МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ 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 II

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 научно-практической конференции молодых ученых и специалистов. Часть II / под ред. д.м.н. А. В. Силина и д.м.н. С. В. Костюкевича. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014. – 268 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 судебно-медицинской 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 ОПЦ; Медицинский университет Астана, Астана, Казахстан; Медико-санитарная часть ГУВД Санкт-Петербурга и Ленинградской области; Научно-исследовательский 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 университет; Санкт-Петербургский Государственный Политехнический Университет, Санкт-Петербургский государственный университет; Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, СПб ГКУЗ Диагностический 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.

© СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ **16**
АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКИХ **16**
ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА **17**
ЗОБ ХАШИМОТО И РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ **18**
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ **20**
РОЛЬ ЛОКАЛЬНОГО СТАРЧЕСКОГО АМИЛОИДОЗА В ПАТОГЕНЕЗЕ СТАРЧЕСКОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ **21**
РОЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА ЗА 2010-2012 ГГ. В Г. ИЖЕВСКЕ. **22**
СОПОСТАВЛЕНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО И ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ **23**
СОЧЕТАНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА И РАКА ЛЕГКОГО **24**
ТУЧНЫЕ КЛЕТКИ В МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСАХ КОЖИ **25**
ФИБРОКИСТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ **26**
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ **27**
ВЛИЯНИЕ ДЭНС-ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И СИАЛОВЫХ КИСЛОТ ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ ДИАБЕТЕ **27**
ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ В КРОВИ САМЦОВ БЕЛЫХ КРЫС В ДИНАМИКЕ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА. **28**
ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИЛЫ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ **29**
ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КРЫС КРЫС ПОД ВЛИЯНИЕМ ЭТАНОЛА **30**
ИССЛЕДОВАНИЕ КОРЫ МОЗЖЕЧКА У КРЫС В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЭТАНОЛА **31**
ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У ЛЮДЕЙ С ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ БАЛАНСОМ В УСЛОВИЯХ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА **32**
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ МОНОАМИНОВ В ГИПОТАЛАМУСЕ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ САМЦОВ БЕЛЫХ КРЫС В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ. **33**
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ МОНОАМИНОВОГО СОСТАВА В ГИПОТАЛАМУСЕ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ САМЦОВ БЕЛЫХ КРЫС В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ. **33**
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЮДЕЙ С ТИПОМ ТЕМПЕРАМЕНТА "ПРОМЕТЕЙ" **34**

УСТОЙЧИВОСТЬ К ГИПОКСИИ У СТУДЕНТОВ С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ 35
УСТОЙЧИВОСТЬ СТУДЕНТОВ К РАЗЛИЧНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ 36
ФОРМИРОВАНИЕ АДАПТИВНОЙ РЕАКЦИИ У ЛЮДЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАСКУЛИННОСТИ-ФЕМИНИННОСТИ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА 37
ПЕДИАТРИЯ 38
БОРЬБА ЗА ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ 38
ВАКЦИНАЦИЯ - О РЕАЛЬНОСТИ УГРОЗЫ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 39
ДИЕТОТЕРАПИЯ И «ЛАКТОЗАР» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ 40
ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 41
ПРЕМОРБИДНЫЙ ФОН И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ. 41
ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ МИОДИСТРОФИЯ ДЮШЕННА У ДЕТЕЙ 43
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА У ДЕТЕЙ 44
СИНДРОМ БЛОХА-СУЛЬЦБЕРГЕРА У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) 45
ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ И ГУМАНИТАРНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЛАТЫНИ 46
СЕМАНТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ КАК ИННОВАЦИОННЫЙ ПРИЕМ ЗАПОМИНАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЛЕКСИКИ В КУРСЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА 46
ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ 47
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ. 47
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПРИМЕРЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МНПЦ НАРКОЛОГИИ 48
НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. 49
НОВЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ЗДОРОВЬЕ ОБЩЕСТВА 50
ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ 51
ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СИФИЛИСА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА 52
ОЦЕНКА ОТНОШЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ К ПРОБЛЕМАМ ПСИХИАТРИИ 53
ПРИЕМ ПАЦИЕНТАМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРЕПАРАТОВ БЕЗ НАЗНАЧЕНИЯ ВРАЧА 54

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛИТЕРАТУРНЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. **55**
СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО **56**
БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА И МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В КОСМЕТАЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ **56**
ДОВРАЧЕБНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ВЫЯВЛЕНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ - ПОЛИКЛИНИКИ **57**
СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ **58**
«ОБЩЕСТВО ПОТРЕБЛЕНИЯ», КАК ФАКТОР ТРАНСФОРМАЦИИ ЦЕННОСТНОГО МИРА ЧЕЛОВЕКА В ФИЛОСОФИИ ЖАНА БОДРИЙЯРА **58**
ВЗАИМОСВЯЗЬ НАУКИ И ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЕЙ **59**
ГУМАНИЗМ ФИЛОСОФСКИХ ВЗГЛЯДОВ ВЛАДИМИРА СОЛОВЬЁВА. **60**
ДУХОВНЫЙ КРИЗИС И БУНТ В ФИЛОСОФИИ АЛЬБЕРА КАМЮ **61**
ЗНАЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ ЗАКОНОВ ДИАЛЕКТИКИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ **62**
ИСТОРИКО-ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ ПОНЯТИЯ «СЛУЧАЙНОСТЬ» **62**
МУЗЫКА И ПОСТМОДЕРНИЗМ. **63**
НАЗВАНИЕ: ЖИЗНЬ И СМЕРТЬ В ТВОРЧЕСТВЕ Ф. М. ДОСТОЕВСКОГО И Л. Н. ТОЛСТОГО **64**
ПОЗИТИВНАЯ ЕВГЕНИКА: ДОБРО ИЛИ ЗЛО? **65**
ПРАВИЛО КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ: ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ. **66**
ПРОБЛЕМА ЖИЗНИ И СМЕРТИ В ДУХОВНОМ ОПЫТЕ ЧЕЛОВЕКА **67**
ПРОИСХОЖДЕНИЕ ЖИЗНИ КАК ЭКСПЕРИМЕНТ ДЛИНОЮ В ВЕЧНОСТЬ. **68**
РОЛЬ ИДЕЙ ЭПОХИ ПРОСВЕЩЕНИЯ ВО ФРАНЦУЗСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ **69**
РОЛЬ ОНТОЛОГИИ В СТАНОВЛЕНИИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ. **70**
СОКРАТ И ДОКТОР ХАУС О НЕОБХОДИМОСТИ КОНФЛИКТА: «ВЕЖЛИВОСТЬ СИЛЬНО ПЕРЕОЦЕНИВАЮТ» **71**
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ РЫНКОВ РЕСУРСОВ В ЕВРОПЕ, АЗИИ И АМЕРИКЕ (НА ПРИМЕРЕ РОССИИ, ГЕРМАНИИ, КИТАЯ И США) **72**
СУИЦИД КАК ОНТОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛИЧНОСТИ **73**
ФЕНОМЕН МУЗЫКИ В ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА **74**
ФИЛОСОФИЯ МУЗЫКИ РИХАРДА ВАГНЕРА **75**
ФИЛОСОФСКИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МЕДИЦИНЕ НА ЗАПАДЕ И ВОСТОКЕ. **76**
ФИЛОСОФСКИЙ И МЕДИЦИНСКИЙ ВЗГЛЯД НА ПОНЯТИЕ «ДУША» **77**
ФИЛОСОФСКИЙ ПОИСК ОБЩЕСТВЕННОГО ИДЕАЛА **78**
ФИЛОСОФСКОЕ ОСМЫСЛЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ **79**
ФОРМИРОВАНИЕ САМОИДЕНТИФИКАЦИИ В РАМКАХ МЕМОРИЗАЦИИ СЕМЕЙНОЙ ИСТОРИИ. **80**
ХАОС - ОСНОВА ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПРОЦЕССОВ САМООРГАНИЗАЦИИ И УПОРЯДОЧЕННОСТИ. **81**
ХОЛИЗМ КАК АЛЬТЕРНАТИВНОЕ ВИДЕНИЕ МЕДИЦИНЫ **81**

ХРИСТИАНСТВО И РУССКАЯ ФИЛОСОФИЯ В ТВОРЧЕСТВЕ Л. Н. ТОЛСТОГО **82**
ЭКЗИСТЕНЦИАЛИЗМ И СВОБОДА ЛИЧНОСТНОГО БЫТИЯ **83**
ЭКСЕГЕТИЧЕСКИЕ КОММЕНТАРИИ К НЕКОТОРЫМ МУЗЫКАЛЬНЫМ И МЕДИЦИНСКИМ ТЕРМИНАМ **84**
ЭТИКА КАНТА И ОСНОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ **85**
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА **86**
АНАЛИЗ СМЕРТЕЙ ОТ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИМИ И ПСИХОТРОПНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ В 2011 ГОДУ **86**
АНАЛИЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВОДИТЕЛЕЙ, ПОГИБШИХ ПРИ ДТП **87**
АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ И УРОЛОГИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. **88**
БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОСМЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА **89**
БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОСМЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА. **89**
ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ СПБ ГБУЗ БСМЭ **90**
ИНФОРМАЦИОННАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РЕЛЬЕФНОСТИ КОСТНЫХ ОСКОЛКОВ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ **91**
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА КАК ПРИЧИНА СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ ПО ДАННЫМ БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ САНКТ – ПЕТЕРБУРГА **92**
КОНСОЛИДИРОВАННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ И ХРЯЩЕЙ ГОРТАНИ КАК СОПУТСТВУЮЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ТРАВМЕ ШЕИ **93**
МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ КАК ИСТОЧНИК ДОКАЗАТЕЛЬСТВ В УСТАНОВЛЕНИИ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ **94**
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ КОМБИНИРОВАННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ БАРБИТУРАТАМИ И ИНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ ПСИХОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ **95**
САМОУБИЙСТВА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПУТЕМ ПОВЕШЕНИЯ **96**
СМЕРТЕЛЬНЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ В СТРУКТУРЕ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2013 ГОДУ. **97**
СОСТОЯНИЕ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КРИМИНАЛИСТИКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ **98**
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЙ, ПРИЧИНЕННЫХ БИТАМИ ДЛЯ ИГРЫ В БЕЙСБОЛ (ПО МАТЕРИАЛАМ МЕДИКО-КРИМИНАЛИСТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ). **99**
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТРАВЛЕНИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2012 ГОДУ **100**
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ АНАЛИЗ СУИЦИДОВ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 2010-2013 ГОДЫ **101**

ЭКСПЕРТНАЯ РАБОТА НА КАФЕДРЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ ВМЕДА В 2013 ГОДУ **102**
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ **103**
ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ЛЕГГ-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА **103**
АЛЛОПЛАСТИКА ДИСТАЛЬНОГО СУХОЖИЛИЯ ДВУХГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА **104**
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ АРТРИТОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА **105**
К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ПОЛИЛОКАЛЬНОЙ ФОРМЫ ОСТЕОМИЕЛИТА **106**
КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ФИЗИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТРОЗОМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА. **107**
ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА **108**
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АДГЕЗИВНЫМ КАПСУЛИТОМ ПЛЕЧА. **109**
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЕГО ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ. **110**
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА OSTEOSET ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ КОСТНЫХ ПОЛОСТЕЙ **110**
ПРОГНОЗ И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. **111**
УРОЛОГИЯ **112**
АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ **112**
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ДОПЛЕРА С ЦВЕТНЫМ КАРТИРОВАНИЕМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. **114**
ПРИМЕНЕНИЕ МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОЧКАХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ **115**
ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ И СИНДРОМОМ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ. **116**
РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ **116**
РОЛЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЧЕЧНОГО СОСОЧКА В ПАТОГЕНЕЗЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ **118**
ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА **119**
ВЛИЯНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА НА ЗДОРОВЬЕ РАБОТАЮЩИХ **119**
МЕТАЛЛЫ В ПИТЬЕВЫХ ВОДАХ Г. ИВАНОВО И ОЦЕНКА РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ **120**

ОЦЕНКА ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ ПОЧВ ГОРОДА ХОЛМСКА **121**
ПЫЛЬЦА ДЕРЕВЬЕВ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ **122**
ФАРМАКОЛОГИЯ **123**
АНТИДИАБЕТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ НОВОГО ИНКРЕТИНОМИМЕТИКА ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ IN VIVO И IN VITRO. **123**
ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ РЕГУЛОН И РИГЕВИДОН НА СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ. **123**
ВЛИЯНИЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ НА ЦИРКАДНЫЕ РИТМЫ **124**
КОРРЕКЦИЯ ПРО- И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ У ЖЕНЩИН **125**
МОДЕЛИРОВАНИЕ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ **126**
МОДЕЛИРОВАНИЕ СКРЫТОГО (ЛАТЕНТНОГО) САХАРНОГО ДИАБЕТА У МЫШЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЫСОКОКАЛОРИЙНЫХ ДИЕТ **127**
МОДЕЛИРОВАНИЕ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ИШЕМИИ МИОКАРДА. **128**
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИНГИБИТОРА ФИБРИНОЛИЗА В ТЕРАПИИ УРГЕНТЫХ НЕГРАВИДАРНЫХ МЕТРОРАГИЙ **129**
ПРИМЕНЕНИЕ УЛИПРИСТАЛА АЦЕТАТА В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ **130**
ХИРУРГИЯ **131**
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ **131**
БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ НА УРОВНЕ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ **132**
ВЕЛИЧИНА КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА СОННОЙ АРТЕРИИ КАК МАРКЕР ТЯЖЕСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА **133**
ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА **134**
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРОФИЛАКТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ **135**
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. **136**
ДОСТУП ПО Н. И. ПИРОГОВУ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В ПРОЕКЦИИ ЩЕЛИ КОЛЕННОГО СУСТАВА **137**
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ РАКА ЖЕЛУДКА В РСО-АЛАНИЯ В 1993-2012ГГ. **138**
ЗАДАЧА: ИСКЛЮЧИТЬ РИСК ОБЛИТЕРАЦИИ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ПРИ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКЕ **139**
ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ **140**

ИММУНОСУПРЕССИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ **141**
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ПРЯМОЙ ОКСИМЕТРИИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ **142**
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СРОКИ РАЗВИТИЯ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ **143**
КОМБИНИРОВАННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ В ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ **144**
КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ **145**
МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ **146**
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ **147**
ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ **148**
ОСТРАЯ ПАТОЛОГИЯ САЛЬНИКОВЫХ ОТРОСТКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ПРАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА **149**
ОСТРЫЕ УРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТРАВМЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ХИРУРГА СТАЦИОНАРА **150**
ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ **151**
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ С ПОМОЩЬЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ОПРОСНИКОВ PFDI-20, PISQ-12 ..... **152**
ПАЛЛИАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ **153**
ПОСЛЕДСТВИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ И ТРАДИЦИОННЫХ (ОТКРЫТЫХ) ВАРИАНТОВ РЕКОНСТРУКЦИИ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ. **153**
ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ АНЕВРИЗМ С ПОМОЩЬЮ ЭКСТРАВАЗАЛЬНОГО АРМИРОВАНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ **154**
РАК ЛЕГКОГО: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ. **155**
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ **156**
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ **157**
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА ПРОКСИМАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ **158**
СОСТОЯНИЕ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ **159**
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВАРИАНТОВ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АОРТО-ПОДВЗДОШНОМ СЕГМЕНТЕ. **160**

СТРУКТУРА ПЕРИТОНИТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ **161**
ТРУДНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ..... **162**
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА И СТАРШЕ В КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ В 1992-2011ГГ..... **162**
ФАКТОРЫ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПОЯВЛЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АНГИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ..... **163**
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ **164**
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ..... **165**
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ..... **166**
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОКЛЮШЕМ НА ТЕРРИТОРИИ КАЛИНИНСКОГО И ВЫБОГСКОГО РАЙОНОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ЗА ПЕРИОД С 2008 ПО 2013 ГОД..... **166**
ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ..... **167**
ШТАММЫ-МУТАТОРЫ В ПОПУЛЯЦИЯХ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА РАЗЛИЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ **168**
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО КОРИ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ – АЛАНИЯ ЗА 2004-2013 ГОДЫ..... **169**
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРАСНУШНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПЕРИОД АКТИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПО ДАННЫМ КРАСНОГВАРДЕЙСКОГО РАЙОНА ГОРОДА САНКТ-ПЕТЕРБУРГ **170**
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ..... **171**
ОСОБЕННОСТИ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PPAR-Г. **171**
ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ С ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИЕЙ **172**
ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ..... **173**
ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА **174**
АНАЛИЗ АКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ УСЛУГ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ **174**
АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА PRO198LEU ГЕНА ГЛУТАТИОНПЕРОКСИДАЗЫ 1-ГО ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ДИСТАЛЬНОЙ СЕНСОМОТОРНОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ..... **175**
АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ КАК РАСПРОСТРАНЕННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ **176**

ВЕРИФИКАЦИЯ РЕЦЕПТОРА К КИССПЕПТИНАМ В КЛЕТОЧНЫХ КУЛЬТУРАХ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ **177**
ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ГЕНОТИПА, ЦИТОФИЗИОЛОГИИ И МОРФОЛОГИИ ГРАНУЛОЦИТОВ И МОНОЦИТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ **178**
ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПОВ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ С ПРОЦЕССАМИ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ **179**
ВЗГЛЯДЫ РАЗЛИЧНЫХ КОНФЕССИЙ НА КОНТРАЦЕЦИЮ **180**
ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА МЕЛАТОНИНА НА УЛЬТРАСТРУКТУРУ КЛЕТОК ВНУТРЕННЕГО УХА **181**
ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДОВ МОЛЕКУЛЯРНОЙ БИОЛОГИИ В АКУШЕРСТВЕ, ГИНЕКОЛОГИИ И РЕПРОДУКТОЛОГИИ **182**
ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОКОНТРОЛЛЕРОВ В СОЗДАНИИ УСТАНОВКИ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ИЗОЛИРОВАННОГО СЕРДЦА И СОСУДОВ **182**
ВЫЯВЛЕНИЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕРМАТОЛОГА **183**
ВЫЯВЛЕНИЕ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В ЛИКВОРЕ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЦНС И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ **184**
ГИБЕЛЬ ОДНОГО ПЛОДА ПРИ МОНОХОРИАЛЬНОМ МНОГОПЛОДИИ **185**
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДОННЫХ ОТЛОЖЕНИЙ АКВАТОРИЙ МОРСКИХ ПОРТОВ САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ **186**
ГИДРОРЕТИНОПЕКСИЯ **187**
ГИПЕРГРАВИТАЦИЯ КРАНИОКАНИУДАЛЬНОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ ШУМО-ВИБРАЦИОННОГО ГЕНЕЗА **188**
ГРИБКОВЫЕ ТЕЛА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ **189**
ДИАГНОСТИКА АДЕНОМИОЗА НА МОЛЕКУЛЯРНОМ УРОВНЕ. **190**
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕКОТОРЫХ ОРГАНОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ КРЫС – САМЦОВ ПРИ НАНЕСЕНИИ ДЕФЕКТА В БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ **191**
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАПИЛЛЯРНОГО КРОВОТОКА ТКАНЕЙ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ДЕСНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРЕСТЕЗИЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА, НУЖДАЮЩИХСЯ В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ **192**
ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КОНТРАЦЕПЦИЯ **193**
ЗАГРЯЗНЕНИЕ ПОЧВ РЯДА СЕЛИТЕБНЫХ И РЕКРЕАЦИОННЫХ ЗОН САНКТ-ПЕТЕРБУРГА НЕФТЕПРОДУКТАМИ **194**
ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ **195**
ЗНАЧЕНИЕ ПРЕНАТАЛЬНЫХ И ПОСТНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АФФЕКТИВНО-РЕСПИРАТОРНЫХ ПАРОКСИЗМОВ **196**
ИЗМЕНЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ **197**

ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТРУДОВОГО ПРОЦЕССА ВРАЧЕЙ-АНЕСТЕЗИОЛОГОВ **198**
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛЕЕВОЙ КОМПОЗИЦИИ ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ **199**
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМНОЙ НЕЙРООПТИКОПАТИИ **200**
ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С КАРДИОМИОПАТИЙ МЕТОДОМ NGS СЕКВЕНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТА С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ **200**
К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА РАБОТАЮЩИХ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ПРЕПАРАТОВ АВТОХИМИИ **202**
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА CYP2C9 ПРИ ПЕРОРАЛЬНОЙ САХОРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ГЛИКЛАЗИДОМ **204**
КЛИНИЧЕСКАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ **204**
КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОХРАНЁННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА **205**
КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА «ПОРТФОЛИО КЛИНИЧЕСКОГО ОРДИНАТОРА» **206**
КОМПЬЮТЕРНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ КАК ЭТАП ПЛАНИРОВАНИЯ КОСТНО-РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ НА ЛИЦЕВОМ ОТДЕЛЕ ЧЕРЕПА В РАСТУЩЕМ ОРГАНИЗМЕ **207**
КОНСЕРВАТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ ТРЕХПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ **208**
КОНСЕРВАТИВНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ МОНОХОРИАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ ОБРАТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ **209**
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ПОСТУПЛЕНИЯ КАЛЬЦИЯ И АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ЕГО НЕДОСТАТОЧНЫМ ПОСТУПЛЕНИЕМ В ОРГАНИЗМ МОЛОДОГО ЧЕЛОВЕКА **210**
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОГЛОБИНОПАТИЙ **211**
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ **212**
МИНИИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ **213**
МОРФОЛОГИЯ РЕТИКУЛЯРНОЙ ФОРМАЦИИ СТВОЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА **214**
МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТИМУСА, СЕЛЕЗЕНКИ И СЕМЕННИКОВ НОВОРОЖДЕННОГО ПОТОМСТВА АЛКОГОЛИЗИРОВАННЫХ САМЦОВ КРЫС **214**
МУТАЦИОННАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ В ПОПУЛЯЦИИ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА **215**

