О.* · 186 Абенова Н.Е. · 62, 174 *Барсуков А.Ф.* · 233, 234, 236 Абумуслимова $E.A. \cdot 179.193$ Батаева К.Д. · 131 Авдеева Д.Н. · 57 Бачин О.И. · 180 Агарвал И.Р. · 131 Баяндурова К.М. • 28 Агафонова А.В. · 178 Баянова H.A. · 173 Агафонова А.С. · 193 Белова Е.А. · 75 Аджаматова И.Ш. 113 Белоногова Е. Ю. 112 Акмалова $P.B. \cdot 34, 40$ *Белоусов А.А.* · 232 Акулов Е.С. · 125 Белоусова А.А. • 221 Алекперов И.М. · 159 *Белоусова Л.Н.* · 51, 52 Алещик И.Ч. · 238 Бенкен А.А. · 149 Аликбаев Т.З. · 48, 237 Березовская О.А. 149 Алименко Ю.Н. · 100 Березуикий С.В. · 219, 231 Ангелова Е.М. · 198, 224 Бессолова Ю.Н. · 82 *Андреев В.Б.* · 102 Биято А.О. · 159 Андреевская М.В. · 149, 151, 152, 153, Богачева $A.B. \cdot 54$ 159, 167, 170 Бойко Л.Н. · 122 $Анисимов В.Н. \cdot 15$ Болдуева С.А. · 94, 97, 99 Антия А.Э. · 156 *Болиева Л.З.* · 108 Арасил А.М. · 171 Болотов К.Е. · 147 $Aрхипова A.B. \cdot 163$ Борейша Е.А. · 104 Ариимович В.В. · 114 Борисова Л.И. • 23 Арчегова Э.Г. · 108 Борисова Р.П. · 154, 155, 160, 163, Афанасьева М.Ю. · 107 168, 169, 171 $Aфлитонов M.A. \cdot 165$ Братилова Е.С. · 48 Aхметгареева $A.P. \cdot 161$ Бригадина Е.В. 35 Ахметели Т.В. · 196 Буланова О.И. · 42 Аширов А.А. · 190 Буравлева К.Р. • 102 Бусарин Д.Н. · 134, 142, 143

Б

Бабашко И.А. 142 Бажин С.Ю. 139 Байков Д.В. 165 Баймурзина А.Н. 59 Бакхати Б.-. 183 В

Вавилова К.В. 198, 214 Вавилова Т.В. 102 Ваничкина А.Б. 241 Вартанян Э.Э. 28 Варясина Т.Н. 138 Васильев О.Д. · 46, 131 Васильев Я.И. · 34, 41 *Васютин Е.С.* · 95 Вербовой А.Ф. · 194 Вереникина Б.И. 143 Веселова Е.И. • 64 Веселова Е.Н. • 55 Вишневецкая Т.П. 110 Вишникина Е.Д. 145 Водопьянова Е.С. 120 Войтенко A A · 165 Володин А.Т. · 213 *Воробей В.О.* 48 Воронина $C.O. \cdot 24$ Воронов В.А. · 235

Γ

 Γ абриелян Д.Р. · 154 Γ абриелян Л.Р. · 154 Γ аврилова $E.\Gamma$. · 34 Γ аврилова WO. 42 Гагиева З.А. · 108 Гайдуков С.Н. · 216 Гамидова С.Э. · 139 Гамидова Я.Н. 98 Гарифуллин Т.Ю. · 212, 215 Гасанова И.Г. · 86 Γ ашимова $A.P. \cdot 234$ Γ ерасименок Γ .A. · 165 Γ ерасимов Д.А. · 201 Гимбатова Д.Ш. · 85 Гиннятулина Р.И. · 194 Гиравова Ф.М. · 85 Глушенко В.А. · 33, 37, 39 Гоготова М.А. · 139 Гоев А.А. • 23, 210, 229 Голдобин В.В. · 105, 106 Гоменюк H.A. · 126 Гончарова К.И. 158 Горгадзе Д.Л. \cdot 189 Горзий Т.С. · 136 Гребенникова A.C. · 136 Γ ригорьева $E.\Gamma$. · 142 Григорьева Я.В. · 61, 71

Грицук А.А. · 162 Гуламова О.С. · 158 Гусева Н.П. · 28 Гуслев А.Б. · 219, 223, 231