НАРУШЕНИЯ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕЛИАКИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ **216**
НАРУШЕНИЕ СОСТАВА ПРИСТЕНОЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ЛЕГКОГО, ПОЛУЧАЮЩИХ ХИМИОТЕРАПИЮ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОБИОТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ **217**
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ **218**
НОВЫЙ ЭТАП ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ - ТРАНСФАРИНГЕАЛЬНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП К ЩИТОВИДНОЙ И ОКОЛОЩИТОВИДНЫМ ЖЕЛЕЗАМ **219**
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ Х **220**
О РОЛИ ЭСТЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПРИ КОНСТРУИРОВАНИИ ПОЛНЫХ СЪЁМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ **221**
ОБНАРУЖЕНИЕ АНТИТЕЛ К ФИБРИЛЛАМ БЕТА2-МИКРОГЛОБУЛИНА У БОЛЬНЫХ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ **222**
ОНКОСТАТИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ КОРОТКИХ ПЕПТИДОВ НА КЛЕТКИ ЛИМФОМЫ **223**
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ЭРИТРОЦИТОВ ГОЛОГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ **224**
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕРОИДНЫХ ПРОФИЛЕЙ МОЧИ МЕТОДОМ ГАЗОВОЙ ХРОМАТО-МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ **225**
ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ С УЧЕТОМ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ О РЕЗИСТЕНТНОСТИ **226**
ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЭНДОНАЗАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ГИГАНТСКИХ ОСТЕОМ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ **227**
ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОЙ СТРУКТУРЫ НАЛЕТА НА СПИНКЕ ЯЗЫКА У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ ГАЛИТОЗА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА **228**
ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ У БОЛЬНЫХ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЕМИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ **229**
ОЦЕНКА ПЕРЦЕПЦИИ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ Х МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НОЦИЦЕПТИВНОГО ФЛЕКСОРНОГО РЕФЛЕКСА. **230**
ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА РАБОТАЮЩИХ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ МАКУЛАТУРНОГО КАРТОНА **231**
ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ И НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК **232**
ПЕРВЫЙ ОПЫТ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ HER2 ПОЗИТИВНЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА. **233**
ПОРАЖЕННОСТЬ БЛАСТОЦИСТОЗОМ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА **234**

ПОВЫШЕНИЕ ПОРОГОВ СЛУХА У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 2 И 3 СТЕПЕНИ **235**
ПОКАЗАТЕЛИ МАССЫ ТЕЛА И ТИМУСА В ОНТОГЕНЕЗЕ ПОТОМСТВА АЛКОГОЛИЗИРОВОНЫЫХ КРЫС **236**
ПОСЛЕДСТВИЯ РЕКОНСТРУКЦИИ АОРТО-ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА ... **237**
ПРИМЕНЕНИЕ УЛИПРИСТАЛА АЦЕТАТА В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ ПРИ МИОМЕ МАТКИ **237**
ПРОЛОНГИРОВАННЫЙ РЕЖИМ ПРИЕМА КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ **238**
ПРОБЛЕМА ОСЛАБЛЕНИЯ ГЕОМАГНИТНОГО ПОЛЯ В ЗАКРЫТЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ И НА СУДАХ **239**
ПРОГНОЗ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗОНЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ АРТРОПЛАСТИКЕ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП **240**
ПРОГРАММА РАЦИОНАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ СНИЖАЕТ ВНУТРИБОЛЬНИЧНУЮ ЛЕТАЛЬНОСТЬ И ЗАТРАТЫ НА АНТИМИКРОБНУЮ ТЕРАПИЮ **241**
ПРОФИЛАКТИКА ОБРАЗОВАНИЯ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ **242**
РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К ВАНКОМИЦИНУ ЭНТЕРОКОККОВ В ОТДЕЛЕНИЯХ РАЗНОГО ПРОФИЛЯ **243**
РОЛЬ ИЗМЕРЕНИЯ УРОВНЯ 18-ГИДРОКСИКОРТИКОСТЕРОНА В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА **243**
РОЛЬ МИОМЭКТОМИИ В ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ **244**
СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ **245**
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА ПРЕДПРИЯТИЯ ВОДОСНАБЖЕНИЯ И КАНАЛИЗОВАНИЯ **246**
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВИДОВОГО РАЗНООБРАЗИЯ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ, ИЗУЧЕННОГО С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОХИМИЧЕСКИХ ТЕСТОВ И MALDI-TOF-MACC-СПЕКТРОМЕТРИИ **247**
СРАВНИТЕЛЬНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ASPERGILLUS NIGER, A.AWAMORI И ПЕРЕХОДНЫХ ВАРИАНТОВ **248**
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И ОПОРНЫХ СТРУКТУР ШЕИ ПРИ ИНТУБАЦИИ В СКОРОЙ ПОМОЩИ И В СТАЦИОНАРЕ **249**
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ОРГАНИЗМА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА **250**
ТЕЛЕМЕДИЦИНА **251**

СОСТОЯНИЕ МОЗГОВОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ **252**
ТЕЧЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН **253**
ТОПОГРОФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИМФОИДНЫХ БЛЯШЕК КРЫС В НОРМЕ, ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ЭТАНОЛОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ **254**
ТРАНСПОНИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ТОКСИКОЛОГО - ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ РИСКА ЗДОРОВЬЮ РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРЕДПРИЯТИЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ **255**
ФАКТОРЫ РИСКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ АНГИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ **256**
ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ МИКРОКРОВОИЗЛИЯНИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЯ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА **257**
ЭКСПРЕССИЯ КИССПЕПТИНОВ В ТКАНИ ЯИЧНИКА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ **257**
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОК С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ **258**
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ **260**

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКИХ

Яцкевич В.К. 5к. 8гр. ЛФ
Руководитель темы: *Кардаш Н.А.* асс. каф. патологической анатомии
ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Актуальность

Несмотря на множество научных исследований, посвященных раку лёгких, в настоящее время эта проблема остается одной из наиболее актуальных. Рак легкого занимает ведущее место в структуре онкологической заболеваемости населения нашей страны. При этом, согласно статистики, эта онкология поражает мужчин в восемь раз чаще, чем женщин. Причем было отмечено, что заболеваемость повышается пропорционально возрасту. У мужчин в 60-69 лет уровень заболеваемости в 60 раз выше, чем у лиц 30-39 летнего возраста.

Цель

Провести клинико-морфологический анализ случаев смерти больных раком легких.

Материалы и методы

Протоколы вскрытий отделения № 1 УЗ «Гродненское патологоанатомическое бюро» больных, умерших от рака легких за 2008 - 2012 годы.

Полученные результаты

Всего за 5 лет в отделении № 1 УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро» было проведено 4805 вскрытий, из них в 107 (2, 2%) случаях выявлен рак лёгких. В 87 (82%) наблюдениях были мужчины и 20 (18%) – женщины. Средний возраст умерших составил 65 лет.

В зависимости от локализации в 62 (57, 9%) случаях выявлен центральный рак, 28 (26, 2%) – периферический и 17 (15, 9%) – массивный. Среди макроскопических форм рака легких в 83 (77, 6%) наблюдениях был узловатый, 20 (18, 7%) – узловато-разветвленный и 4 (3, 7%) – разветвленный. В 61 (57, 0%) случае опухоль поражала правое легкое, 38 (35, 5%) - левое, 8 (7, 5%) – оба легких. При микроскопическом исследовании плоскоклеточный рак выявлен в 56 (52, 3%) наблюдениях, из них с ороговением - 7 и без ороговения – 49; аденокарцинома – 19 (17, 8%); железисто-плоскоклеточный – 4 (3, 7%); недифференцированный – 28 (26, 2%), из них мелкоклеточный – 23 и крупноклеточный – 5. В 48 (44, 9%) случаях рак легких развился на фоне хронического бронхита. В 82 (76, 6%) наблюдениях были выявлены метастазы. В 63 случаях отмечены метастазы в лимфатические узлы бифуркационные, паратрахеальные, перибронхиальные. Гематогенные метастазы чаще всего в печень – в 31 наблюдении, головной мозг – 14, надпочечники – 16, почки – 11. Прорастание опухоли в плевру выявлено в 18 случаях, перикард – 11, средостение – 15. Причинами смерти больных явились кахексия – 18, 7% наблюдений, выраженная интоксикация – 46, 7%, легочно-сердечная недостаточность – 51, 4%, присоединившаяся гнойная бронхопневмония – 36, 4%. В 12 случаях причиной смерти больных стало легочное кровотечение, обусловленное выраженными некрозами и аррозией сосудов.

При анализе протоколов вскрытий в 5 (4, 7%) наблюдениях было выявлено расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов, а именно: острая коронарная недостаточность, хроническая ишемическая болезнь сердца, ишемический инфаркт головного мозга, рак кишечника с метастазами, рак печени с метастазами.

Выводы

Рак лёгкого является одной из наиболее важных проблем онкологии как в нашей стране, так и в мире. Наиболее часто он встречается у мужчин старше 60 лет и исходит из эпителия крупных бронхов, что делает доступным его раннему выявлению. Однако, не смотря на доступность, пациенты зачастую попадают к врачу с запущенным распространённым раком, часто с метастазами.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА

Юргалова Л.П. 3к. 348гр. ЛФ
Руководитель темы: *Винничук С.А.* доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Лимфома Ходжкина (лимфогранулематоз) – злокачественная опухоль из клеток лимфоретикулярной системы с первичным поражением лимфатических узлов. Заболеваемость лимфогранулематозом составляет 2, 2 на 100 000 населения (Денисова И. Н., Шевченко Ю. Л., 2010). Выделяют две формы заболевания – лимфому Ходжкина, нодулярный тип лимфоидного преобладания и классическую лимфому Ходжкина. Последняя представлена четырьмя гистологическими вариантами: вариант с нодулярным склерозом, смешанно-клеточный вариант, вариант с истощением опухолевой ткани и вариант с большим количеством лимфоцитов (Криволапов Ю. А., Леенман Е. Е., 2006). Диагноз каждого варианта устанавливается на основании присутствия клеток Березовского-Штернберга-Рид.

Цель

Целью работы явилось изучение вариантов лимфогранулематоза в зависимости от их гистологической картины.

Материалы и методы

По материалам центрального патологоанатомического отделения СЗГМУ им. И. И. Мечникова нами были проанализированы результаты гистологических исследований больных лимфогранулематозом за 7 лет (2007-2013 г.).

Полученные результаты

Выявлено 5 случаев лимфомы Ходжкина, что составило 0, 01% от общего числа гистологических исследований. Средний возраст больных составлял 67, 8 лет. Для гистологического исследования иссекались лимфатические узлы шеи и подмышечной области, что было обусловлено максимальной доступностью этих групп лимфоузлов для биопсии. В качестве направительного диагноза в 4 наблюдениях была выставлена лимфоаденопатия неясного генеза, в одном случае — образование подмышечной области. Размер измененных опухолью лимфатических узлов варьировал от 0, 5 до 3, 0 см в диаметре, в одном наблюдении они были спаяны в плотный конгломерат. Макроскопически на разрезах ткань была серого или белесоватого цветов, однородная, плотной консистенции. При гистологическом исследовании во всех случаях структура лимфатических узлов не прослеживалась, нормальная ткань была замещена опухолевой, среди малых и средних лимфоцитов, плазматических клеток, гистиоцитов и фибробластов обнаруживались диагностические клетки Березовского-Штернберга-Рид, а также прослойки соединительной ткани. В трех случаях был диагностирован смешанно-клеточный вариант лимфомы Ходжкина, в одном — вариант с нодулярным склерозом и в одном наблюдении вариант с большим количеством лимфоцитов. Во всех случая было рекомендовано дальнейшее иммуногистохимическое исследование.

Выводы

Таким образом, нами установлено, что лимфогранулематоз является редким опухолевым заболеванием, встречающимся преимущественно у больных в возрасте старше 60 лет. Наиболее частой его формой является смешанно-клеточный вариант, для уточнения диагноза и для назначения адекватного лечения необходимо проведение иммуногистохимического исследования.

ЗОБ ХАШИМОТО И РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кашина У.С. 3к. 340гр. ЛФ, *Биккоев Р.А.* 3к. 340гр. ЛФ
Руководитель темы: *Чупров И.Н.* проф. каф. патологической анатомии, д.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Зоб Хашимото (ЗХ) занимает особое место в современной тиреологии в связи с особенностями течения, прогнозом, возможностью консервативной терапии с предсказуемым благоприятным прогнозом.

Цель

Клинико-морфологический анализ особенностей частоты, форм, биологической сущности сочетанных форм патологии при зобе Хашимото.

Материалы и методы

Ретроспективный клинико-морфологический анализ 25 операционных наблюдений ЗХ с широкой вырезкой материала и оценкой всех форм патологий.

Полученные результаты

возраст больных 23-72 года. Средний – 53 года, преобладают женщины (23 наблюдения – 98, 5%). Клинический диагноз при обследовании больных: нетоксический узловой зоб (НУЗ) – 61, 7%, диффузный токсический зоб (ДТЗ) – 21, 6%, зоб Хашимото – 9, 4%, фолликулярный рак – 65, 9%. Морфологическое исследование операционного материала. Для очаговой формы зоба Хашимото характерно разнообразие размеров, цвета, консистенции щитовидной железы, наличие или отсутствие узлов, с капсулами и без них. Очаговая форма выявлена в 27, 8% наблюдениях, диффузная в 72, 2%. Микроскопическая картина типичная для зоба Хашимото: лимфоплазмоцитарная инфильтрация, лимфоидные фолликулы, аутоиммунная агрессия, склероз. Количественные соотношения между зобом Хашимото и раком варьируют в разных и даже в пределах одного наблюдения. Опухоли представлены инкапсулированным узлом, реже многофокусными очагами фолликулярно-сосочкового рака и микрофолликулярными аденомами. При возможности топографической связи морфологические переходы между зобом Хашимото и опухолями не выявлены.

Выводы

Частота сочетания зоба Хашимото с другими нозологическими формами патологии щитовидной железы создает значительные трудности в его клинической диагностики и повышает диагностическое значение морфологического метода. Нередкое сочетание зоба Хашимото с опухолевым ростом различной биологической сущности повышает диагностическое значение широкого морфологического исследования операционного материала, определяющего тактику лечения и прогноз. Сочетание зоба Хашимото и рака щитовидной железы существенно изменяют его клинику и направление терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ КРИОВОЗДЕЙСТВИЯ ПОСЛЕ МОДЕЛИРОВАНИЯ У КРЫС ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Хоружая А.Н. 301 гр. ЛФ, Саргсян С.А. 316 гр ЛФ, Антошкин О.Н. 607 гр. ЛФ
Руководители темы: к.м.н., доцент, зав.каф. гистологии, эмбриологии, цитологии *Загребин В.Л.*
, ассистент каф. госпитальной хирургии *Иголкина Л.А.*
ВолгГМУ, Волгоград

Введение.

Несмотря на значительные достижения современной медицины, острый панкреатит до настоящего времени остается одной из важнейших проблем в хирургии. Медицинское и социально-экономическое значение проблемы заключается в неуклонном росте заболеваемости. При этом отмечается относительное увеличение тяжелых форм с исходом в панкреонекроз и развитием таких осложнений, как аррозивные кровотечения, сепсис, формирование псевдокист, внутренних и наружных панкреатических свищей.

Неудовлетворенность результатами лечения деструктивного панкреатита побуждает клиницистов к поискам эффективных способов хирургического лечения с применением новых инструментальных технологий. Имеются данные, что использование сверхнизких температур приводит к гибели клеток и прекращению выработки секрета, а также, в частности, при развившемся некрозе, к локализации патологического процесса. Выполнение операций с применением криотехнологий в лечении поджелудочной железы позволяет снизить количество послеоперационных осложнений с 26,9% до 15,3%, сократить среднюю продолжительность послеоперационного периода с 25±2,3 до 17±2,3 дней в среднем и летальности – с 5,7% до 3,8%.

Цель: определить эффективность локального интраоперационного криовоздействия при экспериментальном панкреонекрозе у лабораторных животных.

Материалы и методы.

В данном исследовании панкреонекроз вызывали введением в поджелудочную железу крысы 0,5 мл гетерогенной желчи больных, взятой при наружном дренировании у больных, прооперированных по поводу желчно-каменной болезни.

Экспериментальный панкреонекроз воспроизведен в опытной и контрольной группах крыс породы Вистар (91 и 19 половозрелых животных соответственно). Также для чистоты эксперимента была группа ложнооперированных животных (10).

Повторное операционное вмешательство у животных проводилось на 3-и сутки. У животных обеих групп морфологически подтвержден панкреонекроз.

Крысам опытной группы проводилось локальное криовоздействие в трех-четырех точках, имеющих наиболее явные макроскопически различимые признаки геморрагического панкреонекроза, криоаппликатором диаметром 3 мм в течение 10-15 секунд.

Результаты и обсуждение.

У крыс контрольной группы через 5 дней после подтвержденного макроскопически на оперативном вмешательстве панкреонекроза при гистологическом исследовании были выявлены признаки острого некроза порядка 80% поджелудочной железы. Морфологически поджелудочная железа дряблая, отечная, пропитана кровью. Просвет протоков неправильной формы, с элементами некроза в эпителии. Вокруг поджелудочной железы развился плотный опухолевидный инфильтрат, в который вовлечены желудок и поперечная ободочная кишка. В брюшной полости появилась серозный мутный воспалительный выпот.

Микроскопически в поджелудочной железе обнаруживалось омертвение ткани, характеризующееся множественными некротическими изменениями в клетках: кариолизисом, цитолизом, разрушением клеточной мембраны и поражением соседних клеток, набуханием и расплавлением межклеточного вещества, баллонной дистрофией. Ядра потеряли полярность, были гиперхроматичны, увеличены и неправильной формы. Ядерно-цитоплазматический индекс повышен.

Участки здоровой ткани микроскопически были представлены нормальными панкреатическими ацинусами, состоящими из 8—12 плотно прилегающих друг к другу ацинозных клеток конической формы, обращенных основанием, лежащим на общей базальной мембране, наружу, а вершинами к центру. Явно прослеживалась полярность ядер, они правильной округлой формы. Снаружи панкреатические ацинусы были окружены тонкой прослойкой рыхлой соединительной ткани, в которой расположены кровеносные капилляры и небольшие скопления нейронов.

Выводы.

Таким образом, при экспериментальном панкреонекрозе у животных локальное интраоперационное криовоздействие ведет к ограничению патологического процесса за счет аутолизиса в месте повреждения и ранней регенерации паренхимы поджелудочной железы. При этом хирургическое криовоздействие при панкреонекрозе приводит к меньшему числу осложнений.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Ерохина А.А. 6к. 640гр. ЛФ
Руководители темы: *Калинина Е.Ю.* доц. каф. патологической анатомии, к.м.н., *Ерохина Е.А.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Геморрой — одно из самых распространенных заболеваний прямой кишки у взрослых. Не всегда его диагностика оказывается легкой и очевидной, так как симптомы, характерные для геморроя, могут являться проявлениями других, в том числе и гораздо более серьезных заболеваний. В большинстве случаев требуется проводить дифференциальный диагноз со злокачественными опухолями анального канала, кондиломами, полипами прямой кишки. Окончательный диагноз ставится только после морфологического исследования удаленных патологических образований.

Цель

Определение осложненного течения заболевания и демонстрация трудности морфологической диагностики при применении нетрадиционных методов лечения.

Материалы и методы

Объекты исследования: история болезни и операционный материал больной, страдавшей хроническим геморроем.

Методы исследования: ретроспективный анализ истории болезни пациентки, морфологическое исследование образований перианальной зоны и анального канала.

Полученные результаты

В хирургическое отделение поступила больная с жалобами на боли и дискомфорт в области ануса, возникающие при дефекации, диспепсические расстройства и похудение на 7 кг, непроизвольное выделение кала в течение последних двух месяцев. Из анамнеза известно, что пациентка длительно страдала геморроем. За 2, 5 месяцев до настоящей госпитализации было выполнено оперативное лечение - геморроидэктомия по Миллигану-Моргану. Известно, что в послеоперационном периоде в течение 2 месяцев, пациентка применяла в качестве консервативного лечения сидячие ванночки с нефильтрованным отваром Matricaria chamomilla. Затем вновь обратилась к врачу с вышеописанными жалобами, а также отмечала появление новых плотных образований в области ануса.

Status localis при поступлении: при пальцевом исследовании per rectum выявлен ослабленный тонус сфинктера, на 11 часах и на расстоянии от 1 до 3 часов определяются мелкодольчатые, плотные разрастания, легкокровоточащие при пальпации. На высоте пальца патологии не определяется. Геморроидальные узлы не определяются. Больной была проведена операция - тотальная биопсия образований анального канала на 3 и 11 часах с патогистологическим исследованием.

Макроскопическое исследование удаленного препарата: образования плотной эластической консистенции с белой мелкобугристой поверхностью. На разрезе ткань однородная белесовато – розового цвета.

При гистологическом исследовании выявлены фрагменты воспалительного грануляционного полипа с реактивными изменениями эпителия, очагами изъязвления поверхности, в центре которых определяются структуры инородного тела. С целью верификации инородного объекта проведена дополнительная консультация препарата биологами и эпидемиологами, по данным которой было определено его растительное происхождение (Matricaria chamomilla).

Выводы

Выявленные изменения возникли у пациентки в результате проникновения инородного тела в фазу регенерации после оперативного лечения с развитием осложнения - продуктивного воспаления с формированием гранулезного полипа.

РОЛЬ ЛОКАЛЬНОГО СТАРЧЕСКОГО АМИЛОИДОЗА В ПАТОГЕНЕЗЕ СТАРЧЕСКОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

Антошкин О.Н. 6к. 607гр. ЛФ
Руководители темы: *Ермилов В.В.* проф. каф. судебной медицины, д.м.н., *Загребин В.Л.* доц. каф. гистологии, эмбриологии, цитологии, к.м.н.
ВолгГМУ, Волгоград

Актуальность

В современном стареющем мире увеличение средней продолжительности жизни становится важным естественным фактором повышения доли возрастных заболеваний в структуре причин слепоты и слабовидения. Хотя старение не ведет неизбежно к возрастной макулярной дегенерации сетчатки, наиболее часто встречающейся глазной патологии пожилых лиц, некоторые изменения в стареющей сетчатке являются факторами, предрасполагающими к её развитию [1].

Как известно, сетчатка глаза - внутренняя, светочувствительная оболочка глазного яблока, подразделяется на зрительную часть, выстилающую изнутри заднюю, большую часть глазного яблока до зубчатой линии и, переднюю, слепую часть, покрывающую ресничное тело и заднюю поверхность радужки. У заднего края оптической оси глаза находится округлое желтое пятно диаметром примерно 2 мм. Центральная ямка или фовеа – углубление в средней части желтого пятна, место наилучшего восприятия. Снаружи от сетчатки находится бесструктурная пластинка толщиной от 2 до 4 мкм, мембрана Бруха. Базальный комплекс (мембрана Бруха) состоит из поверхностного коллагенового слоя с зоной эластических волокон, глубокого слоя, образованного коллагеновыми волокнами и базальной мембраны, к которой прилежат эпителиоциты пигментного слоя сетчатки [7]. Пигментный эпителий сетчатки - самый наружный слой сетчатки - образован кубическими клетками, на апикальной поверхности которых – микроворсинки и длинные ветвящиеся отростки, проникающие глубоко между наружными сегментами фоторецепторов. Своей базальной поверхностью пигментные клетки лежат на мембране Бруха, а апикальная поверхность пигментоцитов образована микроворсинками, которые заходят между палочками и колбочками. Одной из важнейших функцией клеток пигментного эпителия является фагоцитоз отработанных дисков и полудисков, отшнуровавшихся от наружного сегмента фоторецепторных клеток. Ежесуточно в палочках и колбочках образуется по 80 новых дисков и полудисков. Столько же фагоцитируется пигментными клетками. В результате полное обновление дисков и полудисков происходит в течение 12 суток [1]. Колоссальные энергетические затраты наружных слоев сетчатки, а именно, слоя палочек и колбочек, обеспечиваются капиллярами хориоидеи, образующими хориокапиллярную пластинку, и подстилающими снаружи мембрану Бруха. Таким образом, благодаря фаголизосомальной системе клеток пигментного эпителия сетчатки переваренные диски наружных концевых сегментов фоторецепторов диффундирует через мембрану Бруха и уносится хориокапиллярами в общий кровоток [4]. Та часть поврежденного материала фоторецепторных дисков, которая по неизвестным пока причинам становится резистентной к действию ферментов, ответственных за деградацию фагоцитированного материала, приводит к неполной фаголизосомальной деградации, инициирует апоптоз пигментоцитов и способствует накоплению межклеточном матриксе патологического материала [7, 6]. Многочисленные работы в области исследования фи зиологически стареющей сетчатки показали, что продукты жизнедеятельности нейронов сетчатки частично депонируются в эластиновом слое мембраны Бруха в виде друз [2, 5, 8]. В тоже время отложения мягких друз в макуле определяются на ранних стадиях ВМД [3, 4].

Цель

Учитывая современный уровень знания физиологии сетчатки на клеточном и субклеточном уровне и последние достижения в области изучения старческого локального неэндокринного амилоидоза, мы сочли возможным высказаться о роли локального сенильного амилоидоза в патогенезе старческой макулярной дегенерации.

Материалы и методы

Используя секционный материал, была изучена частота различных форм амилоидоза и связь амилоидных отложений в тканях глаза с СМД. Объем исследования составил 111 глаз людей старше 50 лет с прижизненным офтальмологическим исследованием, у которых после смерти были обнаружены морфологические признаки СМД.

Полученные результаты

Из 111 глаз в 47 (42, 3%) были обнаружены амилоидные отложения в тканях заднего сегмента. Обнаруженный амилоид был устойчив к действию перманганата калия и к 2-х часовой обработке щелочным гуанидином. Все типы морфологических изменений при ВМД, а именно друзы, представляющие собой скопление PAS-положительного гомогенного вещества между мембраной ПЭС и коллагеновой частью мембраны Бруха, пигментные изменения и экссудативные изменения в глазах с амилоидозом и без него имели четкую тенденцию повышаться с возрастом. С помощью конгокрасного и тиофлавина-Т удалось установить амилоидную природу содержимого друз и отложений в самой мембране Бруха.

Выводы

Наше исследование показало, что имеется корреляционная связь между старением, отложением белка амилоида в тканях заднего сегмента глаза и наличием ВМД. Тесная взаимосвязь механизмов образования амилоидных отложений и апоптоза клеток пигментного эпителия позволяет предположить участие РПЭ в амилоидогенезе. Поломки в системе регуляции апоптоза могут играть существенную роль в развитии возрастной патологии. Понимание процессов и их механизмов, происходящих в стареющей сетчатке, является необходимым условием для разработки лечебных мероприятий, предотвращающих патологическое старение сетчатки.

Литература.

1. Ермилов В. В., Водовозов А. М. // Вестн. Офтальмол. - 1995 – Т. 11, № 4 – С. 24-27.
2. Ермилов В. В., Трофименко О. В. // Успехи геронтол. – 1998. – Вып. 2. – С. 117 – 119.
3. Зиангирова Г. Г., Антонова О. В. // Вестник Российской Академии медицинских наук – 2003, № 2, С. 40-43.
4. Зуева М. В. // Российский офтальмологический журнал. – 2010; 2: 53-61
5. Bonilha V. L. Age and desease-related structural changes in the retinal pigment epithelium // Clin. Ophthalmol. 2008. V. 2, N 2. P. 413 – 424.
6. Curcio C. A., Millican C. L., Allen K. A. et al. Spare the rods save the cones in aging and age-related maculopathy. New Developments // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 2000. V. 41. P. 2015-2018.
7. Eliasieh K., Liets L. C., Chalupa L. M., Cellular Reorganisation in the Human Retina during Normal Aging // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 2007. V. 48. N 6. P. 2824-2830.
8. Ramrattan R. S., van der Schaft T. L., Moony C. M. et al. Morphometric analysis of Bruch's membrane, the choriocapillaris and choroids in aging // Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 1994. V. 35. N 6. P. 2857-2864.

РОЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА ЗА 2010-2012 ГГ. В Г. ИЖЕВСКЕ.

Третьякова А.А. 3к. 322гр. ЛФ , *Данилова А.Ю.* 3к. 322гр. ЛФ , *Самойлов А.П.* 3к. 322гр. ЛФ

Руководитель темы: *Митрюков В.В.* асс. каф. патологической анатомии

ИжГМА, Ижевск

Актуальность

Сахарный диабет – это самое распространенное эндокринное заболевание. В настоящее время, по данным ВОЗ, в мире насчитывается более 175 миллионов больных, их количество неуклонно растет и к 2025 году достигнет 300 миллионов. Россия в этом плане не является исключением. Только за последние 15 лет общее количество больных сахарным диабетом увеличилось в 2 раза. Эта нозология занимает третье место среди непосредственных причин

смерти после сердечно–сосудистых и онкологических заболеваний, поэтому решение вопросов, связанных с проблемой сахарного диабета, поставлено во многих странах на государственный уровень.

Цель

Целью данного исследования явилось проведение анализа смерти больных сахарным диабетом.

Материалы и методы

Материалом для анализа послужили протоколы вскрытий умерших больных сахарным диабетом в городе Ижевске за 3 года (2010-2012 гг.).

Полученные результаты

Результаты исследований показали, что преимущественно сахарным диабетом страдают женщины (71, 87% от числа умерших больных с сахарным диабетом) в возрасте 50-80 лет. Сахарный диабет в большинстве случаев (47, 4%) является фоновым заболеванием, он приводит к ранней инвалидизации и летальности, которая обусловлена наличием осложнений, возникающих вследствие макро- и микроангиопатий (гангрена конечности, инфаркт миокарда, инфаркт головного мозга, нефропатия). При этом непосредственная причина смерти в 59 из 192 случаев – отек и дислокация головного мозга, второе место заняла сердечная недостаточность (54 случая), также зарегистрировано 42 смерти от полиорганной недостаточности, 10 смертей от почечной недостаточности, 37 человек умерли от других причин (кардиогенный шок, токсико-инфекционный шок, дыхательная недостаточность, др.). За период с 2010 по 2012 годы наблюдается увеличение смертности больных с сахарным диабетом: 2010 год – 54 человека, 2011 год – 56, 2012 год – 82 человека.

Выводы

На основании полученных данных можно сделать заключение о том, что сахарный диабет поражает преимущественно женское население зрелого и пожилого возраста. Также наблюдается тенденция к увеличению смертности больных с данной патологией.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО И ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Султанова Ф.М. 3к. 347гр. ЛФ, *Стрижонок М.А.* 3к. 348гр. ЛФ
Руководители темы: *Новицкая Т.А.* доц. каф. патологической анатомии, к.м.н., *Смирнов А.А.* ст.научн.сотр. каф. клинической хирургии и топографической анатомии, [1]*Татаркин В.В.* асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В современной литературе отмечается тенденция роста опухолевых заболеваний щитовидной железы, что определяет важность дооперационной диагностики этой патологии.

Цель

Сравнить анализ цитологического и гистологического материала при опухолях щитовидной железы.

Материалы и методы

На базе Городской больницы святой преподобномученницы Елизаветы (ГБ№ 3) с дооперационным диагнозом узловой эутиреоидный зоб и полинодозный эутиреоидный зоб и результатами по тонкоигольной пункционной аспирационной биопсии (ТПАБ), согласно Бетестовской классификации с фолликулярным поражением неопределенного значения, фолликулярной неоплазией, злокачественное образование было в период с 2003 года по 2013 года было прооперировано 518 пациентов. 320 (61, 78%) пациентов было прооперировано из классического воротникообразного доступа по Кохеру-Микуличу, разрез которого составляет до 12, 0 см и 198 (39, 22%) пациентов из ассиметричного «плавающего» минидоступа, предложенный Ю. Т. Цукановым, размер которого достигает не более 2, 0 см. Всем больным до

операции проводилась ТПАБ. Операционный материал фиксировали в 10% нейтральном формалине, проводили широкую вырезку, окрашивали гематоксилин-эозином.

Полученные результаты

По результатам ТПАБ заключение фолликулярное поражение неопределенного значения было у 170 (32, 8%) пациентов, фолликулярная неоплазия у 195 (37, 6%) пациентов, подозрение на злокачественность у 100 (19, 3%) пациентов, злокачественное образование у 53 (10, 3%) пациентов (51 (96, 2%) – папиллярная карцинома и 2 (3, 8%) – фолликулярный рак). По результатам гистологии в 347 случаях установлена фолликулярная аденома, папиллярный рак выявлен в 155 случаях, фолликулярный рак – в 14 случаях, и в 2 случаях – медуллярный рак. Хотелось бы отметить что в 95 случаях дооперационный диагноз по результатам цитологии «подозрение на папиллярную карциному» и «папиллярная карцинома» были подтверждены гистологией. По гистологической структуре рак представлен двумя формами: фолликулярный и фолликулярно-сосочковый, среди них: высокодифференцированный рак, умереннодифференцированный, низкодифференцированный. Аденомы имели микро- и макрофолликулярное строение.

Выводы

При сопоставлении диагноза «фолликулярная опухоль», полученного при цитологическом исследовании и операционного материала выявлено преобладание рака над аденомой. Термин «фолликулярная опухоль», используемый при диагностической оценке патологии щитовидной железы имеет групповой характер. Он не отражает нозологической и биологической сущности патологического процесса. Гиподиагностика рака щитовидной железы, невозможность оценки его формы, этапов прогрессии по срочной биопсии определяют решающее диагностическое значение широкого исследования операционного материала.

СОЧЕТАНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА И РАКА ЛЕГКОГО

Каращук Н.П. 5к. 532гр. ЛФ, *Киселёва М.В.* 5к. 531гр. ЛФ
Руководитель темы: *Новицкая Т.А.* доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Сочетание туберкулеза и рака легкого в последнее время выявляется все чаще, особенно у мужчин старше 40 лет. Вопрос о взаимоотношениях между этими заболеваниями до настоящего времени является спорным. Наиболее признанной считается точка зрения, рассматривающая туберкулез как фактор риска развития рака легкого. Частота выявления рака легкого у больных туберкулезом, по данным ряда авторов, в 4, 5 – 7 раз выше, чем общая в популяции. Кроме того, установлено, что большинство случаев рака, развившегося из рубца, патогенетически связано с посттуберкулезными изменениями.

Цель

Уточнение патогенетической связи между туберкулезом и раком легкого.

Материалы и методы

На базе патологоанатомического архива больницы им. Петра Великого изучено 97 операционных наблюдений рака легкого в сочетании с туберкулезным процессом разной степени активности, а также рака в рубце в период с 1968 по 2013гг. При исследовании операционного материала применялись гистологический, гистохимический, иммуногистохимический методы с использованием окрасок гематоксилином и эозином, пикрофуксином по методу Ван Гизон, альциановым синим, по методу Масона, по методу Циля-Нильсена, изучением экспрессии TTF-1, CD68, коллагена IV типа.

Полученные результаты

По результатам исследования преобладали мужчины – 78, 4% (76 чел.), женщины составили 21, 6% (21 чел.). Возраст мужчин от 24 до 78 лет (средний 60 лет), женщин 52 – 75 (средний 64 года). Выделено три группы диагнозов: рак легкого в сочетании с активным

туберкулезом, рак легкого в сочетании с посттуберкулезными изменениями, рак в рубце. К первой группе отнесено 15 случаев (15, 5%), среди которых в 7 случаях (46, 7%) выявлен плоскоклеточный рак, в 5 (33, 3%) – аденокарцинома, в 2 – нейроэндокринный рак, в 1 – рак сложного строения. Ко второй группе - 46 случаев (47, 4%), из них плоскоклеточный рак встретился в 22 (22, 7%), аденокарцинома – 18 (18, 6%), нейроэндокринный, крупноклеточный раки и рак сложного строения в 2 случаях. К третьей группе - 36 случаев (37, 1%), из них плоскоклеточный рак - 19 (53%), аденокарцинома – 10 (1, 7%), рак сложного строения – 4 (11, 1%), крупноклеточный, железистый и микроскопический раки по 1 случаю.

Среди гистологических форм рака легкого в целом наибольшее число случаев было представлено плоскоклеточным раком – 49, 5% (48) и аденокарциномой – 34% (33), рак сложного строения - 7, 2% (7), нейроэндокринный – 4, 1% (4), крупноклеточный – 3% (3), железистый и микроскопический раки наблюдались в 1% (1) случаев. Среди активных форм туберкулеза (24, 6%) преобладал очаговый туберкулез – 12 случаев (80%), в 2 случаях диагностирован фиброзно-кавернозный туберкулез (13, 3%), в 1 – каверна (6, 7%). В структуре посттуберкулезных изменений (75, 4%) были выделены: туберкулома в 8 случаях (17, 4%), кальцифицированные очаги казеозного некроза - 9 (19, 7%).

Выводы

Таким образом, туберкулез и рак легкого имеют тесные патогенетические связи. Установлено, что не только длительно существующий или перенесенный в прошлом туберкулез является фактором риска развития рака легкого, но и рак легкого потенцирует развитие туберкулезного процесса, о чем свидетельствует выявление активных форм туберкулеза в сочетании с раком.

ТУЧНЫЕ КЛЕТКИ В МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСАХ КОЖИ

[1]*Чупров А.И.* 1к. биотехнология, стествознания, географии и туризма
Руководитель темы: [1]*Новицкая Т.А.* доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.
1 - Ленинградский государственный университет имени А.С.Пушкина
2 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В современной литературе оценке ряда морфологических признаков меланоцитарных опухолей кожи с общебиологических позиций уделяется недостаточно внимания. В частности, тучные клетки и их значение в разных вариантах доброкачественных и злокачественных меланоцитарных опухолей изучены недостаточно.

Цель

Изучение количественно-топографических соотношений тучных клеток в меланоцитарных невусах и меланомах.

Материалы и методы

Изучены 25 меланоцитарных невусов (МН), среди них внутриэпидермальных – 3, внутридермальных – 22 и 15 меланом. Ткани фиксировались в 10% нейтральном формалине, препараты изготавливались методом стандартной парафиновой проводки. Использованы окраски: гематоксилином и эозином, окраска альциановым синим, азур-эозином по методу Романовского-Гимза. Для морфометрического исследования применялась система «Видеотест-морфология».

Полученные результаты

Закономерности распределения тучных клеток в МН изучены на основании представления о стадийности их развития (Горделадзе А. С., 1965). Подсчет клеточных элементов проведен в субэпидермальной зоне и на границе сосочковой и ретикулярной дермы, соответственно расположению невусных структур. Количество тучных клеток (ТК) в МН варьирует от 1-2 до 12-15, составляя 23, 5-30, 1% клеток стромы. Выраженность клеточной реакции в субэпидермальной зоне соответствует степени выраженности пролиферации меланоцитов в эпидермисе. В зонах отделения («откапливания») структур невуса в дерму до

уровня границы сосочкового и ретикулярного слоев количество свободных клеток стромы уменьшается, количество ТК увеличивается до 43, 7%. По мере развития соединительной ткани в МН с атрофией и десмопластической трансформацией невусных структур отчетливо снижается интенсивность клеточной реакции (21, 3±3, 1 клеток). ТК составляют 35, 2% клеток инфильтрата. Изучение топографии, количества ТК в различных формах МН на разных этапах развития позволяет считать, что ТК являются одним из показателей развития МН, отражающими десмопластические тенденции эволюции. В эпидермальных невусах ТК располагаются в сосочковом слое кожи, в сложных МН топография и количество ТК зависит от развития интрадермальных структур невуса и интенсивности процессов образования стромы. В субэпидермальных отделах эпидермального невуса количество тучных клеток составляет 5, 8±0, 8мм2. В МН с ранними этапами интрадермальной стадии развития количество ТК составляет 6, 0±0, 6/мм2, с поздними – 10, 4±4, 1/мм2, во внутридермальных МН – 12, 8±2, 9/мм2. В участках регрессии МН с развитием соединительной ткани ТК немногочисленны (6, 1±0, 8мм2).

В диспластических невусах расположение ТК соответствует топографии меланоцитов с признаками дисплазии. В этих участках количество тучных клеток незначительно, они располагаются в виде очаговых скоплений вокруг сосудов, составляя 24, 3-26, 1% клеточного инфильтрата.

Выводы

Таким образом, количество ТК является косвенным маркером динамичности развития МН, реализацией во времени двух противоположных тенденций: прогрессии (формирование невусных структур в эпидермисе и их "откапливание" в дерму) и регрессии (атрофия и десмопластическая трансформация внутридермальных структур).

ФИБРОКИСТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ

Барнова Н.О. 3к. 309гр. МПФ
Руководитель темы: *Новицкая Т.А.* доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Фиброкистозная болезнь молочных желез – это синдром, характеризующийся появлением одиночного или множественных очагов уплотнения, нередко сопровождающихся болезненностью. Как правило, выражены циклические изменения величины и консистенции уплотнений, связанные с менструальным циклом. В ряде случаев очаги уплотнения могут быть стабильными, что создает существенные трудности клинической дифференциальной диагностики фиброкистозной болезни и карциномы молочной железы.

Цель

Одним из наиболее сложных и важных для диагностики структурных компонентов фиброкистозной болезни является пролиферация эпителия в просвете железистых полостей. Необходимо отметить, что интраэпителиальные пролифераты при фиброкистозной болезни встречаются редко, частота обнаружения их по данным ряда авторов составляет 6-8%. Примерно у 3% женщин, страдающих фиброкистозной болезнью, выявляется атипическая интраканаликулярная или интраальвеолярная пролиферация, которую сложно дифференцировать с внутрипротоковым или внутридольковым раком. В литературе приводится комплекс критериев, позволяющих с достаточной достоверностью отличать пролиферативную форму фиброкистозной болезни от неинфильтративных раков молочной железы, однако ни один из этих критериев не является абсолютным для установления точного диагноза. Диагностическое решение приходится принимать в каждом отдельном случае на основании количественного преобладания каких-либо признаков или отчетливо выраженного преобладания одного признака.

Материалы и методы

Приводим собственное наблюдение сложного в диагностическом плане случая фиброкистозной болезни.

Полученные результаты

Б-ная 37 лет поступила в клинику хирургических болезней СПбГМА с жалобами на наличие образования в левой молочной железе. Образование заметила месяц назад. Выполнена секторальная резекция левой молочной железы. Макропрепарат: сектор молочной железы с округлым плотным беловатым узлом 4х3см, местами нечетко отграниченным от окружающей ткани. При гистологическом исследовании выявлен крупный пролиферат сложного строения. Он включал обширные участки с умеренно выраженной интраканаликулярной пролиферацией, представленной разрастаниями эпителия в железистых полостях; очаги склерозирующего аденоза на флоридной стадии и стадии фиброзирования; участки фиброаденомы с многоклеточной стромой, интра- и периканаликулярные фиброаденомы. На этом фоне определялись очаги пролиферации протоков и долек. Криброзные и солидные пролифераты протоков образованы округлыми мономорфными клетками с гиперхромным ядром без физиологического полиморфизма. Альвеолы долек расширены, лишены просвета, их полости выполнены эпителиальными мономорфными клетками. Ядрышки, фигуры митозов, очаги некроза не определяются. Наличие дольковых и протоковых пролифератов не позволяло исключить внутридольковый и внутрипротоковый рак.

Выводы

«Атипическая пролиферация» - вероятнее всего, сборное понятие, куда включаются пролиферативные формы фиброкистозной болезни и неинфильтративные формы рака молочной железы. Однако, необходимость выбора адекватного метода лечения требует четкой идентификации этих процессов.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

ВЛИЯНИЕ ДЭНС-ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И СИАЛОВЫХ КИСЛОТ ПРИ АЛЛОКСАНОВОМ ДИАБЕТЕ

Буланова О.И. инт. 2014-го года каф. факультетской терапии, *Минаханов И.И.* 2к. 223гр. ЛФ, *Тюрин И.А.* 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

Немаловажную роль в патогенезе сахарного диабета отводят перекисному окислению липидов. Усиление процессов перекисного окисления липидов при сахарном диабете способствует нарушению проницаемости биологических мембран, пространственной ориентации и каталитической активности ферментов.

Цель

Изучить влияние ДЭНС-терапии на содержание сахара, на активность ПОЛ и сиаловых кислот у крыс с аллоксановым диабетом.

Материалы и методы

ориентации и каталитической активности ферментов.

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 динамическую электронейростимуляцию (ДЭНС-терапию) аппаратом ДиаДЭНС-ПКМ, накладывая электроды прибора на хвост крысы на 10 минут. Контрольной группе животных на это же время накладывали невключенный прибор. Метод динамической электронейростимуляции - это новый способ чрескожного воздействия на определенные зоны организма. ДЭНС-терапия - официально разрешённый Минздравом России метод лечения (регистрационное удостоверение № ФС-2005/004 от 04-го марта 2005 года). Эксперимент проводили в течение 30 дней. После этого животных выводили из эксперимента. В

крови животных определяли содержание сахара. В опытной группе уровень сахара составлял 6, 34 ммоль/л, в контрольной группе 10, 42 ммоль/л. В гомогенатах печени и почек исследовали количество продуктов перекисного окисления липидов и определяли содержание сиаловых кислот при помощи набора реактивов Сиалотест-80.