Д

Давиденко А.В. · 176 Давыдова О.В. · 43, 47 Π анилов $B.P. \cdot 142$ Девяшин А.С. · 142 Дедюхина М.А. · 196 Демченко Д.Ю. · 235 *Пенисенко А.Е.* · 95 Дженалаев Б.К · 122 Джериева И.С. · 89, 90 Джубаева Б.А. • 242 Дзендор М.А. · 37 Добрицина А.Н. · 188 Должикова О.В. 166 Домащенко Р.Р. · 65 Дорошенко Е.М. · 43, 47 Доиенко В.А. · 61, 66, 67 Дюков $A.K. \cdot 202, 230$

\overline{E}

Евдокимова Л.С. 143
Евсеев П.Ю. 84
Евсеевич М.С. 92
Евсеенкова Т.А. • 75
Егоркина С.Б. • 29, 42, 127, 243
Егоров Г.Ю. • 50, 55, 95
Егорова А.А. • 149, 157
Егорова В.А. • 175
Елькин А.В. • 84
Еремич Д.Г. • 34
Ермина М.Ю. • 151
Ермоченко М.А. • 143
Ерофеев Н.П. • 161, 162, 164
Ершов Д.Е. • 121, 124
Ершова А.И. • 131

Ж

Желонкин А.Р. · 164 Живицкий В.Н. · 177, 182 Жигалов В.А. · 111

3

Завалинич *X.B.* · 67 Загородникова К.А. 97, 109, 110 Заева А.С. · 161 Зайнчуковский М.С. · 235 Зайиев В.В. · 97 Закелова Н.Ю. · 242 Закиров И.Р. · 181 Закондырин Д.Е. • 215 Закревский В.В. • 68 Зарипова З.А. · 35, 36, 38 Заришняк Н.В. · 122, 242 Засеева М.Т. · 53 Затолокина M.A. · 201, 216 Захарова О.В. • 94, 99 Зелионко А.В. · 176 Зикеева Е.В. · 110 Зогби М.М. · 168 Золотых И.В. · 192 Зыкова В.А. · 117

И

Иванов С.В. 49
Иванова А.А. 197, 216
Иванова Е.В. 118, 120
Иванова К.Н. 138
Иванова М.С. 58
Иванова О.В. 125, 233
Ильющенко Н.С. 91
Ильясов С.Ю. 173
Ильясова Ю.С. 173
Имагазалиева М.А. 85
Инютина Я.А. 77, 83
Исса Н.А. 150
Исурина А.С. 92

K

Кадиева Л.С. · 85 Казариева Н.В. · 77, 83 Калиев А.Н. · 242 Калинина Е.С. 165 *Каллагова* 3.Э. · 187 Каменева Н.С. · 128 Карашук Н.П. · 74, 123 Каркачева Е.С. • 234 Карякин A.C. · 181, 186 Касторнова А.Е. · 45 Каширская А.С. · 166 Ким Л.А. • 27 Киселева Л.И. · 80 Киселёва М.В. · 74, 75 Ключарева $C.B. \cdot 75$ Князев А.Д. · 42 Кобчикова И.Е. · 106 Ковалева Р.Г. · 82 Коваленко А.Д. 129 Ковшов A.A. · 72 Кожеко И.В. · 117 Козедуб В.А. · 187 Козловска А.А. • 222 Кокорева С.П. • 77 Кольиов Д.С. \cdot 60, 70 Комар В.О. · 26 Комарова Н.И. 113 Комиссарова И.В. • 102 Кондакова М.Н. · 82, 84 Кондрачукова $C.A. \cdot 190$ Кононенко И.А. · 63, 64, 65 Константинова А.Е. · 48 Копчак $\mathcal{I}.B. \cdot 68$ *Корелина В.Е.* 239 Корешева А.О. · 110 *Коробова В.Н.* · 100 *Королёв Ю.Н.* · 158 Короленко M.C. · 87, 105 Коростелев Д.С. • 143 Коротченко Е.С. · 45 Косенко В.А. · 50, 55, 95 Костюкевич С.В. · 15, 19, 125 Костюкович С.В. · 189, 238 Костяхина $\Gamma.A. \cdot 29$ Косякова К.Г. · 128, 132