Полученные результаты

Продукты ПОЛ образуют с тиобарбитуровой кислотой (ТБК) окрашенный комплекс, экстрагируемый бутанолом. ТБК-активные продукты определяли при помощи набора реактивов (ТБК- АГАТ). Выявили, что у крыс опытной группы по сравнению с контрольной группой выше показатели содержания ТБК-активных продуктов на 23, 6% в печени и на 13, 8% в почках. При исследовании активности каталазы определили, что каталазные числа в гомогенатах печени и почек крыс опытной и контрольной групп животных имели высокие значения, но достоверных отличий не имели. Уровень сиаловых кислот у крыс с ДЭНС-терапией в гомогенатах печени и почек выше таких же показателей контрольной группы на 87, 9% и 28% соответственно.

Выводы

ДЭНС-терапия увеличивает содержание сиалосодержащих гликопротеинов и гликолипидов в тканях печени и почек.), уменьшает активность перекисного окисления липидов, тем самым повышая антиоксидантную систему в организме. В условиях аллоксан-индуцированного сахарного диабета электронейростимуляция снижает уровень сахара в крови экспериментальных животных.

ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ В КРОВИ САМЦОВ БЕЛЫХ КРЫС В ДИНАМИКЕ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА.

Этезова Д.А.

Научный руководитель: *Кутузова А.А.*

РостГМУ, Ростов-на-Дону

Актуальность.

Цитокины осуществляют связь между иммунной, нервной, эндокринной, кроветворной и другими системами и служат для их вовлечения в организацию и регуляцию защитных реакций.

Цель.

Изучение динамики содержания цитокинов причастных к регуляции хронического болевого синдрома.

Методика.

Болевой синдром моделировали методом электрокожной стимуляции рефлекторной зоны корня хвоста крыс. Содержание цитокинов в крови определяли методом ИФА. Забор крови осуществляли на 1, 5, 15, 30,60 сутки моделирования хронического болевого синдрома.

Результаты.

В цитокиновом спектре крови в контрольном исследовании наибольший процент составляла фракция Интерлейкинов (ИЛ)–6 и была равна - 62%, ИЛ-1 6%, на долю ИЛ-4 приходилось – 4,1%, и ФНО – 28%.

На 1-е сутки болевого воздействия в сыворотке крови самцов белых крыс отмечалось достоверное повышение уровня ИЛ-4 в 3,8 раза по сравнению с контрольным значением, достоверное увеличение ИЛ-6 в 3 раза, на фоне снижения ФНО в 1,3 раза.

На 5-е сутки формирования ХБС в сыворотке крови самцов белых крыс по сравнению с 1-ми сутками отмечалось дальнейшее повышение ИЛ-1 на 11%, снижение уровня ИЛ-4 в 1,3 раза, концентрация ИЛ-6 достоверно возрастала в 1,5 раза.

На 15 - е сутки повышение ИЛ-6 в 1,5 раза.

На 30-е сутки достоверное уменьшение ИЛ-6 в 2,6 раза, ИЛ-1 повышался в 1,4 раза. Уровень ИЛ-4 уменьшался в 1,4 раза;

На 60-е сутки достоверное снижение ФНО в 1,5 раза и уменьшение ИЛ-6 в 3 раза. ИЛ-4 повышался в 1,3 раза.

Выводы.

Общая направленность цитокиновой активности в динамике ХБС была представлена вполне рациональной формой ответа с первичным выраженным повышением уровня как про-, так и противовоспалительных интерлейкинов при снижении концентрации ФНО; дальнейшим прогрессивным ростом провоспалительного компонента и ослаблением противовоспалительных при пролонгировании болевого воздействия и усилением противовоспалительных эффектов в период хронизации процесса при стабилизации повышенного уровня ИЛ-4 и торможении провоспалительной активности.

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИЛЫ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Гарифуллин Т.Ю. 3к. 342гр. ЛФ

Руководитель темы: *Будникова И.В.* доц. каф. патологической физиологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Интерес к проблеме стресса и стрессоустойчивости обусловлен происходящим расширением сферы деятельности человека, часто протекающей в экстремальных и сверх экстремальных условиях. Вместе с тем профессиональная деятельность современного человека сопровождается постоянным снижением доли физического труда и увеличением умственных и психических нагрузок. Стресс, являясь психофизиологическим феноменом, неразрывно сопряжен с особенностями учебного процесса в вузе, существенно влияя на эффективность обучения.

Цель

Выявить характерные изменение функционального состояния студентов во время эмоционального стресса в зависимости от силы нервной системы

Материалы и методы

В исследовании принимали участие 24 здоровых студентов-волонтеров обоего пола в возрасте 19-25 лет. В работе был использован опросник BMS II, адаптированной Леоновой А. Б., позволяющий оценить выраженность компонентов актуального функционального состояния, таких как «утомление», «монотония», «психическое пресыщение» и «стресс». Сила нервной системы определялись с помощью теппинг-теста (Ильина Е. П., 2001 г.). Оценка силы нервной системы проводилась в состоянии функционального покоя (фоновый период). Оценка актуального функционального состояния осуществлялась как в фоновом периоде, так и во время эмоционального стресса (ситуация перед сдачей зачета).

Полученные результаты

По результатам теппинг-теста испытуемые были разделены на три группы: I группа (средний тип нервной системы) -11 человек, II группа (сильный тип нервной системы) - 9 человек, III группа (слабый тип нервной системы) - 4 человека. В фоновом периоде у представителей III группы были отмечены самые высокие значения по показателям «утомление» и «монотония», самые низкие – в I группе. Во время эмоционального стресса отмечалось увеличение значений по показателю «стресс» во всех группах, однако самое выраженное – в I группе. При этом именно в этой группе происходило наибольшее снижение значений показателя «психическое пресыщение» и увеличение значений показателя «утомление», что может говорить о заинтересованности и концентрации во время выполнении поставленной задачи (сдача зачета) при повышенных энергозатратах.

Выводы

Таким образом, нами были обнаружены определенные различия функционального состояния студентов с разной силой нервной системы во время функционального покоя и при эмоциональном стрессе. Наиболее адекватная реакция на стресс была отмечена у испытуемых с сильным типом нервной системы.

ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КРЫС КРЫС ПОД ВЛИЯНИЕМ ЭТАНОЛА

[1]*Амосова Н.Н.* 2к. 221гр. ЛФ
Руководители темы: [2]*Олейник Т.Л.* ст.научн.сотр., к.б.н., [1]*Баженова С.И.* научн.сотр. каф. общемедицинских дисциплин, к.б.н.
1 - Санкт-Петербургский фельдшерский техникум
2 - Институт эволюционной физиологии и биохимии им.И.М.Сеченова РАН

Актуальность

Проблема влияния алкоголя на центральную нервную систему до сих пор остается актуальной и до конца не исследованной. Вероятнее всего, в основе действия этанола лежит многофазный сложный процесс. Ранний неонатальный период развития крысят эквивалентен третьему триместру развития плода у человека. В связи с этим данная работа интересна, так как исследует, достаточно ли одноразового интенсивного воздействия этанола во время этого периода для изменения двигательной активности у экспериментальных животных, что может свидетельствовать о редукции массы мозга и потере нейронов как в двигательной коре больших полушарий, так и в мозжечке.

Цель

Цель настоящей работы заключалась в изучении изменений двигательной активности крыс после однократного употребления этанола в больших дозах.

Материалы и методы

Работа была выполнена на 40 крысах, самках линии Вистар. Животные были поделены на две группы: экспериментальную и контрольную. Экспериментальной группе в возрасте 7 дней медленно внутрибрюшинно вводился 40% этанол из расчета 6 г 100% этанола на 1 кг веса тела животного. Контрольной группе вводился такой же по калорийности и объему раствор глюкозы. В возрасте 14 дней проводилась оценка двигательной активности крысят обоих групп по методике «открытое поле». За время эксперимента подсчитывалось число квадратов, пересеченных животным всеми 4-мя лапами, высчитывалось среднее значение числа пересеченных квадратов и статистическая ошибка среднего значения для каждой группы животных.

Полученные результаты

В результате анализа поведения животных в «открытом поле» в контрольной группе уровень двигательной активности составлял 18, 5±1, 6, а в экспериментальной группе 3, 7±0, 9. То есть наблюдалось существенное снижение этого показателя у крысят, подвергавшихся однократному введению этанола в возрасте 7 дней (в 5 раз). Надо отметить, что сам характер двигательной активности у экспериментальных животных менялся. Чаще всего наблюдались круговые движения, когда задние лапы животного оставались на месте, а передние перемещали туловище по часовой или против часовой стрелки. Как показали результаты, введение этанола снижало уровень двигательной активности крыс, которые проходили тест через неделю после введения. Как известно из литературы, ранний неонатальный период развития крысят эквивалентен третьему триместру развития плода у человека. У 80% детей с ФАС обнаруживаются множественные функциональные и органические нарушения центральной нервной системы. Как демонстрируют наши данные, такой эффект можно ожидать даже не при хроническом алкоголизме, а при одноразовом употреблении высоких доз алкоголя. В результате мы можем наблюдать не только отставание в развитии центральной нервной системы, но и функционирование ее элементов, не соответствующее норме. Все это сказывается на уровне двигательной активности, который снижается в несколько раз по сравнению с контролем. Крысята, подвергавшиеся воздействию этанола, хуже держали голову, реже отрывали туловище от опоры, у них заметно менее активно использовались задние конечности.

Выводы

Полученные данные говорят о сильном тератогенным эффекте этанола, который можно обнаружить даже в раннем онтогенезе крыс при использовании методик изучения поведенческой активности. Исходя из полученных данных можно сделать заключение, что даже однократное введение этанола ведет к губительным последствиям для центральной нервной

системы, которые можно обнаружить с помощью тестов двигательной активности спустя неделю после воздействия

ИССЛЕДОВАНИЕ КОРЫ МОЗЖЕЧКА У КРЫС В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЭТАНОЛА

[1]*Быстров А.В.* 2к. 221гр. ЛФ
Руководители темы: [2]*Олейник Т.Л.* ст.научн.сотр., к.б.н., [1]*Анненкова О.М.* научн.сотр. каф. общемедицинских дисциплин, к.вет.н.
1 - Санкт-Петербургский фельдшерский техникум
2 - Институт эволюционной физиологии и биохимии им.И.М.Сеченова РАН

Актуальность

В настоящее время накоплено очень много данных о влиянии этанола на центральную нервную систему. Но тем не менее эта проблема не теряет свою актуальность и вызывает научный интерес. Также она имеет социальный характер из за того что с каждым годом все большая и большая часть населения прибегает к добровольной интоксикацией алкоголем. В связи с этим очень важно понять как именно влияет алкоголь на нервную систему, раскрыть механизмы и временной ход действия этанола на мозг, что скорее всего позволит осуществить раннее предупреждение необратимых явлений. Выбор мозжечка как структуры, на которую направлено действие этанола, связано с тем, что внешняя картина двигательных расстройств, наблюдаемая у людей под влиянием опьянения, очень сходна с нарушением координации пациентов с диагнозом мозжечковой атаксии. Использование модели алкогольной интоксикации на животных дает возможность экспериментального решения многих задач в этой области.

Цель

В данной работе определялись микроскопические изменения клеточных структур мозжечка, в частности клеток Пуркинье, макроскопического строения этого отдела центральной нервной системы при введении этанола в возрасте 3 и 7 дней в дозе 6 г/кг веса тела животного.

Материалы и методы

Работа была выполнена на 20 крысах линии Вистар. Животные были поделены на три группы: экспериментальные с введением этанола на 3-й и 7-й день постнатальной жизни и контрольную. Морфометрическое изучение проводилось с помощью световой и электронной микроскопии через 12 и 24 часа после однократного введения этанола, а также в возрасте 2 месяца. Высчитывалось средние значения различных величин, характеризующих состояние мозжечка и статистическая ошибка среднего значения для каждой группы животных.

Полученные результаты

Оказалось, что в обоих экспериментальных случаях происходило статистически значимое изменение размеров самих клеток Пуркинье, так и их ядер, к тому же уменьшалось количество самих клеток Пуркинье. Их гибель составила при введении на 3-й день постнатальной жизни 37%, на 7-й день постнатальной жизни – 20% по сравнению с контрольной группой. Также наблюдалось уменьшение ширины разных слоев коры мозжечка, изменялась его складчатость, площадь белого вещества, изменения в размерах и строении органоидов клеток Пуркинье, их дендритной арборизации.

Выводы

Большинство работ, посвященных влиянию этанола касается его хронического воздействия на центральную нервную систему. В нашей работе мы использовали однократное введение в раннем постнатальном периоде крыс, который соответствует третьему триместру беременности человека. Таким образом, полученные данные демонстрируют сильный тератогенный эффект алкоголя на мозжечок, его влияние на клеточные и субклеточные элементы этого отдела центральной нервной системы в течение суток и в первые месяцы постнатальной жизни крыс.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ У ЛЮДЕЙ С ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ БАЛАНСОМ В УСЛОВИЯХ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА

Морозова Р.С. 3к. 337гр. ЛФ , *Исакова А.В.* асп. 1-го года каф. патологической физиологии
Руководитель темы: *Денисенко Н.П.* доц. каф. патологической физиологии, д.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Постоянно возрастающая нагрузка на психоэмоциональный аппарат современного человека предъявляет чрезвычайные требования к системам адаптации и может приводить к перенапряжению регуляторных механизмов. Актуальным аспектом проблемы изучения устойчивости человека к воздействию эмоционального стресса является выявление индивидуальных особенностей функционирования адаптивных систем организма.

Цель

Целью исследования явилось изучение особенностей изменения гемодинамики в условиях эмоционального стресса (ЭС) у людей с отрицательным эмоциональным балансом.

Материалы и методы

Обследовано 106 здоровых волонтеров (19-26 лет, обоего пола). Определяли тип гемодинамики, вариабельность сердечного ритма, индекс функциональных изменений (ИФИ), оценивали уровень тревожности (личностной - Тл и реактивной - Тр) в условиях относительного функционального покоя и в ЭС.

Полученные результаты

Исследование психологических особенностей личности выявило 3 основных типа реагирования во всех исследуемых группах: увеличение тревожности в стрессорной ситуации – «положительный» эмоциональный баланс (Тл < Тр), отсутствие изменений показателя тревожности, т.е.«равновесный» баланс и снижение реактивной тревожности по отношению к личностной – «отрицательный» эмоциональный баланс.

При выявлении изменений гемодинамики у людей с разным эмоциональным балансом, нами были установлены следующие особенности: вне зависимости от вновь сформированного типа кровообращения, в целом в группе с «положительным» эмоциональным балансом наблюдалось увеличение ЧСС с 61, 1±0, 09 уд/мин до 85, 8±0, 15 уд/мин (p<0, 01), нарастание МОК до 7, 48±0, 25 л/мин, при МОК = 5, 52±0, 41 л/мин в фоне (p<0, 05), сохранение СИ и УОК.

Анализ вариабельности сердечного ритма показал активацию симпатического звена регуляции, что проявилось снижением SDNN на 33, 7%, и нарастание ИН на 80, 2%.

Следует отметить, что адаптивные возможности организма у испытуемых с «положительным» эмоциональным балансом расценивались как состояние удовлетворительной адаптации (ИФИ = 2, 26±0, 17 балла, p<0, 05); ПАРС (4, 1±0, 19 у.е., p<0, 05) соответствовал «выраженному функциональному напряжению».

Аналогичные изменения гемодинамики и степень напряжения регуляторных систем наблюдалась у волонтеров с «равновесным» эмоциональным балансом. Наибольшие изменения гемодинамики и наивысшее напряжение регуляторных систем были выявлены среди испытуемых с «отрицательным» эмоциональным балансом. Так, поддержание МОК в период ЭС происходило за счет увеличения ЧСС при снижении УОК до 61, 1±0, 71 мл при 72, 8±0, 25 мл в фоновом состоянии (p<0, 05).Активация симпатического звена регуляции также была наибольшей в группе индивидов с «отрицательным» эмоциональным балансом, ИН составил 255, 6±0, 81 у.е.(p<0, 05).Уровень функционирования организма расценивался как возникновение напряжения механизмов адаптации (ИФИ = 2, 67±0, 52 балла, p<0, 05), а значение ПАРС (4, 9±0, 72 у.е., p<0, 05) характеризовало переход «выраженного» в «резко выраженное функциональное напряжение».

Выводы

Формирование «отрицательного» эмоционального баланса способствует возникновению чрезмерного напряжения и/или перенапряжения механизмов адаптации.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ МОНОАМИНОВ В ГИПОТАЛАМУСЕ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ САМЦОВ БЕЛЫХ КРЫС В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ.

Гусева Н.П. 3к. 4гр. ЛПФ *Кутузова А.А.*, *Баяндурова К.М.*
Руководитель темы: *Овсянников В.Г.* проф. каф. патологической физиологии, д.м.н.
РостГМУ, Ростов-На-Дону

Актуальность

При развитии хронического болевого синдрома (ХБС) наблюдается изменение поведенческих реакций. Главную роль в этом играют моноамины (МА).

Цель

Проследить динамику содержания МА (адреналина (А), норадреналина (НА), дофамина (ДА), серотонина (С)) в гипоталамусе (ГПТ) и изменения в периферической крови самцов белых крыс в динамике формирования хронического болевого синдрома (ХБС). Определить их роль в формировании болевого поведения.

Материалы и методы

ХБС моделировали путем электрокожной стимуляции в течение 60-ти дней у 60 беспородных самцов белых крыс (3-4 месяца). Содержание МА определяли при помощи флюорометрического анализа. Стрессогенный индекс (СИ) расчитывали по формуле: : (А НА) × (А / НА) / (С ДА) × 100. (А. А. Кутузова)

Полученные результаты

ГПТ: в аварийную фазу (1 сутки) резко снизилась концентрация всех МА относительно контроля: А на 64%, НА на 81%, ДА на 60%, С на 25%. В острую фазу (5 сутки) сформировалась ДА-доминанта. В переходный период (15 сутки) произошла смена доминанты на серотониновую со снижением уровня ДА (на 30% от пред. периода). В фазе хронизации отмечалось возвращение уровня С к контролю (1, 32 нг/мг), наметилась тенденция к росту уровня ДА, однако его концентрация оставалась в 2, 3 раза ниже контроля. Периферическая кровь: в аварийную фазу (1 сутки) наблюдалась резкая гиперадреналинэмия (на 119% выше контроля), сформировалась С-доминанта (на 30% выше контроля). В острую фазу (5 сутки) и переходный период (15 сутки) повышался уровень ДА и С (на 38% и 23, 5% соответственно, относительно 1 суток). В фазу хронизации наблюдалась тенденция к снижению всех фракций МА, в особенности С (в 2 раза относительно 15 суток), однако его доминанта сохранялась.

Выводы

Основу МА-картины и, соответственно, поведения в динамике развития ХБС составляет изменение концентраций стресс-лимитирующих компонентов- С и ДА, а так же их соотношение с стресс-реализующими компонентами- А и НА. В ГПТ сдвиг ДА/С соотношения с дефицитом ДА и смена доминанты могут объяснять развитие ДА-зависимого депрессивноподобного состояния. В крови повышение стрессогенного фона обусловлено усилением стресс-реализующего звена в острую фазу и снижением стресс-лимитирующего звена в фазу хронизации.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ МОНОАМИНОВОГО СОСТАВА В ГИПОТАЛАМУСЕ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ САМЦОВ БЕЛЫХ КРЫС В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ.

Гусева Н.П. 3к. 4гр. ЛПФ, *Баяндурова К.М.* 3к. 4гр. ЛПФ, *Кутузова А.А.* асс. каф. патологической физиологии, к.м.н.
Руководитель темы: *Овсянников В.Г.* проф. каф. Патологической физиологии, д.м.н.
РостГМУ, Ростов-На-Дону

Актуальность

При развитии хронического болевого синдрома (ХБС) наблюдается изменение поведенческих реакций. Главную роль в этом играют моноамины (МА).

Цель

Проследить динамику содержания МА (адреналина (А), норадреналина (НА), дофамина (ДА), серотонина (С)) в гипоталамусе (ГПТ) и изменения в периферической крови самцов белых крыс в динамике формирования хронического болевого синдрома (ХБС). Определить их роль в формировании болевого поведения.

Материалы и методы

ХБС моделировали путем электрокожной стимуляции в течение 60-ти дней у 60 беспородных самцов белых крыс (3-4 месяца). Содержание МА определяли при помощи флюорометрического анализа. Стрессогенный индекс (СИ) расчитывали по формуле: : (А НА) × (А / НА) / (С ДА) × 100. (А. А. Кутузова)

Полученные результаты

ГПТ: в аварийную фазу (1 сутки) резко снизилась концентрация всех МА относительно контроля: А на 64%, НА на 81%, ДА на 60%, С на 25%. В острую фазу (5 сутки) сформировалась ДА-доминанта. В переходный период (15 сутки) произошла смена доминанты на серотониновую со снижением уровня ДА (на 30% от пред. периода). В фазе хронизации отмечалось возвращение уровня С к контролю (1, 32 нг/мг), наметилась тенденция к росту уровня ДА, однако его концентрация оставалась в 2, 3 раза ниже контроля. Периферическая кровь: в аварийную фазу (1 сутки) наблюдалась резкая гиперадреналинэмия (на 119% выше контроля), сформировалась С-доминанта (на 30% выше контроля). В острую фазу (5 сутки) и переходный период (15 сутки) повышался уровень ДА и С (на 38% и 23, 5% соответственно, относительно 1 суток). В фазу хронизации наблюдалась тенденция к снижению всех фракций МА, в особенности С (в 2 раза относительно 15 суток), однако его доминанта сохранялась.