Котлова В.Б. · 83 Котлова К.Д. · 145 Котова А.А. 89, 90 Кои И.С. 118 Кочин А.П. · 180 Кошелева М.И. 129 Кощеев А.В. • 219, 223, 231 Крохмалев $C.A. \cdot 188$ Круглов С.В. · 146 $Крышень К.Л. \cdot 45$ Крюкова Т.В. · 112 Кубышкина Н.А. · 148, 150, 156 Кудлахмедов Ш.Ш. 165, 186 Кузнецов О.А. · 39 Кузнеиова О.Ю. · 172 Куклева А.Д. • 144 Кулешова А.В. • 115 Купиов Н.А. · 134 Курзина $H.\Pi. \cdot 168$ Кутлубаева О.А. • 78 Kутузова $A.A. \cdot 28$ Куцало Л.М. · 180 Кущанова А.М. • 122

Л

Лазарева С.Ю. · 205, 206, 211, 217, 220 *Лаптева Д.С.* · 178 Ластовская Е.А. • 103 Лемехов В.Г. \cdot 121, 124 *Леонова И.А.* · 93, 102 Лим А.И. · 102 Липатов В.А. · 201, 216 $Литвякова H.A. \cdot 146$ $Лойко E.A. \cdot 201$ *Лопатин 3.В.* · 56, 186 $Лукина Л.Ф. \cdot 191$ $Луккина Т.Н. \cdot 49$ Лукьянов $C.A. \cdot 213, 228$ Лучкевич В.С. · 177, 188 Лучкин А.Н. · 219, 223, 231 Лущай В.В. · 40 Ляпоркина A.C. · 64

\boldsymbol{M}

Магеррамова Φ .К. · 166 Макаренко И.Е. · 125 Малеванная O.A. · 241 *Малеев Ю.В.* · 104, 205, 206, 211, 217, 220 Малышева М.И. · 134 *Малькова Н.Ю.* · 69, 73 Мамошина E.A. · 233, 236 $Mарова H.Г. \cdot 34$ $Мартынюк A.B. \cdot 172$ Матвеев С.А. · 191 *Махнов А.П.* · 92 $Мельников A.C. \cdot 198$ *Мерляк Ю.Г.* · 189 *Милушева* Γ *.М.* · 119 Mихайлова $E.\Gamma. \cdot 75$ *Михин В.П.* · 100 Mихнюк $A.O. \cdot 51, 52$ *Мишагина Ю.Ю.* · 169 $Mouceeва E.A. \cdot 134$ *Мокрова Е.В.* · 110 *Морарь А.С.* ∙ 65 *Морозько* П.Н. \cdot 191 $Mocuйчук Л.В. \cdot 60$ Mоскалев M.A. · 46 *Мохова О.Г.* ∙ 76, 78 Мысаев А.О. · 190 Мяснянкин М.Ю. · 121, 124

H

Неженцева Е.Л. · 21, 22 Некрасова Д.А. · 29 Нестеренко К.А. · 156 Нестеров И.М. · 31 Нефедова О.Н. · 243 Нехаева Я.И. · 43, 47 Нечаева О.С. · 74 Николаева А.Э. · 137 Новикова Н.В. · 201 Носков С.Н. · 115, 117 Носов Н.А. · 39 Нугуманова А.М. · 240

Нургалиева В.К. · 195

0

Обуховская А.С. · 113, 114, 120 Овсянникова С.В. · 78 Оганезова И.А. · 49 Оганесян Э.Г. · 131 Оганнисян А.С. · 114 Омарбаева С.М. · 174 Оришак Е.А. · 131 Орлова А.А. · 137 Останина Ю.В. · 162 Очеленкова Н.В. · 166 Ошмяна С.В. · 26

П

Павлова Р.Н. • 43 *Паканин О.А.* · 140 Пахомов А.А. · 198 Першина A.C. · 121, 124 Петрова $B.A. \cdot 150$ Петрова В.Б. · 94, 99 Петрова И.В. · 116 Петрова Л.Н. \cdot 118 Π етрова Н.Н. · 237 Π етухова $E.H. \cdot 31$ Печеникова В.А. · 24 Пивоварова $\Gamma.M. \cdot 181, 183, 184, 185,$ 186, 192 Пискарева Γ .П. · 72, 184 Плоцкий $A.P. \cdot 29$ Повалюхина Е.С. · 132 Погребняк $A.A. \cdot 135$ Погромская М.Н. · 80, 81, 87, 88, 105 Подсевалова И.В. • 144 Полонская И.И. • 91 Π олухина $H.\Gamma$. · 63 Полякова $T.C. \cdot 41$ Понная В.А. · 46 Поночевная Н.В. • 157 Попов А.С. · 46 Π опова $O.Л. \cdot 58$