Выводы

Основу МА-картины и, соответственно, поведения в динамике развития ХБС составляет изменение концентраций стресс-лимитирующих компонентов- С и ДА, а так же их соотношение с стресс-реализующими компонентами- А и НА. В ГПТ сдвиг ДА/С соотношения с дефицитом ДА и смена доминанты могут объяснять развитие ДА-зависимого депрессивноподобного состояния. В крови повышение стрессогенного фона обусловлено усилением стресс-реализующего звена в острую фазу и снижением стресс-лимитирующего звена в фазу хронизации.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЮДЕЙ С ТИПОМ ТЕМПЕРАМЕНТА "ПРОМЕТЕЙ"

Рындин К.Н. 3к. 337гр. ЛФ, *Прокудина О.А.* 3к. 337гр. ЛФ
Руководитель темы: *Денисенко Н.П.* проф. каф. патологическая физиология, д.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Эмоциональный стресс в настоящее время занимает одно из центральных мест в этиологии целого ряда заболеваний: патологии ССС, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астмы, псориаза и экземы, сахарного диабета. Определение влияния личностных особенностей и индивидуальной реактивности в типичных стрессогенных ситуациях необходимо для установления конкретных механизмов, лежащих в основе перенапряжения процессов адаптации и возникновения пограничных состояний (предболезнь), а также для определения путей их предупреждения.

Цель

Целью явилось выявление психофизиологических особенностей людей с типом «Прометей» и определение индивидуальных особенностей адаптивных реакций людей с разным типом темперамента.

Материалы и методы

Было обследовано 109 волонтеров обоего пола в возрасте 18-26 лет. Все добровольцы были разделены на группы по типам темперамента согласно методике Д. Кейрси (1956г). Для

оценки психологических свойств личности использованы: тест Айзенка (1963г), тест Дж. Тейлор (1953г), Тест САН («Самочувствие», «Активность», «Настроение»; 1973г.), Торонтская алекситимическая шкала Тейлора (1985г). Для определения свойств высшей нервной деятельности испытуемых использованы методики: реакция на движущийся объект (РДО), теппинг-тест, критическая частота слияния мельканий (КЧСМ), критическая частота различения мельканий (КЧРМ).

Полученные результаты

Исследование показало, что из 109 обследуемых — 47 человек (43, 1%) имели тип темперамента «Эпиметей», 44 человека (40, 4%) - тип темперамента «Аполлон», 10 человек (9, 2%) - тип темперамента «Прометей» и 8 человек (7, 3%) - тип темперамента «Дионисий».

Данное распределение отличалось от аналогичного, выполненного в 1997 году, увеличением числа людей с типом «Прометей»

При этом выявлены существенные изменения в группе «Эпиметей». По сравнению с данными 1997 года произошло увеличение портрета «Администратор» — на 30% и уменьшение в портретах «Хранитель традиций» — на 14, 5%, «Опекун» — 7, 3%, «Торговец» — 7, 7%.

Исследование психофизиологических свойств волонтеров с типом темперамента «Прометей» показало наличие всех типов нервной системы: сильный — 33, 3%, средний — 22, 2%, слабый и средне-слабый 33, 3% и 11, 1% соответственно. В то же время большинство испытуемых имели высокие показатели КЧСМ и КЧРМ (66, 6%), что свидетельствует о высокой степени лабильности процессов возбуждения НС, и, более 85% волонтеров характеризовались высоким результатом реакции на движущий объект, что отражает преобладание процессов активации над торможением в структурах ЦНС. Особенности свойств личности волонтеров с типом темперамента «Прометей» в период относительного функционального покоя характеризовались преобладанием интровертированности с высоким уровнем нейротизма. Критерий САН у 77, 7% испытуемых определялся состоянием как «благоприятное».

Выводы

Таким образом от типа темперамента зависят психофизиологические особенности личности, и, возможно, характер адаптивных реакций. Выделение типологических особенностей личности позволяет прогнозировать устойчивость к эмоциональному стрессу и возможность нарушения адаптации.

УСТОЙЧИВОСТЬ К ГИПОКСИИ У СТУДЕНТОВ С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Хилюк Т.В., [2]*Вабищевич А.П.*, *Сикор Д.В.*, *Максимович Е.Н.*, *Лелевич А.В.*
Руководитель темы: *Максимович Н.Е.* проф. каф. патологической физиологии им. Д.А. Маслакова, д.м.н.
ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Актуальность

Устойчивость организма к гипоксии (кислородному голоданию) может быть оценена с помощью различных проб: Штанге (проба с задержкой дыхания на вдохе), Генчи (проба с задержкой дыхания на выдохе), проба Серкина, оценивающая после 20 приседаний. Данные пробы применяются для врачебного контроля в оздоровительной физической тренировке и массовом спорте и характеризуется уменьшением времени задержки дыхания при снижении устойчивости организма к гипоксии.

Фактором, способными оказывать влияние на устойчивость организма к гипоксии, является повышение артериального давления. Артериальная гипертензия – неблагоприятный фактор гемодинамический фактор и фактор риска инфаркта миокарда, инсультов и наиболее частая причина заболеваемости и смертности.

Цель

Целью исследования явилось изучение влияния повышенного артериального давления на показатели пробы Серкина у студентов.

Материалы и методы

. Исследования проведены у 74 студенток, в том числе – у 56 девушек со значениями АДсист. не более 120 мм рт. ст. Изучалось влияние повышения систолического артериального давления до 130 мм рт. ст. (n=11) и до 140 мм рт. ст. (n=7).

У студентов определялась продолжительность задержки дыхания на вдохе (проба Штанге) или первая фаза пробы Серкина, продолжительность задержки дыхания непосредственно после 20 приседаний (вторая фаза) и продолжительность задержки дыхания на вдохе через 1 минуту отдыха (третья фаза пробы Серкина).

Полученные результаты

У девушек с повышением систолического артериального давления до 130 мм рт. ст. происходит укорочение первой фазы до 46, 5±11, 0 сек., продолжительность второй фазы составила 19±3, 3 сек. или 39, 3±12, 1% от первой фазы, продолжительность третьей фазы – 33, 8±12, 9 сек или 76, 4±27, 5% от первой фазы.

У студенток с повышением систолического артериального давления до 140 мм рт. ст. отмечается укорочение первой фазы пробы до 43, 8±8, 8 сек., второй фазы – до 15, 1±2, 7 сек. (34±5, 5% от первой фазы), третьей фазы – до 26, 9±6, 7 сек. (59, 7±20, 6% от первой фазы), что больше, чем у студенток с повышением систолического артериального давления до 130 мм рт. ст.

Выводы

Повышение АДсист. способствует снижению устойчивости организма к гипоксии, что указывает на целесообразность коррекции артериальной гипертензии, как фактора, повышающего чувствительность организма к гипоксии нагрузки и способствующего развитию недостаточности кровообращения.

УСТОЙЧИВОСТЬ СТУДЕНТОВ К РАЗЛИЧНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

Хилюк Т.В., [2]*Лелевич А.В.*, *Максимович Е.Н.*, *Кощеев Ю.А.*, *Вабищевич А.П.*
Руководитель темы: *Максимович Н.Е.* проф. каф. патологической физиологии им. Д.А. Маслакова, д.м.н.
ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Актуальность

Существует ряд функциональных проб для оценки состояния дыхательной, сердечно-сосудистой систем (пробы Штанге, Генчи, Серкина, Мартине-Кушелевского, велоэргометрия и др.). Проба Серкина предусматривает задержку дыхания на вдохе (первая фаза) аналогично пробе Штанге, задержку дыхания непосредственно после 20 приседаний (вторая фаза) и через одну минуту отдыха (третья фаза).

Цель

Целью исследований явилось изучение показателей продолжительности задержки дыхания у студентов-юношей в условиях физической нагрузки различной интенсивности

Материалы и методы

У 13 юношей проведена проба Серкина в условиях различной физической нагрузки (5, 10, 20, 30, 40 приседаний).

Полученные результаты

Продолжительность первой фазы пробы Серкина составила 59±3, 9 с. Выполнение физической нагрузки различной интенсивности выявило укорочение продолжительности задержки дыхания как непосредственно после выполнения физической нагрузки (первая фаза), так и после одной минуты отдыха, усугубляющаяся по мере возрастания физической нагрузки (2-я фаза).

По мере нарастания физической нагрузки происходило укорочение времени задержки дыхания непосредственно после ее выполнения. Продолжительность второй фазы через 5, 10,

20, 30, 40 приседаний составила от первой фазы соответственно 39±12, 0с (80±20, 5%); 33±17, 5 с (57±4, 5%); 24±10, 9 с (46, 5±24%); 17±7 с (33±4, 5%); 12±0, 6 с (29±1, 6%).

Тагже по мере увеличения количества приседаний отмечали укорочение продолжительности третьей фазы. Продолжительность задержки дыхания через 1 минуту отдыха составила от первой фазы после 5, 10, 20, 30, 40 приседаний: 66±9 с (149±62, 5%); 60±8, 3 с (116±21%); 43±8, 6 с (80±41, 4%); 36±7, 5 с (68±10, 5%); 24±2 с (54±3, 8%), соответственно.

Выводы

Повышение физической нагрузки у юношей более 20 приседаний способствовало укорочению продолжительности задержки дыхания во второй и в третьей фазах пробы Серкина, что делает возможным проведение этой пробы у лиц с различной толерантностью к физической нагрузке. Проведение пробы в условиях незначительных физических нагрузок (5 и 10 приседаний) свидетельствовало о повышении устойчивости организма к гипоксии спустя 1 минуту отдыха, что может быть использовано для повышения устойчивости организма к гипоксии.

ФОРМИРОВАНИЕ АДАПТИВНОЙ РЕАКЦИИ У ЛЮДЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МАСКУЛИННОСТИ-ФЕМИНИННОСТИ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА

Сорокина Е.С. 4к. 407гр. МПФ, *Михайлова Н.Н.* 4к. 408гр. МПФ
Руководители темы: *Денисенко Н.П.* проф. каф. патологическая физиология, д.м.н., *Хегай М.Д.* проф. каф. патологическая физиология, д.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В настоящее время для оценки качества адаптации в тех или иных ситуациях становятся важными личностные психологические характеристики индивида. Важное место среди них занимает проблема соотношения мускулинно-фемининных качеств в структуре личности. Маскулинность и фемининность – это представление о соматических, психологических и поведенческих свойствах, определяющие полоспецифичные характеристики личности. Они выступают как базовые категории при анализе гендерной идентичности и психологии пола, также определяют уровень ассеротивности, т. е. способности человека не зависеть от внешних влияний и оценок, самостоятельно регулировать собственное поведение и отвечать за него.

Цель

Выявление особенностей формирования эмоционального напряжения у человека в зависимости от преобладания маскулинных, фемининных или андрогинных свойств личности в условиях эмоционального стрессорного воздействия.

Материалы и методы

Проводилась оценка маскулинно-фемининных свойств личности по шкале «маскулинность-фемининность» Фрайбургского личностного опросника (FPI) Fahreberg J., Hampel R., Selg H., 1984, адапт. А. А. Крылова, С. А. Маничева, 2000. Вычисляли индекс функциональных изменений – ИФИ (Баевский Р. М., Берсенева А. П., 2008); уровень испытуемого стресса – УИС (Шейх-Заде Ю. Р. и соавт., 1998, 2001 гг.); вегетативный индекс Кердо (Панин Л. Е., Соколов В. П., 1981). Оценивали величины систолического и диастолического артериального давления (САД, ДАД), частоты сердечных сокращений (ЧСС). В исследовании приняли участие 74 волонтера в возрасте от 19 до 25 лет; 38 человек – лица мужского, 36 – женского пола. Исследование проводили трижды: в исходном состоянии, во время экзамена и после стрессорного воздействия. Статистическую обработку данных проводили с помощью параметрических (критерий Стьюдента) и непараметрических (Вилксона-Уайта, Шапиро- Уилкса) методов.

Полученные результаты

В ходе исследования испытуемые были разделены на 2 группы – мужчины и женщины, и 3 подгруппы в каждой – с преобладанием маскулинных, фемининных и андрогинных свойств. При изучении динамики САД, ДАД и ЧСС были выявлены достоверные различия во всех

группах. При этом наибольшее САД отмечалось в подгруппе «маскулинных» и «андрогинных» мужчин, и у «фемининных» и «андрогинных» женщин.

Во время экзамена во всех группах наблюдалась активация симпатического отдела нервной системы, особенно у «фемининных» женщин. Однако у 17% испытуемых во время экзамена и у 34% - после в группе «маскулинных» мужчин наблюдалась активация парасимпатического отдела нервной системы.

ИФИ является интегральным показателем, характеризующим уровни функционирования сердечно-сосудистой системы, системы обмена веществ и энергии. Стрессовое воздействие вызывало повышение ИФИ во всех подгруппах женщин; у «фемининных» - 17%, «андрогинных» - 18, 2%, «маскулинных» - 24%. После экзамена происходило снижение ИФИ, а в подгруппе «адрогинных» женщин достигало фоновых значений. В группе мужчин ИФИ был наибольшим и достигал 2, 59 -0, 1 баллов. При этом подгруппе «андрогинных» и «фемининных» мужчин после экзамена происходило еще большее нарастание ИФИ - на 8% и 7, 5%, соответственно, и сохранялось на уровне 2, 72[2, 5-2, 9] баллов и 3, 1505 [3, 06-3, 23] ($p<0, 068$), что свидетельствовало о напряжении механизмов адаптации.

Выводы

Формирование адаптивного ответа организма в условиях острого эмоционального напряжения зависят от индивидуальных качеств личности, таких как «маскулинность-фемининность».

ПЕДИАТРИЯ

БОРЬБА ЗА ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Голубева Е.А. 2к. 124гр. сестринское дело, *Кузнецова В.Е.* 2к. 124гр. сестринское дело
Руководитель темы: *Шистер Т.И.*
Санкт-Петербургский фельдшерский медицинский колледж

Актуальность

Грудное вскармливание – наилучший и наиболее безопасный способ кормления, при котором дети получают самое качественное питание. Грудное вскармливание обеспечивает защиту от инфекций и закладывает фундамент нормального психического развития в будущем. Отношение к грудному вскармливанию должно формироваться с самого раннего детства. В семье, где отсутствует желание кормить грудью, приоритет отдается карьере, культивируется неверное представление об отрицательном воздействии грудного вскармливания на фигуру женщины, как правило, нивелируется информация о вреде, наносимым искусственным вскармливанием здоровью ребенка и женщины.

Цель

Целью данной работы стало изучение заболеваний у детей до 1 года жизни, находящихся на естественном и искусственном вскармливание.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели были проанализированы амбулаторные карты 153 детей первого года жизни, находящихся под контролем педиатра детской поликлиники № 61 Калининского района города Санкт-Петербург, в период с 2008-2013гг, из которых 118 находятся на грудном вскармливании и 35 на искусственном. Исследование проводилось с учетом того, что все дети были привиты в соответствии с возрастом.

Статистическая обработка была произведена с помощью программ Microsoft office Excel.

Полученные результаты

1. Среди детей, находящихся на грудном вскармливании, перенесли ОРВИ 23 (19, 5%), анемия 12 (10, 1%), состояние гипотрофии было выявлено у 9 (7, 6%), ПМП 4 (3, 4%), отставание в физическом развитии было отмечено у 11 (, 3%) 2. Среди детей, находящихся на искусственном вскармливании- ОРВИ 28 (80%), анемия 18 (51, 4%), состояние гипотрофии у 11 (31, 4%), ПМП 13 (37, 1%), отстают в физическом развитие 21 (60%).

Выводы

Такая борьба за естественное кормление весьма эффективна, т. к. постепенно возрастает количество кормящих, а дети, находящиеся на грудном вскармливании, в психомоторном и физическом развитии соответствуют возрасту, а в отдельных случаях опережают ровесников, что мы и видим на примере полученных данных в поликлинике № 61.

Несмотря на инновационные технологии в области производства детского питания, возрастание конкурентной борьбы и рекламной компании на этом рынке, грудное питание, а значит здоровье ребенка и женщины, имеет по-прежнему первостепенное значение.

ВАКЦИНАЦИЯ - О РЕАЛЬНОСТИ УГРОЗЫ ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Соболев А.Б. 0к. 243гр. фельдшерское отделение
Руководители темы: *Шистер Т.И.*, *Метляева А.В.*
Санкт-Петербургский фельдшерский медицинский колледж

Актуальность

В последние десятилетия в нашей стране ведется активная пропаганда специфического иммунитета – вакцинации детей, однако, проблема развития неспецифического иммунитета отходит на второй план.

Цель

Выявить рациональность иммунизации детей до года против некоторых заболеваний.

Вакцинация позволяет значительно снизить риск заболевания, но не защищает на 100% от самого факта заражения. При том, если привитый ребенок все же заболеет, выработанный после прививки специфический иммунитет будет способствовать течению болезни в более легкой форме, а также исключить осложнения и тяжелые последствия. Тотальная вакцинация позволяет избежать эпидемий в национальном масштабе. Так есть ли смысл вакцинировать ребенка с учетом всех названных факторов? Не кроется ли здесь угроза? Известно, что вакцинации могут повлечь за собой осложнения.

Материалы и методы

Статистика прививок, предоставленная Детской поликлиникой № 61 Калининского района г. Санкт-Петербурга за 2010-2013 год.

Полученные результаты

Были выявлены следующие реакции на прививки: БЦЖ и БЦЖ (М) – 2430, из них местных реакций и общих реакций без осложнений (далее б. о.) - 2430; АКДС – 2512, из них местных реакций и общих реакций б. о. 2510, инфильтрат (более 2см) – 1, энцефалопатия – 1; Дивакцина (Корь Паротит) – 2966, из них общих реакций б. о. (в т. ч. сыпь, субфебрилитет) и местных б. о. – 2966; Краснуха – 3012, из них местных реакций и общих реакций б. о. – 3012; ОПВ – 4895, из них местных реакций и общих реакций б. о. – 4895.

Обсуждение полученных данных. Необходимо помнить, что прививка – это не разовая процедура. В результате введения вакцины должен вырабатываться адекватный иммунный ответ. Следовательно, необходимо проверять результативность прививки с помощью анализа крови на антитела, что довольно сложно провести в массовом масштабе. Ребенок должен быть полностью здоров. В противном случае могут возникнуть поствакцинальные осложнения. В нашем исследовании 0, 0796% осложнений пришлось на введение АКДС, что составляет 0, 012649% от общего числа прививок. Осложнений при введении дивакцины, БЦЖ и БЦЖ (М), вакцины против краснухи, ОПВ не наблюдалось (0%).

Выводы

1. Иммунизация необходима для большинства детей.
2. Желательно получить консультацию-разрешение иммунолога для конкретного ребенка, что будет грамотным индивидуальным подходом. При принятии решения о вакцинации, необходимо тщательнее решать вопрос о допуске в каждом конкретном случае.

ДИЕТОТЕРАПИЯ И «ЛАКТОЗАР» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Журавлев П.Г. 5к. 503гр. МПФ
Руководитель темы: *Пирогова З.И.* доц. каф. педиатрии, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают одно из первых мест в инфекционной патологии детей раннего возраста. Одной из частых причин ОКИ у детей является вирусные диареи, среди которых лидирующие позиции занимают ротавирусная инфекция 4 генотипа и норавирусная инфекция 2 генотипа. Среди бактериальных кишечных инфекций у детей раннего возраста преобладают стафилококковый энтероколит и эшерихиозы. Известно, что возбудители ОКИ оказывают повреждающее действие на энтероциты апикальной части ворсинок и способствуют снижению активности мембранного фермента лактазы и нарушению расщепления лактозы.

Цель

Оценить эффективность препарата «Лактозар», содержащего лактазу, и безлактозной смеси «NAN» в комплексной терапии детей больных ОКИ.

Материалы и методы

Под наблюдением находились пациенты с ОКИ первых 6 месяцев жизни, из них 22 – с ротавирусной инфекцией, 16 – со стафилококковым гастроэнтеритом, 8 – с различными вариантами эшерихиозов. Диагноз устанавливался по данным анамнеза, типичным клиническим симптомам и подтверждался данными физикального обследования и лабораторными исследованиями. У всех пациентов ОКИ протекали в состоянии средней тяжести. У 13 детей с ротавирусной инфекцией наблюдались явления эксикоза. Для диагностики лактазной недостаточности использовали водородный дыхательный тест и гликемическую кривую с нагрузкой лактозой. Обследованные были разделены на 4 группы: 1-ая группа – грудное скармливание и ферментативный препарат «Лактозар» (12 детей), 2-ая группа –грудное вскармливание с ферментативный препарат «Креон» (8 детей), 3-я группа –безлактозная смесь «NAN» (10 детей) 4- ая группа исскуственное вскармливание, включающее смеси, содержащие лактозу (18 детей).

Полученные результаты

У 20 детей водородный дыхательный тест с нагрузкой лактозой выявил повышение концентрации водорода в выдыхаемом воздухе более 25 ppm, которое свидетельствовало о лактазной недостаточности. У 18 детей лактазная недостаточность была подтверждена данными гликемической кривой с лактозой. Прирост гликемиина 30 минуте в среднем по группе составил 0, 6 ± 0, 18 ммоль/л. Статистически достоверная отчетливая положительная динамика в исчезновении таких симптомов как срыгивание колики в животе, вздутие в животе, нормализация стула у больных 1-ой и 3-ей группы по сравнению с пациентами 4-ой группойпациентов. Таким образом, терапия больных ОКИ, получающих грудное молоко, а при лактазной недостаточности препарат «Лактозар», равно как и детей, получавших в диете безлатозную смесь NAN, была значително эффективнее по сравнению с детьми, находящимися на искуственном вскармливании.

Выводы

Включение ферментативного препарата на основе лактазы и безлактозной смеси «NAN» в комплексную терапию детей первых 6 месяцев жизни больных ОКИ позволяет сократить продолжительность гастроинтестинальных расстройств и восстановить процессы мембранного пищеварения.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Щинова М.Ю. 6к. 607гр. ПФ, *Бурова М.С.* 6к. 607гр. ПФ
Руководитель темы: *Пенкина Н.И.* проф. каф. педиатрии, д.м.н.
ИжГМА, Ижевск

Актуальность

Наблюдается рост частоты аллергических заболеваний, в том числе атопического дерматита. Основные причинно-значимые аллергены у детей с атопическим дерматитом - пищевые.

Цель

Изучить особенности питания детей дошкольного возраста с аллергическими заболеваниями.

Материалы и методы

Проведено анкетирование родителей 86 детей в возрасте от 4 до 7 лет, посещающих дошкольные учреждения в городе и сельской местности. Анкета включала вопросы, касающиеся здоровья матерей и детей, особенностей вскармливания. В I группу (n=39) отнесены дети с аллергическими заболеваниями, II группу (n=47) составили дети I-II групп здоровья без аллергических заболеваний.

Полученные результаты

По результатам анкетирования аллергические заболевания выявлены у 45, 3% детей, с одинаковой частотой в городе и селе. В квартирах детей I группы животных содержали чаще (p<0, 05).Неблагоприятные производственные факторы, курение, отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям были высокими у родителей I группы.Более половины детей обеих групп получали на первом году жизни грудное молоко.В качестве заменителей грудного молока при искусственном вскармливании у большей части детей обеих групп использовали адаптированные смеси (83, 4%), редко – гипоаллергенные (5, 5%).Двое сельских детей I группы получали коровье молоко.Более 1/3 детей первым прикормом введен фруктовый сок и пюре, ранее рекомендованных сроков.Дети I группы получали свекольный, тыквенный, виноградный, морковный соки.Детям I группы чаще, чем II, ранее рекомендованных сроков вводили такие продукты как творог, яичный желток, хлеб, рыбу.Частота раннего введения указанных прикормов была выше у сельских детей I группы.Родители детей I группы отдавали предпочтение мясу курицы.В структуре аллергических заболеваний у детей I группы превалировали атопический дерматит (73, 4%) и пищевая аллергия (66, 6%).

Выводы

Таким образом, у детей в дошкольном возрасте высокий показатель аллергических заболеваний, в I группе достоверно выше наследственная отягощенность, профессиональные вредности, курение родителей, неадекватный выбор заменителей грудного молока при искусственном вскармливании, раннее введение прикормов с высокой аллергизирующей способностью.

ПРЕМОРБИДНЫЙ ФОН И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ.

Пискулина Е.С. 5к. 535гр. ЛФ
Руководитель темы: *Храмцова Е.Г.* доц. каф. педиатрии и детской кардиологии, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В настоящее время инфекционные диареи занимают второе место после острых респираторных инфекций в структуре инфекционной патологии у детей, причем более 50% регистрируемых случаев приходится на долю детей раннего возраста (Геппе Н. А., Горелов А. В., Дронов И. А. , 2011, Hatchette T. F., Farina D., 2011). Вследствие диареи ежегодно умирает 3

миллиона детей (около 80% из них — дети в возрасте до 2 лет). Особенности индивидуального и физиологического возрастного преморбидного фона определяют тяжесть течения острых кишечных инфекций (ОКИ) и риск развития осложнений в различные периоды детства.

Цель

Целью настоящего исследования явилось изучение преморбидного фона и особенностей течения ОКИ у детей различного возраста.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 70 детей, поступивших в СПБ ГУЗ ДИБ № 3 с диагнозом острый гастроэнтерит неясной этиологии в эпидемический период 2013-2014 года (декабрь - февраль). Все дети были обследованы согласно принятым стандартам обследования детей с инфекционными диареями с обязательной экспресс-диагностикой ротавирусной инфекции (ПЦР кала). Больные были распределены в зависимости от возраста на 4 группы: группа детей грудного возраста включала 15 детей, от 1 до 3 лет - 25 детей, группа детей дошкольного возраста -15 детей и группа детей младшего школьного возраста (7 -12 лет) представлена 15 пациентами. Полоспецифическая структура групп обследуемых характеризуется преобладанием девочек, причем их наибольшее количество (15) вошло в группу раннего возраста. Общее количество мальчиков во всех группах составило 32, девочек 38. Клиническая картина ОКИ при поступлении представлена инфекционной диареей в сочетании с катаральным синдромом (ринофарингит) во всех группах, у грудных детей данный синдром имел место у 2 детей (2% по группе), в возрасте от 1 до 3 лет у 14 детей (20% по группе), у дошкольников у 11 детей (16%) и в младшем школьном возрасте - у 7 детей (10%).

Полученные результаты

Этиология ОКИ по группам характеризуется преобладанием острого гастроэнтерита неуточненной этиологии у 15 детей раннего возраста (22% от общего количества больных), у грудных детей возбудитель не установлен у 40% по группе (6 детей). В возрасте от 3 до 7 лет не верифицирован возбудитель у 11 детей (73% по группе), у младших школьников - у 8 детей (53% по группе). Ротавирусная инфекция была подтверждена у 24 детей (34% от общего количества), причем наибольшим был процент детей от 1 до 3 лет (9 детей - 13%), а наименьшим - процент детей школьного возраста. Осложнения представлены очаговой бронхопневмонией и бронхитом у 16 детей (23%), причем в основном у детей раннего возраста (12 детей). Ведущим осложнением является пневмония, рентгенологически подтвержденная у десяти детей раннего и у двоих дошкольного возраста. Преморбидный фон представлен глистно-паразитарными инвазиями (лямблиоз, аскаридоз). Общее количество детей с подтвержденной глистно-паразитарной инвазией составляет 38 детей, более 50% от общего количества детей. Лямблиоз выявлен у 17 детей (24%), аскаридоз у 21 ребенка (30%). Наибольшая частота лямблиоза и аскаридоза выявлена у детей раннего и дошкольного возраста (17 детей).

Выводы

Таким образом, высокая частота инфекционных диарей неуточненной этиологии требует расширения схемы обследования таких больных за счет методов экспресс диагностики вирусов, вызывающих ОКИ с катаральным синдромом (реовирус, аденовирус). Данное заключение подтверждается высокой частотой развития осложнений со стороны дыхательной системы. Преморбидный фон во всех возрастных группах отягощен в основном глистно-паразитарными инвазиями (лямблиоз, аскаридоз), что является фактором риска развития осложненных форм, особенно у детей раннего и дошкольного возраста.

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ МИОДИСТРОФИЯ ДЮШЕННА У ДЕТЕЙ

Золотых И.В. 5к. 561гр. ФИУ
Руководитель темы: *Соколова М.И.* доц. каф. педиатрии
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Первое сообщение о прогрессирующей мышечной дистрофии было опубликовано в России в 1895 г. врачом В. К. Ротом (прогрессирующая мышечная сухотка). В настоящее время доказано наследование по рецессивному Х-сцепленному типу, частота встречаемости в популяции 9, 7-32, 6 на 100 тыс. населения. Течение всегда прогрессирующее, злокачественное – смерть на втором десятилетии жизни в результате истощения дыхательной мускулатуры.

Цель

Изучить анамнестические данные, клинические проявления и течение заболевания, обобщить результаты обследования и лечения.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 10 мальчиков, больных миодистрофией Дюшенна, в возрасте 7-16 лет, которые проходили реабилитацию на базе СПб ГАУЗ «Хоспис» (детский). Также рассмотрен клинический случай пациента из реабилитационного центра им. В. В. Цимбалина (4 года). Материалами послужили результаты обследований широкого круга специалистов: кардиолога, невролога, логопеда и др. Наряду с общеклиническими диагностическими процедурами проведен анализ широкого спектра биохимических показателей (трансаминазы, КФКобщ, ЛДГ). Диагноз подтвержден данными электронейромиографии на базе неврологического стационара Педиатрической академии.

Полученные результаты

Проанализировав данные анамнеза курируемых нами больных, было установлено, что:

- диагноз миодистрофии Дюшенна редко ставится в раннем детском возрасте: из 11 больных лишь у 1 мальчика заболевание было выявлено в 1, 5 года; у всех остальных – в возрасте 4-10 лет;
- в связи с тем, что большая часть детей была из социально неблагополучных семей, оказалось невозможно восстановить особенности антенатального периода развития и только в 5 случаях удалось выявить отягощенный семейный анамнез;
- у всех больных присутствовала задержка физического и интеллектуального развития. Однако у тех мальчиков, которые поступили из семей, где с ними занимались и уделяли большое внимание их здоровью, отставание в развитии было значительно меньше;
- общеклинические лаб. показатели (общий анализ мочи, крови) у обследованных в пределах нормы. В б/х анализе крови характерное повышение трансаминаз (АЛТ=793, 0– 130, 9 Ед/л; АСТ=584, 2-77, 4 Ед/л; ЛДГ=354, 0-1312, 1 Ед/л; КФКобщ=3256, 0-354, 3 МЕ/л), степень повышения не коррегировала с тяжестью состояния больных. Гепатомегалии не отмечалось, показатели белкового, липидного обмена не изменены. Все дети обследованы на маркеры вирусного гепатита, внутриутробной инфекции. Результаты отрицательные.
- изменения со стороны сердечно-сосудистой системы проявлялись в виде обменных нарушений в миокарде желудочков; у всех больных обнаружены малые аномалии развития в виде дополнительной (-ых) хорд;
- больные неоднократно госпитализировались в медицинские центры для проведения реабилитационной терапии (комплекс витаминов, антиоксидантов, глюкокортикоидов в сочетании с лечебной физкультурой, массажем и физиотерапией), однако, несмотря на активные мероприятия со стороны врачей, заболевание носит прогрессирующий характер. С возрастом усиливаются деформации грудной клетки, позвоночника, дистрофии мышц.

Выводы

У врачей-педиатров постоянно должна присутствовать настороженность по отношению к детям со сниженным мышечным тонусом, особенно, если это мальчики. В диф. диагностику следует включать анализ б/х показателей крови, генетическое консультирование и

электронейромиографию. Т. к. лечение прогрессирующей миодистрофии Дюшенна возможно только симптоматическое, необходимо уделять больше внимания вопросам психологической реабилитации детей и уходу за ними.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА У ДЕТЕЙ

Власова И.Ю. 4к. 444гр. ЛФ, *Костромина Ю.В.* 4к. 444гр. ЛФ
Руководители темы: *Махрова И.А.* асс. каф. педиатрии, к.м.н., *Храмцова Е.Г.* доц. каф. педиатрии, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) - хроническое аутоиммунное заболевание, обусловленное продукцией аутоантител к тиреопероксидазе (ТПО) щитовидной железы, тиреоглобулину и кинически проявляющееся зобом и нарушением продукции периферических тиреоидных гормонов. Согласно эпидемиологическим исследованиям, АИТ страдают примерно 1-3% населения Земли. Частота клинически явных форм АИТ в популяции составляет около 1%, причем, число женщин превышает количество мужчин в 4-8 раз (Малявская С. И., Касаткина Э. П., 2011). Распространенность АИТ у детей в различных странах равна 0, 1-1, 2%. Риск развития АИТ значимо повышается в пре и пубертатном периодах. АИТ является одним из классических аутоиммунных заболеваний, развивающихся у наследственно предрасположенных лиц. Генетическая обусловленность АИТ подтверждена его ассоциацией с HLA антигенами DR3 и DR5. У детей и подростков течение АИТ отличается постепенным началом и медленным прогрессированием заболевания, увеличение щитовидной железы может быть умеренным. В большинстве случаев пациенты с АИТ предъявляют жалобы на симптомы соматоморфной дисфункции вегетативной нервной системы. Ранняя диагностика АИТ является особенно актуальной в подростковом возрасте, так как этот период является критическим по развитию сочетанной нейроэндокринной патологии.

Цель

Целью настоящего исследования является рассмотрение возможности ранней диагностики АИТ у детей на основании комплексной оценки истории развития ребенка ф. 112/у и медицинской карты ребенка ф. 026/у-2000 болезней и результатов медико-генетического консультирования.

Материалы и методы

В процессе исследования были изучены материалы историй развития и медицинских карт 3 детей из семьи П., наблюдающихся в детской поликлинике № 58 Невского района, являющихся кровными братьями (2 года, 6 и 8 лет, у старшего и среднего мальчиков установлен диагноз - АИТ, эутиреоз), был собран подробный генеалогический анамнез.

Полученные результаты

По данным генетической карты данной семьи, установлено, что мать и бабушка страдают гипотиреозом с подтвержденнным диагнозом АИТ, что свидетельствует о доминантном сцепленном с Х-хромосомой наследовании. Согласно установленным стандартам эндокринологического обследования, диагноз АИТ подтверждается комплексной оценкой результатов инструментальных методов (УЗИ, сонографии щитовидной железы) и лабораторных данных: гормонов щитовидной железы (Т4 Т3), тиреотропного гормона (ТТГ), антител к ТПО, антител к тиреоглобулину (ТГ). Ведущими методами являются сонография щитовидной железы и исследование уровня титра антител к ТПО. Всем больным было проведено полное лабораторно-инструментальное обследование, в ходе которого было установлено лабораторное подтверждение АИТ у старшего сына, больной П., 8 лет. Специфичность лабораторных данных характеризуется полностью соответствующими норме показателями ТТГ, Т3 и Т4 на фоне резкого повышения АТ к ТГ (показатель составил 437, 4 МЕмл, что в 14 раз выше верхней границы нормы) и АТ к ТПО (данный показатель превысил норму более чем в 23 раза и составил более 500 МЕмл). У кровных братьев все показатели

соответствовали нормальным возрастным величинам. Старший мальчик П, 8. наблюдается у кардиолога с диагнозом синусовая аритмия, младший П., 2г и средний П. 6 лет с диагнозом брадикардия, функциональный систолический шум. У всех пациентов имеются проявления соматоморфной дисфункции вегетативной нервной системы.

Выводы

Таким образом, учитывая полученные данные, ранняя диагностика АИТ у детей в семьях с установленной отягощенной наследственностью по АИТ возможна при условии обязательного наблюдения эндокринологом в пре и пубертатном периоде не реже 1 раза в год.

СИНДРОМ БЛОХА-СУЛЬЦБЕРГЕРА У ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Гадян Л.А. 5к. 544гр. ЛФ
Руководитель темы: *Храмцова Е.Г.* доц. каф. педиатрии и детской кардиологии, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Прогрессивное развитие медицинской генетики способствовало существенному повышению эффективности диагностики генетически обусловленной патологии. К настоящему времени описано свыше 4500 наследственных болезней. Около 5-5, 5% детей рождаются с наследственной или врожденной патологией. Популяционная частота синдрома Блоха-Сульцбергера составляет 1: 91 000, описано более 650 случаев (Воинова В. М., 1999).

Цель

Синдром Блоха-Сульцбергера – это редкое наследственное заболевание кожи, наследуется по Х-сцепленному доминантному типу, характерно для женского пола, летально для плодов мужского пола на ранних стадиях эмбриогенеза. Заболевание передается от матери или в результате возникновения мутации de novo (у 40%пациенток), как правило, в отцовских половых клетках. Сопутствующие ведущему кожному синдрому изменения при синдроме Блоха-Сульцбергера обнаруживаются у 50% больных. Среди них чаще всего (у 65%) выявляются аномалии зубов в виде дефицита дентина или отсутствия ряда зубов, диастемы, микростомии, пилообразные нижние резцы. При рождении у девочек преимущественно на боковых поверхностях туловища, конечностях отмечаются специфические пигментные пятна рыже-коричневого или грифельного цвета, причудливых очертаний, сходные с "брызгами грязи". Изменениям кожи предшествуют воспалительные явления, возможна ретинопатия, аллопеция, дистрофия ногтей, микроцефалия, слабоумие и др. Гиперпигментированные участки к 20 годам бледнеют и подвергаются инволюции.

Материалы и методы

Больная С. А., 3 года 9 мес, находилась на стационарном лечении и обследовании в СПБ ГУЗ ДИБ № 3 с 09. 12. 13г. по 19. 12. 13г. с диагнозом: острая внебольничная двухсторонняя очаговая пневмония С 10 слева, С 9 справа ДНI. При осмотре выявлены остаточные проявления рахита, отмечаются стигмы дисэмбриогенеза: высокий лоб, гипоплазия зубов, распростаненный кариес молочного прикуса. Преимущественно на туловище (боковые поверхности) и на нижних конечностях имеются очаги гиперпигментации кофейного цвета, по форме сходные с завитками, перьями, брызгами грязи. Волосы ребенка- ломкие, жесткие и светло-русого цвета. Ногти не изменены. При обследовании сердечно-сосудистой системы выявлен систолический шум функционального характера, ЭКГ без особенностей. Продолжительность пребывания в стационаре -10 дней, получала соответствующую этиопатогенетическую и симптоматическую терапию.

Полученные результаты

Из анамнеза известно, что девочка от II беременности, протекавшей без особенностей, II срочных родов со стимуляцией родовой деятельности. I роды- мальчик, сейчас 12 лет, здоров. Ребенок родился с двукратным обвитием пуповины, в состоянии асфиксии, закричала через 1 минуту после рождения. Масса тела при рождении 4600г, рост 56 см. К груди приложена в первые сутки жизни, сосала активно. При рождении на коже множественные пузыри и

бородавчатыми папулами, предварительно диагносцирован Синдром Блоха-Сульцбергера, ребенок на 5-е сутки был переведен в Педиатрическую академию для уточнения диагноза и дальнейшего лечения. Девочка обследована в медико-генетическом центре, где был подтвержден синдром Блоха-Сульцбергера, мутация de novo.

Выводы

Вывод: У девочки при рождении имеются признаки внутриутробно ускоренных темпов роста (вес при рождении 4600 г, рост 56 см), что может быть одним из маркеров данного синдрома. Клинические проявления синдрома Блоха-Сульцбергера представлены сочетанием поражения кожи и её придатков и аномалий зубов, что считается прогностически наиболее благоприятным течением заболевания.

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ И ГУМАНИТАРНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЛАТЫНИ

СЕМАНТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ КАК ИННОВАЦИОННЫЙ ПРИЕМ ЗАПОМИНАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЛЕКСИКИ В КУРСЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА

Беленец А.В. 2к. 219гр. МПФ
Руководитель темы: *Павлюченок М.Б.* доц. доц. каф. латинского языка
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

При изучении курса латинского языка в медицинском вузе большое внимание уделяется изучению греко-латинских дублетных названий органов в клинической терминологии. Поскольку для большинства студентов медицинская терминология является новым, не изучаемым ранее разделом, то при запоминании слов возникают определенные трудности. Справиться с ними поможет метод ассоциации, когда название органа можно проецировать на хорошо знакомый русский термин.

Цель

Показать принцип данного метода. Так, например, при запоминании существительного caput, itis n ‘голова; головка’ на ум приходят понятия «капитуляция», «капитан», «капитал». Сразу напрашивается вывод, что корень медицинского, в данном случае, термина используется как основная составляющая хорошо известных слов. Конечно, без проверки в словарях иностранных слов не обойтись.

Материалы и методы

В результате работы со словарями появляется желание выделить весь семантический ряд, ассоциирующийся с медицинским термином. В случае с caput методом ассоциации удалось выделить следующие термины: капитуляция, капитал, капитан, капитель, капюшон, капуцин, капучино, капелин, капот, капор, кепи, капрал, капуста, Капитолий, Капитон (мужское имя). Вспомнилось и английское capital ‘столица’, и немецкое «Гитлер капут», что значит ‘Гитлер разбит’, т. е. буквально ‘Гитлер потерял голову’. Стоит отметить, что при образовании терминов в некоторых случаях использована практическая основа capit-, а в других случаях только ее часть. Метод семантической ассоциации позволил выявить некоторые медицинские термины с данной составляющей. Термин capillus, i m ‘волос’ происходит от выражения capitis pilus ‘волос головы’, и, следовательно, также несет в себе морфему от caput. Термин «капилляр» (лат. vas capillare) назван за сходство с волосом и имеет в составе этот же корень. В латинском словаре удалось обнаружить термины, происходящие от caput – capitale, alis n ‘головная повязка’; capillare, is n ‘помада для волос’. Для запоминания греческого корня kephal-; cephal- достаточно вспомнить слова песни «Шаланды полные кефали...», поскольку кефаль или голован

(в латыни capito, onis m) буквально переводится ‘большеголовый’. В связи с развитием туриндустрии в памяти всплывает название греческого острова Кефалония. Есть версия, что его название связано с названием скалы Кефалус, благодаря которой место получило прозвище «остров с головой». Стоит отметить, что греческого название головного мозга encephalon, i n буквально переводится ‘в голове’ и несет в себе морфему cephal-.

Выводы

Поиск семантического ряда лексики от медицинской морфемы не только увлекателен сам по себе; он помогает выработать навык работы со словарями и расширить кругозор знаний, так как за разъяснением приходится обращаться к научным и историческим источникам. Рассмотрение общего семантического ряда позволяет обратить внимание на другие медицинские термины и исследовать их происхождение. Поскольку количество терминов значительно и большинство из них являются объектом для ассоциаций, то данная тема служит постоянным объектом для научно-исследовательской работы студентов. И самое важное – применение метода ассоциации и построение общего семантического ряда помогает студентам-медикам запомнить термины и успешно справиться со всеми формами контроля. Данный метод может быть успешно использован как один из приемов инновационных технологий, который направлен на повышение качества учебного процесса и формирования профессиональных и общекультурных компетенций у будущих специалистов.

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ

Сагьдиев А.И. 5к. 1506гр. ЛФ, *Стегунова Н.А.* 5к. 1506гр. ЛФ
Руководитель темы: *Орлов Г.В.* асс. каф. психиатрия и наркология, к.м.н.
КазГМУ, Казань

Актуальность

Самоубийство является серьезной проблемой общественного здоровья. Достаточно отметить, что ежегодно на земном шаре совершается около 1 млн. самоубийств, а у мужчин в возрасте 25-45 лет самоубийство выходит на приоритетные позиции среди всех причин смерти. Часто суицид рассматривают как осложнение тех или иных психотических расстройств и заболеваний, например, депрессии или шизофрении. Однако многие авторы считают, что суицидальный акт также может сочетаться с множеством психических расстройств, темпераментов и психических состояний.

Цель

Выявление и анализ психологических особенностей при суицидальном поведении.

Материалы и методы

Выявления психологических нарушений у больных РКПБ МЗ РТ им В. М. Бехтерева с незавершенной суицидальной попыткой клинико-психопатологическим методом, с помощью тестов: тест Люшера, тест суицидальной мотивации по Вагину, а также анкетирование. Вопросы анкеты включали в себя изучение наследственного фактора, социальной адаптации, отношение к религии, отношение к своей попытке суицида, а также обращаемость к психологу или психиатру.