Портнова Н.А. 186 Порубель А.В. 95 Постникова Я.С. 153 Прищеп И.В. 23 Прокудина О.А. 22 Прохоренко Д.Р. 55 Проценко А.Р. 43 Прудников А.И. 177, 182 Пугач П.В. 141 Пунченко О.Е. 130 Пэтайчук А.Г. 98

P

Рафикова Р.Р. · 190 Рахметова К.У. · 195 Ревенков В.А. · 141, 170 Решетин А.А. · 130 Рисман Б.В. · 204, 210 Романенко Е.И. · 69, 73 Романова Я. Ю. · 112 Романовский С.А. 189 Руднева $\Gamma.\Pi. \cdot 85, 86$ $Рукленок A.O. \cdot 67$ Руслякова И.А. 34 *Рустамов* Г.Ш. ⋅ 86 Рутенбург Г.М. · 219, 223, 231 *Рындина О.П.* · 142 Рысев Г.А. · 159 Pыхлиикая $A.B. \cdot 26$ Ряснянский В.Ю. 56

0

Сабо Ю.С. · 104 Сабуева Д.Г. · 148 Савоневич Е.Л. · 26 Саин Р.С. · 25 Сакович Е.К. · 205, 206, 211, 217, 220 Самодова И.Л. · 175, 187 Самойлова В.П. · 216 Сампсонов А.С. · 119 Самсонова Т.В. · 178 Сапронова О.С. 205, 206, 211, 217, 220 Саранцева Л.Е. • 101 *Caymuнa Ю.П.* · 238 Саченко В.И. · 111 Свиридова Л.С. • 15 Семенов $\Gamma.A. \cdot 163$ Семенюк A.B. · 88 Семилетова Ю.В. · 121, 124 Сиби В.М. · 185 Сигуа Б.В. • 200, 202, 230 Сидоров В.А. 200, 213, 231 *Силин А.В.* · 15 Симоненко С. Γ . 160 *Сиротко М.Л.* · 194 Скворцова Т.Э. · 48 Скипский И.М. · 54 Смирнов А.А. 198, 200, 202, 204, 208, 209, 210, 212, 213, 219, 222, 223, 224, 226, 227, 228, 229, 230, 231 *Смольский В.В.* · 234 Сморчков В.С. · 205, 206, 217, 220 Снигирева Е.В. · 81 Соколова $\Pi.A. \cdot 169$ Соколовская Д.М. 130 Сорокин Р.А. · 146 Сосин Д.С. • 177, 182 Спасенов Д.В. · 188 Спасюк В.А. · 26 Cnecuseu H.A. · 148 Спиридонов П.Ю. \cdot 69, 73 Cтародумова $A.A. \cdot 122$ Старчик Д.А. · 140 Стегунова Н.А. • 240 Степанов А.С. · 126 *Стрелков Д.Н.* · 152 Стремилова Я.А. · 21, 22 *Ступин В.В.* · 207 Султанова Φ .М. · 198, 200, 202, 204, 208, 209, 210, 212, 213, 219, 223, 224, 226, 227, 228, 229, 230, 231 Cунгурова $H.A. \cdot 240$ Сурикова А.С. ∙ 61, 71 Суслин С.А. ∙ 194 Счастливцев К.В. • 190 Сыромятникова Е.В. • 66

Сырцова М.А. · 57

\boldsymbol{T}

Тагирбекова А.Р. · 85, 86 Тажибаева Д.С. • 59 Тайи А.Н. 197, 198, 199, 214, 221, 224 $Тарасюк A.A. \cdot 38$ *Татаркин В.В.* · 198, 200, 202, 204, 210, 212, 213, 219, 222, 223, 224, 227, 228, 229, 230, 231 *Теличко С.И.* · 79 *Терехов А.И.* · 177, 182 *Терехов А.Ю.* · 141, 170 Тимонина О.И. · 107 Тишенко Е.М. · 189 *Торопова Д.С.* · 204, 210 Трембова H.C. · 55 Третьякова H.C. · 98, 101 Трифонов А.В. • 132 $Трофимова E.A. \cdot 89, 90$ Трофимова С.Р. · 42 *Туктаров А.М.* · 162 Tурдунова Γ .K. · 62 *Тюрина И.Д.* · 205, 206, 211, 217, 220 Тюрина H.C. · 207 *Тягунов Д.С.* · 177, 182 Тяпкина С.А. · 187