Полученные результаты

По результатам проведенного исследования нами было изучено 20 больных, имеющих в анамнезе суицидальные попытки, из них: 45% больные шизофренией (F20), 25% больных с биполярным аффективным расстройством (F30), 20% органическими расстройствами (F0) и 10% с интеллектуальной недостаточностью (F70). Возраст больных от 17 до 58 лет, среди которых: работающих 40%, учащихся - 20% и не работающих - 40%. Фактор наследования установлен в 35% случаев. Обращаемость к психологу или психиатру среди респондентов

составила 35%, 30% состоят на диспансерном учете. У больных с суицидальной попыткой выделились следующие мотивационные аспекты суицидального поведения: анемическая мотивация (потеря смысла жизни) – 32%, анестетическая мотивация (невыносимость страдания) - 30%, альтруистическая (смерть ради других) – 18%, инструментальная мотивация (манипуляция другими) - 7%, аутопунитическая мотивация (самонаказание) - 4%, гетеропунитическая (наказание других) – 7%, поствитальная (надежда на что-то лучшее после смерти) – 2%. При исследовании суицидальной мотивации у больных с шизофренией, биполярными аффективными расстройствами и интеллектуальной недостаточностью преобладает анемическая мотивация, а у больных с органическими расстройствами - анестетическая. При проведении теста по Вагину и теста Люшера, преобладает анемическая и анестетическая мотивации и соответствие им желтого цвета в 12% случаев при выборе первого цвета; в выборе последнего цвета преобладает черный цвет с анемической мотивацией в 18% случаев.

Выводы

В ходе исследования нами была выявлена зависимость, что определенным нозологическим формам психиатрических заболеваний соответствует определенная суицидальная мотивация и психо-эмоциональный фон. Изучение особенностей психологического портрета личности с суицидальным поведением позволит разрабатывать методики прогнозирования профилактики суицида среди населения.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПРИМЕРЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МНПЦ НАРКОЛОГИИ

Тягунов Д.С. асп. 2-го года каф. общественного здоровья и здравоохранения, *Долгов Д.А.* орд. 2-го года каф. общественного здоровья и здравоохранения, *Анисимов В.Н.* 5к. 521гр. МПФ
Руководитель темы: *Новаков А.В.* заместитель главного врача по развитию МНПЦ наркологии
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Приоритетным направлением при реализации политики в отношении лиц, потребляющих наркотики, является использование современных реабилитационных программ. Для этого в систему реабилитации привлекаются специалисты различных профессий: педагоги, психологи, социальные работники и так далее. Логика такого подхода обоснована концептуальными представлениями о детерминации потребления наркотиков, социальных механизмах формирования девиантного поведения, в связи с потреблением наркотиков. Неконтролируемый рост числа лиц употребляющих наркотики, ставит перед системой здравоохранения необходимость решения важной медико-социальной проблемы – совершенствование медицинской помощи наркозависимых. На современном этапе развития здравоохранения с этой проблемой успешно справляется Московский научно-практический центр наркологии (МНПЦ наркологии). Методика реабилитации в МНПЦ наркологии включает в себя не только задачи по оказанию собственно медицинской помощи, но и по организации психологической помощи больным, обязательно учитывающей социокультурные и информационные аспекты коррекции индивидуального психического состояния больного. С целью повышения результативности реабилитационной программы и улучшения организации наркологической помощи населению, применяют три основных принципа:

1. Принцип динамической группировки пациентов и система социального прессинга на потребителей психоактивных веществ;
2. Принцип технологически выстроенной организации профилактики употребления психоактивных веществ и непосредственно лечебно-реабилитационного процесса наркологических больных;
3. Принцип жестко детерминированной этапности организации работы медицинских организаций, оказывающих наркологическую помощь.

Целью исследования являлось оценка деятельности МНПЦ наркологии и анализ эффективности медико-социальной программы реабилитации за период с 2005 по 2012 год. В

этот период в МНПЦ наркологии поступило 34403 человека, из которых в медико-социальной реабилитации приняли участие всего 2331человек, что составило 7% от общего количества пациентов. Из 2331 человек участвующих в медико-социальной реабилитации полный курс лечения прошли 1683 человека в процентном соотношении 72, 6%. Оставшаяся часть пациентов 648 человек, прошли не полный курс реабилитации, так как были отчислены за нарушение режима или не явку. При оценке длительности периода ремиссии было выявлено, что медико-социальная реабилитация, демонстрирует более высокие показатели ремиссии, чем просто медикаментозная программа. Показатели ремиссии после проведения медикаментозной программы составили: ремиссия от 6-и месяцев до 1-го года - 14, 2% и от 1-го года до 1, 5 лет составила 12, 4% пациентов. Показатели ремиссии при проведении медико-социальной программы реабилитации составили: от 6-и месяцев до 1-го года составило - 43, 1%, от 1-го года до 1, 5 лет составило - 38, 6%, что свидетельствует о высокой эффективности данного метода реабилитации наркозависимых. Благодаря совершенствованию медико-социальной программы и адаптации ее под наркологических больных, за исследуемый период с 2005 по 2012 год количество случаев ремиссии от 6-и месяцев до 1-го года возросла на 15, 8% а количество случаев ремиссии от 1-го года до 1, 5 лет возросла на 12, 3%.

В завершение следует сказать, что медико-социальная реабилитация наркологических больных представляет собой комплекс лечебных мероприятий с подключением в соответствующий период времени мероприятий по социальной адаптации и реинтеграции наркологических больных. Этот период времени определяется исключительно клиническим состоянием пациента, его психологической готовностью к трезвому образу жизни. В результате проведенных исследований показано, что эффективность (количество случаев ремиссии, длительность участия больного в лечебных, психотерапевтических и реабилитационных программах) находится в прямой зависимости от числа пройденных этапов лечения. Очевидно, что при полном совпадении вышеперечисленных условий результативность медико-социальной реабилитации наркологических больных будет максимальной.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

Поздеев М.В. асп. каф. психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Руководитель темы: *Ковалев Ю.В.* проф. каф. психиатрии, наркологии и медицинской психологии, д.м.н.
ИжГМА, Ижевск

Актуальность

Одной из важных характеристик пациентов, страдающих шизофренией, является высокая частота сопутствующих соматических заболеваний. В исследованиях, проводимых в последние годы, отмечается высокая коморбидность шизофрении и соматических заболеваний, наиболее частыми из которых являются артериальная гипертензия, гиперлипидемия, метаболический синдром и сахарный диабет. Коморбидная шизофрении соматическая патология сопряжена не только с повышением показателей заболеваемости, но и с проблемами в оказании психофармакологической помощи.

Цель

Оценить клинические проявления и социальные параметры у больных параноидной шизофренией, страдающих сахарным диабетом типа 2.

Материалы и методы

Обследовано 39 больных с параноидной шизофренией с непрерывным типом течения. Методы исследования: клинико – психопатологический, клинико – катамнестический, антропометрический, биохимический, статистический. Для изучения динамики психопатологической симптоматики использовалась шкала оценки позитивных и негативных симптомов (PANSS); шкала оценки социального и профессионального функционирования – (SOFAS).

Полученные результаты

Все пациенты были разделены в 2 группы: 1 группа - 19 больных с ранее установленным диагнозом сахарного диабета 2 типа (СД2), 6 пациентам - диагноз установлен впервые (2 группа); у 14 пациентов в результате проведенного обследования диагноз сахарного диабета не подтвержден. Возраст пациентов 1 группы был от 23 до 74 лет, средний возраст составил 48. 23±17, 08 года. Во 2 группе пациенты были в возрасте от 28 до 31 года, средний возраст 29±2, 12. Мужчин в обеих группах было 13, женщин – 12. Все пациенты на момент обследования получали терапию: традиционными нейролептиками – 20 больных, атипичными антипсихотиками - 5. При обследовании в условиях стационара был зафиксирован повышенный уровень глюкозы натощак, соответствующий декомпенсации СД2 (8, 6±0, 8 ммоль/л в группе 1 и 8, 8±0, 21 ммоль/л в группе 2). Средний общий балл шкалы PANSS составил 124, 6±39, 4 в 1 группе и 154. 6±16, 7 во 2 группе, что свидетельствует о выраженности психопатологической симптоматики. По шкале SOFAS оценка профессионального и социального функционирования выявила следующее: в 1 группе у 5 больных отмечались резко выраженные расстройства в нескольких сферах деятельности (40-31 балл), у 10 - состояние соответствовало 50-41 баллу; 4 пациента не были способны к функционированию ни в одной сфере (30-21 балл). Пациенты 1 группы не наблюдаются у эндокринолога и не выполняют рекомендации, у 6 пациентов отмечался анозогнозический вариант отношения к заболеванию в виде полного отрицания наличия диабета.

Выводы

Социально – психологические и клинико – психопатологические особенности больных параноидной шизофренией, высокий диабетогенный потенциал антипсихотиков, свидетельствуют об актуальности проводимого исследования.

НОВЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ЗДОРОВЬЕ ОБЩЕСТВА

Ильченко Е.Г. 6к. 12гр. ЛФ

Руководитель темы: *Гайворонская Е.Б.* асс. каф. психиатрии с наркологией, к.м.н.

ВГМА им. Н.Н.Бурденко, Воронеж

Актуальность

Новые информационные технологии (НИТ) позволяют расширить границы познания окружающего мира. Современный человек все больше погружается в виртуальные реальности, не отдавая себе отчета о возможных негативных последствиях, которые требуют дальнейших научных исследований и практических разработок для их минимизации. Новым фактором, усиливающим привязанность к Интернет миру являются Социальные сети.

Цель

Определить степень влияния НИТ на здоровье пользователей.

Материалы и методы

Объект исследования – 227 человек (81 М., 146 Ж.). Возрастной диапазон: от 10 до 17 лет – 159 человек (школьники). А 68 - старше 18 лет.

Полученные результаты

Проведено Интернет-анкетирование, по разработанному нами опроснику, согласно которому основной сферой интересов во «Всемирной паутине» являются социальные сети. 27, 75% респондентов большую часть времени проводят «он-лайн». 55, 5% хотя бы раз отмечали агрессию в свою сторону. 4% сами являются агрессорами, то есть социальные сети являются сферой «без цензуры». Проявления психосоматических расстройств (с ведущим болевым синдромом) были выявлены у подавляющего числа активных пользователей - 91%.

Выводы

Социальные сети усиливают привязанность к Интернет миру, в первую очередь вследствие замены реального общения виртуальным, при этом, зависимость от посещаемых

социальных сайтов намного больше, нежели от компьютерных игр. Полностью исключить Интернет и НИТ из жизни невозможно и не нужно. Необходимы четкие правила и регламенты использования информационных технологий, а также мониторирование и коррекция содержимого серверов и сайтов осуществляемое не локально, а на международном уровне. Нами был проведен анализ данных по безопасным ресурсам Рунета и составлен список полезных сайтов, а также разработана памятка для детей и подростков по правильному сетевому поведению.

И помните, ваше здоровье – в ваших руках! Поэтому не стоит их опускать!

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Парамонов А.А. 6к. 5гр. ЛФ
Руководитель темы: *Соловьёв А.Г.* проф. каф. психиатрии и клинической психологии, д.м.н.
СГМУ, Архангельск

Актуальность

Внешние проявления состояния острого алкогольного опьянения и связанные с ним особенности субъективного восприятия физиологических и психологических изменений являются отражением сложного процесса, зависящего от совокупности внешних и внутренних факторов. Противоречия между субъективным ощущением и объективными проявлениями интоксикации нередко лежат в основе конфликтных случаев при осуществлении экспертной оценки, а также возможных неадекватных действий отдельных лиц, как в обычной, так, особенно, и в экстремальной обстановке.

Цель

В связи с этим целью работы явилось обоснование алгоритма объективизации оценки личных изменений при алкогольной интоксикации.

Материалы и методы

Алгоритм позволяет количественно оценить выраженность изменений физиологических функций организма и психологических параметров с использованием бальной оценки основных признаков, анализируемых при проведении освидетельствования на состояние алкогольного опьянения.

Указанная цель достигается путем личного заполнения Анкеты субъективной оценки состояния алкогольного опьянения (АСОСАО) с постановкой баллов, оценивающих «повышение» («улучшение») или «снижение» («ухудшение») признаков, что дает возможность выработки индивидуальной социально-приемлимой позиции и будет способствовать профилактике делинквентного поведения.

Вместе с тем, наличие большей или меньшей степени «психологической защиты», связанной с характерологическими особенностями, а также с этическими установками личностей, относящихся к различным социальным группам, могут способствовать желанию уменьшать или, наоборот «гипертрофировать» проявления отдельных алкоголь-обусловленных симптомов. В связи с этим, для «нейтрализации «психологической защиты» и снятия предварительной установки на «правильные» ответы нами предлагается использование Шкалы объективизации личностной оценки состояния алкогольного опьянения (ШОЛОСАО). Данный алгоритм применяется после индивидуального заполнения АСОСАО. Обследуемому без предварительной подготовки предлагается, не пользуясь заполненной анкетой, повторно ответить на вопросы, касающиеся индивидуальных изменений в состоянии опьянения, но оценивая признаки не в баллах, а отмечая их изменения на шкале, имеющей изначально центральную метку, соответствующую нормальному значению конкретного признака (его оценке в трезвом состоянии), с возможными отметками вправо или влево, соответствующим большему («повышение» или «улучшение») или меньшему («снижение» или «ухудшение») значениям признака. По окончании исследования отмеченные значения признаков

накладываются на шаблон с возможностью количественной оценки «повышения» / «снижения» выраженности признака.

Выводы

Сопоставление данных, представленных в АСОСАО и на ШОЛОСАО по одинаковым вопросам, но неожиданным для самого обследуемого и оцениваемым им разными способами, дает возможность объективизации оценки, а также выявления попытки целенаправленной или неосознанной «аггравации» или «симуляции» ответов.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СИФИЛИСА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Контримович С.В. 6к. 644гр. ЛФ
Руководитель темы: *Задорожная О.В.* асс. каф. психиатрии
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

На сегодняшний день в мире распространённость парентеральных инфекций, таких как вирусные гепатиты и ВИЧ, несмотря на предпринимаемые усилия по борьбе с ними не только не сокращается, но даже возрастает (В. И. Покровский, Н. И. Брико, 2010). Статистика смертности ВОЗ, свидетельствует, что более 308000 смертей ежегодно связано с раком печени, вызванным вирусным гепатитом С. От последствий хронического гепатита В ежегодно погибает 1млн. человек. Особенно высока заболеваемость этими инфекциями, а также некоторыми инфекциями, передающихся половым путём, среди психических больных, что связывают с такими особенностями их поведения, как склонность к беспорядочным половым связям и парентеральное употребление наркотиков (Essok S. M., Dowden S., Constantine N. T., Katz L. 2003). В России особенности распространённости этих инфекций среди психически больных на сегодняшний день изучены недостаточно.

Цель

Оценка распространённости вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции и сифилиса среди пациентов, страдающих психическими заболеваниями и находящихся на стационарном лечении.

Материалы и методы

Обследовано 120 пациентов с психическими заболеваниями, проходивших стационарное лечение в СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница святого Николая Чудотворца». Пациенты были обследованы в течении 2-х месяцев. Было проведено клинико-анамнестическое исследование (изучены социальный статус, семейное положение, условия проживания пациентов). Также было проведено исследование сыворотки крови на наличие маркеров ВИЧ-инфекции, гепатита В и С методом ИФА, а так же РПГА для обнаружения такого заболевания как сифилис.

Полученные результаты

В исследование были включены пациенты мужского и женского пола в возрасте 25-67 лет. При обследовании было выявлено 18 больных с данными инфекциями (15%). 10 мужчин и 8 женщин. Из них 13 пациентов имели вирусный гепатит С, 4 из них имели ВИЧ-инфекцию, 3 пациента страдали вирусным гепатитом В и 2 пациента - сифилисом. В нозологической структуре преобладала шизофрения, преимущественно параноидная форма 55, 5%. Также встречались биполярное аффективное расстройство (22, 2%), рекуррентное депрессивное расстройство (5, 5%), алкогольный галлюциноз (16%). Преобладали пациенты мужского пола в возрасте 40 лет. Большая часть данной группы пациентов были социально дезадаптированы: не имели собственной семьи и проживали с родственниками; 10 пациентов являлось инвалидами II и III групп по психическому заболеванию. В анамнезе большинства больных с этими инфекциями встречалось указание на употребление наркотических веществ длительное время (героин, амфетамин, эфедрон и каннабис).

Выводы

Предварительные результаты данного исследования свидетельствуют о высокой распространённости вирусных гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции и сифилиса среди психических больных. Вероятно, это обусловлено нарушением сексуального поведения у мужчин и женщин (беспорядочные половые связи, гомосексуализм), а так же употреблением наркотических средств парентеральным способом. Необходимо более глубокое исследование взаимосвязи психических заболеваний с парентеральными инфекциями в стационарах города. На исход и прогноз вирусных инфекций может повлиять регулярное обследование психических больных с изучением социально-демографических и клинических структур.

ОЦЕНКА ОТНОШЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ К ПРОБЛЕМАМ ПСИХИАТРИИ

Ильясова Ю.С. 6к. 61гр. ПФ, *Ильясов С.Ю.* 6к. 65гр. ПФ
Руководитель темы: *Баянова Н.А.* доц. каф. общественного здоровья и здравоохранения №1, к.м.н.
ОрГМА, Оренбург

Актуальность

Актуальность: проблема «стигматизации» - «миф» о неизлечимости психиатрических заболеваний, больных людей выделяют в особую группу «сумасшедших», от которых окружающим следует держаться подальше; показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами служит косвенной характеристикой социального расслоения общества и нарушения адаптивных механизмов психики индивидуума (по данному показателю в 2011 году Оренбургская область занимала 7 ранговое место в ПФО); среди всех классов болезней по Оренбургской области психические расстройства являются единственным классом болезней, имеющих тенденцию к росту показателя; психические расстройства, как причина первичной инвалидности, занимают 4 ранговое место.

Цель

Определение уровня осведомленности населения Оренбургской области о вопросах психиатрических заболеваний, доступности оказания психиатрической помощи населению, и оценка социального отношения населения к людям с психиатрическими заболеваниями.

Материалы и методы

Данные из информационно-аналитического сборника ФКУ «Главного бюро медико-социальной экспертизы по Оренбургской области» «Состояние инвалидности в Оренбургской области» за 2012 год, анкетирование (283 респондента).

Полученные результаты

В анкетировании приняло участие 283 респондента, из них 71% городское население, 29% жители села. Среди опрошенных большинство женщины (61%), имеют семьи (46%). Средний возраст опрошенных – 20-35 лет (73%), большинство являлись работниками умственного труда (78%). 12% опрошенных указали наличие знакомого или родственника страдающего психическими расстройствами, из них 28% считают, что лечение этих людей улучшило их психическое состояние. Исследуя проблемы «стигматизации»: 39% всех опрошенных не испытывают никаких чувств к людям с психическими расстройствами, 17% - испытывают к ним страх; 9% всех респондентов сами обращались к психиатру, из них 81% удовлетворены оказанной помощью, испытывают чувство стыда в связи с тем, что лечились у психиатра – 54%. При обнаружение у себя психическом симптоматики большинство опрашиваемых обратятся к участковому терапевту (22%). 46% считают психиатрическую помощь доступную для населения; 47% считают, что психические заболевания – это болезнь мозга; по мнению респондентов причиной психических болезней являются социальные стрессы (33%) и «дурная» наследственность (20%). 79% считают, что психические болезни излечимы. Половина опрошенных испытывали чувство жалости, а другая половина считала данных людей источником опасности для общества.

Выводы

Полученные в результате исследования сведения о заболеваемости психическими расстройствами, динамики и структуры психических заболеваний и уровню инвалидности, отражают негативную картину состояния психического здоровья населения Оренбургской области. Результаты указывают на сложившуюся в нашем регионе проблему «стигматизации», которая требует разработки мероприятий по данной проблематике заинтересованных служб, не только системы здравоохранения.

ПРИЕМ ПАЦИЕНТАМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРЕПАРАТОВ БЕЗ НАЗНАЧЕНИЯ ВРАЧА

Семенихина Д.В. 5к. 536гр. ЛФ
Руководитель темы: *Некрасов В.А.* асс. каф. психиатрии и наркологии
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Основная опасность самолечения заключается в том, что взаимодействие препаратов, выписанных врачом и средств, применяемых пациентами без назначения врача (БНВ) может приводить к ухудшению состояния пациентов и потере времени, необходимого для правильного лечения.

Цель

Изучение особенностей приема препаратов пациентами с психическими расстройствами без назначения врача.

Материалы и методы

Методом анонимного анкетирования, нами было опрошено 55 пациентов, страдающих шизофренией в стадии формирования ремиссии в Психиатрической больнице св. Николая Чудотворца (мужчин - 17 (30, 9%), женщин- 38 (69, 1%)). Средний возраст пациентов составил 49, 7 лет. Всем пациентам предлагалось ответить на ряд вопросов, касающихся приема ими препаратов и других средств для улучшения своего состояния БНВ. Для удобства анализа результатов пациенты были поделены на 2 группы по половой принадлежности.

Результаты и обсуждение

Анализируя полученные результаты, следует отметить, что для улучшения психического состояния пациенты принимают препараты БНВ чаще (92, 7%), чем при соматических заболеваниях (38, 2%). Значительная часть пациентов (12, 7%) принимает препараты БНВ ежедневно, а треть (34, 6%) достаточно регулярно до нескольких раз в месяц. Кроме того, полученные нами данные выявили существенные различия в изучаемом явлении в группе мужчин и женщин. Так, оказалось, что женщины значительно чаще, чем мужчины используют транквилизаторы (71, 1%%), алкоголь (31, 6%), а мужчины седативные средства растительного происхождения (64, 7%) для улучшения своего психического состояния. Побочные эффекты от самолечения больше описываются мужчинами (41, 2%). Надо отметить, что больше половины всех пациентов не считает необходимым сообщать о данных препаратах врачу.

Выводы

Практически все пациенты с психическими расстройствами самостоятельно и регулярно принимают препараты БНВ. Структура принимаемых самостоятельно препаратов различается среди мужчин и женщин. Описанное явление нуждается в дальнейшем изучении и пристальном внимании врачей-психиатров, ведущих амбулаторный прием пациентов с психической патологией.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛИТЕРАТУРНЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

Гасымова Н.З. 4к. 461гр. ФИУ
Руководитель темы: *Некрасов В.А.* асс. каф. психиатрии и наркологии
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Книги на протяжении многих веков являются одним из основных источников знаний. Несмотря на стремительное развитие информационных технологий, книги остаются неотъемлемой частью жизни людей и у каждого человека есть книга, которая учавствовала в его становлении как личности. Книги способствуют развитию таких когнитивных функций как интеллект, память, мышление, речь и одновременно выступают как элемент отдыха.

Цель

Сравнение литературных предпочтений больных шизофренией и соматических больных.