\mathbf{y}

Умаров П.В. · 228 Уряшева М.А. · 239 Усачева Е.А. · 104 Усов С.Б. · 181 Устинкина В.М. · 167 Учанина О.В. · 190 Ушакова Л.В. · 70, 71, 72

Ф

Феськова Д.В. · 33 Филимонова Г.Ф. · 143 Филиппова Е.В. · 156 Фоменко А.И. · 89, 90

\overline{X}

Хаббус А.Г. · 74 Хамитова Г.Х. · 240 Харченко А.Н. · 77, 83 Хисматулина С.Р. · 59 Хисметова З.А. · 174 Ховалко М.М. · 190 Холопова В.Е. · 102 Хотей А.П. · 26 Храбриков А.Н. · 232 Храброва М.В. · 49 Хубларова Э.А. · 93, 97 Худайбердина К.М. · 174 Хутиев Ц.С. · 53

Ц

Царахова Ф.В. · 108 *Цыбульская И.А.* · 222

Ч

Чащин В.П. · 70, 71 Чеклюева М.В. · 199 Чемезов С.В. · 242 Черепанов Д.Ф. · 223 Черная Ю.В. · 136, 138 Чернова Н.А. · 102 Черных А.В. · 205, 206, 211, 217, 220 Чертов А.Н. · 103 Четырин В.В. · 109 Чижова А.С. · 153 Чуносова Т.Н. · 134, 135, 136, 137, 138, 140, 142, 143, 145, 146, 147 Чуркова М.Л. · 125

Ш

Шабанова Р.И. · 55 $Шавлюк П.М. \cdot 189$ Шаймуллин Д.Р. 127 Шакеров Э.А. 223 $Шакуро M.A. \cdot 35$ *Шапкунова А.И.* · 187 Шарипова Л.Г. • 42 Шатнева Ю.А. · 102 *Шахбанова А.М.* · 86 *Шашникова А.А.* · 89, 90 Швайченко E.C. · 63 Шевцов А.Н. 205, 206, 211, 217, 220 Шевиова В.И. 205, 206, 211, 217, 220 *Шевиова М.А.* · 136, 138 *Шемякина Н.С.* · 34, 40 Шикасюк В.П. 238 *Ширяева А.И.* · 49 Шихмагомедов Ш.Ш. 147 Шишкина Т.Б. · 152 *Шкурко С.Д.* · 36, 155 *Шлык Д.Д.* · 207 Шостак Д.П. · 31 Шvмков $B.A. \cdot 97$ *Шуркус Е.А.* · 134, 139

Щ

Щавинская А.В. 139 Щёголев А.И. 204, 210 Щелкунов П.Н. 167 Щикунова Н.А. 138

Ю

Юбрин Н.Н. · 186

Я

Яикова Н.Р. · 127 Яковлев Е.В. · 212 Яковлев И.В. · 68 Яковлева О.В. · 221 Якулькин Е.А. · 189 Якушева Н.В. · 207 Ялфимов А.Н. · 123 Янгелова Н.Л. · 76 Янчарук М.В. · 57

«МЕЧНИКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ-2014»: МАТЕРИАЛЫ 87-Й КОНФЕРЕНЦИИ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА 23-23 АПРЕЛЯ 2014 г.

«ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ»: МАТЕРИАЛЫ 2-Й НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ 24 апреля 2014 г.

Часть І

Компьютерная верстка М.В.Воронцов, В.Н.Анисимов.

При поддержке «федерации представителей молодёжных научных обществ медицинских вузов»

http://fvssmu.ru/mechnikov-conf-2014

Секретариат конференции «МЕЧНИКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ- 2014» – секретарь конференции И.В.Подайко; председатель Совета СНО А.В.Анисимов; Д.С. Сосин, Д.С.Тягунов, Г.В.Петрищева, К.И.Ступина, С.В.Чан, Я.Б.Цололо.

Секретариат конференции 2-й научно-практической конференции молодых ученых и специалистов «ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ» — Авалуева Е.Б., Иванов С.В., Кондрашова М.В., Мациевский Н.А.

Подписано в печать 08.04.2014 г. Формат бумаги 60х84 1/16. Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman. Печать офсетная. Усл. печ. л. 14,65. Тираж 300 экз. Заказ № 139.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И. И. Мечникова 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.