Материалы и методы

В исследовании использовалась анкета, состоящая из 8 простых вопросов, касающихся литературных предпочтений, уровня внимания и способности сосредоточиться на прочитанном материале. Было проведено анкетирование двух групп больных: основная группа с диагнозом шизофрения и контрольная группа с соматической патологией. В основную группу вошло 63 пациента, 16 (25%) мужчин, 47 (75%) женщин, средний возраст которых составил 53 года, с диагнозом шизофрения в стадии становления ремиссии, находящиеся в Психиатрической Больнице Святого Николая Чудотворца на отделениях общего типа, в основную группу – 23 пациента, 8 (35%) мужчин, 15 (65%) женщин, средний возраст которых – 59 лет, находящихся в хирургическом отделении СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

Полученные результаты

в результате анкетирования были получены следующие данные: в основной группе – 70%, в контрольной – 87% пациентов любит в свободное время читать книги. В основной группе – 59%, в контрольной группе – 87% пациентам удается сосредоточиться на прочитанном материале. В основной группе 61%, в контрольной – 73% пациентов предпочитает отечественную литературу. В основной группе - 61%, в контрольной группе - 27% пациентов предпочитает классическую литературу. В основной группе - 78%, в контрольной – 78% читает прозу. На данный момент в основной группе читают книги 49%, в контрольной – 47% пациентов. В основной группе - 15%, в контрольной – 0% пациентов читают духовную литературу.

В основной группе 11% пациентов обозначили А. Дюма как любимого автора.

В основной группе 17% пациентов любят читать романы, 18% - детективы, 5% - сказки, 30% - приключения, 15% - духовную литературу, 10% - журналы. В контрольной группе – 60% романы, 30% - детективы, 5% - научную литературу, 5% - фантастику.

Выводы

при сравнении результатов анкетирования группы пациентов с шизофренией с контрольной группой было выявлено, что пациенты с шизофренией: менее заинтересованы в чтении и им сложнее сосредотачиваться на прочитанном, что вероятно связано с эмоционально-волевыми и когнитивными нарушениям, однако около половины пациентов продолжают регулярно читать и предпочитают более серьёзную литературу, чем в контрольной группе.

Полученные результаты могут оказаться полезными в разработке реабилитационных программ.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА И МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В КОСМЕТАЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ

Непоседова А.Г. 5к. 593гр., *Шумков В.А.* асс. каф. сестринского дела с клинической практикой, [2]*Петрова А.Б.* асс. каф. сестринского дела с клинической практикой
Руководитель темы: *Петрова А.И.* доц. каф. сестринского дела с клинической практикой, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Несмотря на все усилия, инфекционных заболеваний в мире меньше не становиться. По статистике ежегодно в мире умирают 51 миллион человек, из них 17, 3 миллиона – от инфекций. Проблему распространения инфекций в косметологии нельзя рассматривать в отрыве от общей эпидемиологической ситуации в стране.

Цель

Анализ уровня безопасности пациента и медицинской сестры в косметологическом кабинете.

Материалы и методы

Исследование проводилось методом анктирования на базе Государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования "Санкт-Петербургский центр последипломного образования работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием" Федерального медико-биологического агентства и Центра эстетической медицины (студия красоты).

Полученные результаты

По результатам данных анкетирования 36% опрошенных клиента салона красоты, даже не задумывались над вопросом о риске заражения в косметологическом кабинете. При этом 50% опрошенных выполняют процедуры, с одним из главных рисков осложнения, которого является инфицирование. Данные исследования показали, что только у 32% респондентов, на рабочем месте имеется оборудование, требующееся в строгом порядке, для стерилизации инструмента, установленными санитарными правилами и другими действующими нормативно-методическими документами. По данным анкетирования, очевидно, что медсестры косметологического кабинета в 59%, не знают санитарных норм, и нарушают санитарные правила, установленные действующим СанПиН 2. 1. 2. 2631-10.

Выводы

Данное исследование показало, что медицинские сестры по косметологии, в большинстве случаях не знают и не соблюдают санитарно-эпидемический режим, тем самым не соблюдают прямых должностных обязанностей и подвергают опасности инфицирования, как пациентов своего учреждения, так и самих себя.

Посетителям, организаций коммунально-бытового назначения, оказывающих парикмахерские и косметические услуги, рекомендуется соблюдать бдительность в выборе салона красоты, не покупаться на рекламные акции, сомнительных организаций, требовать соответствующие документы, подтверждающие в рамках закона, осуществляемую деятельность.

ДОВРАЧЕБНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ В ВЫЯВЛЕНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ - ПОЛИКЛИНИКИ

Шмагина Н.Ю. 5к. 591гр. ФСО и МСР, *Петрова В.Б.* асс. каф. сестринского дела с клинической практикой, *Петрова А.Б.* асс. каф. сестринского дела с клинической практикой
Руководитель темы: *Петрова А.И.* доц. каф. сестринского дела с клинической практикой, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Метаболического синдрома (МС) в современной медицине вызвана, прежде всего, большим медико-социальным значением. Не смотря на высокую распространенность МС и высокий риск сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с МС, алгоритм обследования для выявления группы лиц, нуждающихся в полном обследовании для исключения МС до настоящего времени не разработан. Роль медицинской сестры в раннем выявлении пациентов с МС, в профилактических мероприятиях по предупреждению и лечению МС остается не уточненной.

Цель

Определить эффективность доврачебного обследования пациентов в выявлении метаболического синдрома на уровне первичного звена здравоохранения – поликлиники.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе ФГБУ «КДЦ с поликлиникой». В ходе исследования последовательно отобрано 1780 пациентов, обратившихся за медицинской помощью в поликлинику, которые разделены на две группы. В первую группу включены 935 пациентов (412 мужчин и 523 женщины, средний возраст - 46, 45±14, 36 лет), которые не осматривались в доврачебном кабинете. Во вторую группу вошли 845 пациентов (384 мужчин и 461 женщин, средний возраст - 45, 77±14, 82 лет), которые перед осмотром врача обследованы в доврачебном кабинете. По характеру основного заболевания, сопутствующей патологии группы достоверно не различались. Всем пациентам II группы на доврачебном этапе, не зависимо от повода к обращению, профиля специалиста, к которому обращался пациент, проводили антропометрические измерения, включая определение объема талии и бедер, измеряли АД и оценивали наличие признаков МС. По завершению обследования в поликлинике определена частота диагностики МС в отобранных группах.

Полученные результаты

Результаты исследования показали, что среди обследованных пациентов в I группе частота выявления МС составила 8, 8%, во II группе – 22, 5% ($p<0, 001$).Сочетание двух компонентов МС установлено у 13, 2% среди пациентов I-й и у 26, 27% - II группы ($p<0, 001$).Ретроспективный анализ медицинской документации позволил установить, что наиболее частой причиной «пропуска» при диагностике МС было отсутствие антропометрических данных, включая окружность талии.Недостаточность информации для ретроспективного распознавания МС (по данным регистрации информации в амбулаторных картах) в I группе была достоверно выше по сравнению со II группой ($p<0, 001$).

Выводы

По итогам исследования сформулированы следующие выводы:

- Распространенность МС среди пациентов, обращающихся за медицинской помощью в поликлинику, высока.
- Доврачебное обследование пациентов позволяет повысить эффективность диагностики МС.

СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ

«ОБЩЕСТВО ПОТРЕБЛЕНИЯ», КАК ФАКТОР ТРАНСФОРМАЦИИ ЦЕННОСТНОГО МИРА ЧЕЛОВЕКА В ФИЛОСОФИИ ЖАНА БОДРИЙЯРА

Цололо Я.Б. 2к. 255гр. ЛФ
Руководитель темы: *Хомутова Н.Н.* каф. гуманитарных и социальных наук
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

«Общество потребления» — социальный феномен, уже более пятидесяти лет находящийся в сфере внимания и изучения со стороны философской, социологической, антропологической, экономической и политической наук. Сегодня продолжается его познавательная динамика.

Цель

Проанализировать «общество потребления» в творчестве Жана Бодрийяра.

Материалы и методы

Методы исследования: анализ, индукция. Материалы исследования: «Общество потребления» Жана Бодрийяра, критика и рецензии на его творчество.

Полученные результаты

Феномен «общество потребления» рассматривается исследователями, как общество самообмана, в котором невозможны ни подлинные чувства, ни культура. В нем даже изобилие является следствием тщательно маскируемого дефицита человеческих ценностей. Жан Бодрийяр – французский социолог, культуролог и философ-постмодернист, фотограф. Он глубоко проанализировал этот социальный феномен, отразив результаты в произведении «Общество потребления», написанном им в 1970 году. Его анализ впечатлил многих, тем более некоторые прогнозы автора, к сожалению, сбылись. Хоть сам мыслитель не ставил перед собой задачу, что-то предсказать.

В произведении автор рассматривает людей, которые превращаются в машины потребления. Понятие счастья и ценности стали измеряться не полнотой переживания любви, а количеством потребления любви. Люди стали измерять успех количеством, а не качеством. Однако максимальное количество может породить только ординарность. Что-то настоящее – всегда штучная, индивидуальна работа. Общество потребления требует однотипности и шаблонности товара, чувства, поведения. Все это является следствием, возведённой в культ социальной дифференциации, направленной на оправдание в любых условиях необходимости экономического роста. Бодрийяр считает, что в подобном обществе происходит манипулирование потреблением, людям предлагается широкий ассортимент услуг, которые им, в сущности, не нужны. Стандарты общества потребления возводят в ранг необходимого бедность, войны и эстетическую медицину, у всех них одна цель — бесконечное наращивание производства и потребления.

Выводы

Книга Ж. Бодрийяра – книга-предчувствие и сожаление о невозвратности живого мира, так как жизнь становится товаром, обесценивается ее смысл. Однако круг не замыкается, если человек осознает тупик потребления. И еще при условии, что он начинает осознанно и критически относиться к окружающей его реальности.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАУКИ И ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЕЙ

Рыбаков В.А. 2к. 242гр. ЛФ
Руководитель темы: *Сушко А.В.* доц. каф. социально-гуманитарных наук, экономики и права, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Издавна люди искали ответы на вечные вопросы о мире, месте человека, того, что его окружает. Эти ответы послужили фундаментом для построения новых идеологических систем, которые и определяли превалирующие ценности в обществе. Естественно, что в отличных друг от друга обществах на разных этапах исторического развития существовали диаметрально противоположные системы ценностей. Отсюда следует вывод, что определение фундамента подобных конструкций полностью определяло качество социальной жизни и скорость прогресса в мире.

Цель

Доказать прямую связь науки и общечеловеческих ценностей.

Материалы и методы

Философский анализ, метод индукции. В работе использовались материалы периодических изданий.

Полученные результаты

Принято считать, что по опросам морали, вопросам добра и зла, вопросам хорошего и плохого наука никаких официальных суждений не делает, так как наука имеет дело с фактами, а у фактов и ценностей есть различные друг от друга ареалы воздействия. Однако, очевидно, что это заблуждение. Ценность – это некий вид факта. Это факт, касающийся благого самочувствия, наделенных сознанием субъектов. Факт о их сознательном опыте.

Существует огромное количество спектров состояний социумов, индивидуумов и природы в целом. Существуют государства, которые являются недееспособными, в которых разрушены все системы, где отсутствует основа для мирного сотрудничества, где людей убивают не разбираясь. В то же время существуют цивилизованные общества с развитыми методами управления, имеющие тенденции к устойчивому развитию и самосовершенствованию. При всем этом, мы прекрасно понимаем, куда именно должно двигаться внутри этих спектров.

Большинство людей рассматривают эти вопросы через призму религии. Подобное положение вещей привело к обособлению большей части диспутов о вопросах морали от обсуждения реальных страданий человека и животных. Еще одной проблемой является специфика обсуждения подобных вопросов в академических кругах. Здесь для нас характерна особая позиция. Мы слишком дорожим различием во мнениях. Отношение интеллектуального сообщества таково: нет возможности утверждать, что кто-то абсолютно прав, а кто-то абсолютно не прав.

Выводы

Необходимо признать то, что на вопросы о человеческом благоденствии существуют правильные и неправильные ответы, и что мораль относится именно к этой области фактов. Отдельные личности или культуры могут строиться на неверных ответах. Простое признание этого поможет нам пересмотреть рассуждения о морали и обратиться к реальным проблемам общества и человека.

ГУМАНИЗМ ФИЛОСОФСКИХ ВЗГЛЯДОВ ВЛАДИМИРА СОЛОВЬЁВА.

Должикова О.В. 2к. 281гр. ЛФ
Руководитель темы: *Хомутова Н.Н.*
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Нравственное преображение человека и всего человечества – центральная проблема в духовно-философских исканиях Владимира Соловьёва, он призывал к «теургическому деланию», к участию человека в осуществлении божественного промысла, к «превращению мирского царства в царство Божие». Этот гуманистический потенциал его учения сегодня вызывает своевременный интерес.

Цель

Проанализировать, исходя из идей философа, является ли признание добра высшим критерием социальной оценки и одним из путей к глобальному гуманизму.

Материалы и методы

Исторический и логический методы. Философские произведения Владимира Соловьева.

Полученные результаты

Владимир Соловьёв рассматривал гуманизм, как духовное движение вперёд русского человека и всей России. Русский человек осуществляет путь гуманизма, исходя из своей особенности – соборности. Этот взгляд раскрыт философом в учении о всеединстве. По Соловьёву, положительное всеединство существует не за счёт всех или в ущерб им, а «в пользу всех». Задача философии – осознать смысловую заданность всеединства, то есть высшую закономерность саморазвития нашего мира. Вера обусловливает некую сообщенность, духовную коммуникацию и солидарность людей на Земле, солидарность перед Богом и друг перед другом.

Роль государства в жизни человека особенно подчеркивается философом. Государство непосредственно влияет на должную, обязательную для доброй воли, организацию человечества. Государство — охраняет интересы граждан. Владимир Соловьев писал, что «правовое принуждение не принуждает никого быть добродетельным. Его задача — препятствовать злому человеку стать злодеем (опасным для общества)». Общество не может жить исключительно только по нравственному закону. Для защиты всех интересов нужны юридические законы и государство. С момента возникновения христианства, история общества превращается из процесса человеческого в процесс богочеловеческий: в истории действует нравственное начало, ведущее его к всеединству.

Современный человек в охоте за беглыми минутными благами и летучими фантазиями потерял правый путь жизни, торопится создать материальные блага, забывая о душевных качествах и ценностях. В нравственной формулировке «спасающий спасается» русский философ видел ключ к «тайне прогресса». Чтобы постигнуть душевно-духовную жизнь человеку, кроме работы интеллекта, требуется ещё сердечное участие. Подражая Декарту, Вл. Соловьёв пишет: «Я стыжусь, следовательно, я существую». Совесть – это голос Божий. Стыд, жалость и благоговение, утверждал философ в «Оправдании добра», три центральных, основополагающих начала, образующих фундамент человеческой нравственности и гуманности.

Выводы

Владимир Соловьёв верил в неодолимую силу нравственного Добра, в том числе и в доброе начало в человеке, которое поможет быть ему более гуманным и терпеливым по отношению к другим людям. Этот положительный смысл его философии отражает неразрывную связь гуманизма с нравственными законами, которые возможны в «соборной», общественной жизни людей. Помимо них он определял ведущую роль в осуществлении гуманизма государству и праву, они являются формальным и обязательным компонентом в его развитии. Именно гармонизируя личностное и общественное, ориентируясь не только на свое благополучие, но и на благополучие других, возможен путь к гуманизму.

ДУХОВНЫЙ КРИЗИС И БУНТ В ФИЛОСОФИИ АЛЬБЕРА КАМЮ

Цветкова Е.В. 2к. 262гр. ФИО
Руководитель темы: *Хомутова Н.Н.* доц. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Современный мир претерпевает духовный кризис, что делает проблему осмысления человеческого бытия важной и наиболее обсуждаемой в современном обществе.

Цель

Исходя из концепции А. Камю, показать, что поиск смысла жизни способен стать фактором преодоления духовного кризиса человека даже в условиях абсурда существования.

Материалы и методы

Анализ концепции смысла жизни, понятий абсурда и бунта А. Камю.

Полученные результаты

Экзистенциализм или философия существования зародился в начале 20 века. Одним из ярких ее представителей является А. Камю. Самым главным вопросом философии Камю является вопрос о том, стоит ли жизнь того, чтобы быть прожитой. По мнению философа, вопрос о смысле жизни, неразрывно связан с понятием абсурда. А жизнь не имеет никакого изначального, заданного смысла, смысл возникает как порождение наших размышлений о жизни. Если мы попытаемся понять, что такое мир (без человека), то поймём, что мир бессмысленен сам по себе. Проблема возникает, когда человек его очеловечивает, когда возникает желание сделать его понятным, включить его в сознание мышления, тут- то и возникает ощущение странного разлада между внутренним ощущением и миром внешним, в связи с чем, философ вводит понятие абсурда. Абсурд – кризисное ощущение себя в мире, он появляется, когда человек абстрагирует, выделяет себя из мира. Но это и есть единственное, что связывает мир с человеком. Но возможно ли выиграть у абсурда?

В эссе «Миф о Сизифе», философ показывает нам рождение человека абсурда. Сизиф знает, что камень, который по велению богов тащит на гору, покатится вниз и всё начнётся сначала, но он принимает это, следовательно, поднимается над богами, над своей судьбой, камень становится его делом. Знания достаточно, оно гарантирует свободу.

А. Камю сравнивает жизнь современного человека с этим мифом, считая её столь же трагичной и во многом абсурдной. Действия людей рутинны, однообразны и не приносят никакой пользы. Философ считал, что жить, значит – исследовать абсурд, бунтовать против него. В произведении «Бунтующий человек», нам показано постоянное столкновение человека со своим собственным неведением. Для того, чтобы придать жизни ценность, нужно бунтовать, не соглашаться с тем, что тебе посылает мир, сомневаться и не реагировать необдуманно. Человек бунтующий отрицает, но не отрекается.

Яркий и показательный пример бунта — искусство. Камю пишет: «Искусство не есть ни тотальный отказ, ни тотальное согласие с тем, что есть». Искусство — и отказ, и согласие одновременно. Ибо тотальное отрицание в искусстве ведет к чистому формализму, к отрыву и уходу от мира, а тотальное принятие — к чистому «фотографическому реализму»: и то, и другое абсолютно бесплодно, тогда как истинный художник и принимает мир, используя его материал для своих творений, и переделывает его, накладывая на косное вещество мироздания неповторимый отпечаток своего стиля.

Выводы

«Я бунтую, следовательно, мы существуем» — знаменитое высказывание А. Камю, объединяющее личность с другими людьми. Нужно сконцентрироваться и с максимальной ясностью осознать выпавший нам удел и мужественно нести бремя жизни, не смиряясь с трудностями и бунтуя против них. По нашему мнению, бунт А. Камю есть один из возможных вариантов творчества, которое является сущностной характеристикой человека. Русский философ Н. А. Бердяев писал, что «человеческая природа, сознающая свою самость, свое самостоятельное и свободное бытие, должна вечно существовать лишь как природа творческая, творящая. В тайне творчества открывается бесконечная природа самого человека и осуществляется его высшее назначение». Творчество придает смысл жизни человеку.

ЗНАЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ ЗАКОНОВ ДИАЛЕКТИКИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ

Власик Р.А. 2к. 201гр. МПФ
Руководитель темы: *Шмерлинг И.Ш.* доц. каф. Социально-гуманитарных наук, экономики и права., к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Основные законы диалектики – есть неотъемлемая составляющая науки диалектики, передающая концепцию взаимосвязи и развития событий, процессов и явлений; их знание, понимание и применение способно значительно улучшить эффективность проводимого лечении и научных исследований.

Цель

Определить значение основных законов диалектики для медицинской науки.

Задача: опираясь на умозрительные рассуждения и метод сравнения доказать необходимость применения основных законов диалектики для медицинской науки.

Материалы и методы

Рассуждение, сравнение, анализ, синтез, индукция, дедукция. Материалы: «Наука логики» Г. В. Ф. Гегеля, перевод фрагментов сочинения Гераклита Эфесского «О природе» Владимира Нилендера.

Полученные результаты

Основные законы диалектики оказываются в значительной мере актуальными и применимы для практического использования в процессе лечения пациента и медицинских исследованиях.

Выводы

Основные законы диалектики должны быть неотъемлемой частью практики врача, а также исследователя, занимающегося научными изысканиями. Их применение позволит углубить понимание процессов происхождения и развития патологического состояния организма пациента, лечения пациента, улучшить наработки профилактической медицины и разработать новые, помочь в процессе медицинских исследований, повысить качество практических методов применяемых в медицине.

ИСТОРИКО-ФИЛОСОФСКИЙ АНАЛИЗ ПОНЯТИЯ «СЛУЧАЙНОСТЬ»

Парасюк А.Р. 2к. 281гр. ЛФ
Руководитель темы: *Хомутова Н.Н.* доц. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Вопрос о «случайности» полемичен, она признается в качестве самостоятельного и универсального, а не вторичного начала строения и эволюции мира, утверждается конструктивная роль случая как фактора свободы человека и непредопределенности и необратимости социальных изменений, условия появления нового в истории.

Цель

Проанализировать понятие «случайность» в его исторической интерпретации.

Материалы и методы

Исторический анализ, индукция. В работе использовались материалы периодических изданий.

Полученные результаты

Случайность можно определить, как проявление внешних неустойчивых связей в действительности, проявление результата пересечения (совпадения) независимых процессов или событий. Случайность это и отсутствие закономерностей, непредсказуемость соответствующих явлений и событий. Во все времена и столетия люди находили к этому понятию свой ключ. Уже в античной философии сформировались две трактовки понятия «случайность»: 1) Случайность есть незнание причин, вызывающих то или иное явление, реально существует только необходимость (Демокрит); 2) Случайность является конструирующим началом во Вселенной (Эпикур).

Философы Нового времени высказывались иначе, например, И. Кант определил случайность логически: это то, противоречащая противоположность чего возможна. Идея «свободной причины», сформулированная им, отчасти являлась преломлением аристотелевской трактовки, определяющей случайность как спонтанное появление дальнейшей необходимости, само не имеющее причины. Другой философ Г. В. Ф. Гегель отмечал, что необходимость и случайность нельзя мыслить раздельно, так как эти категории предполагают друг друга. Если Аристотель выделял как необходимые, так и случайные события, то Г. В. Ф. Гегель отмечал, что они необходимы и случайны одновременно.

В историческом процессе случайность интерпретируется, как философская категория для выражения таких связей действительности, когда между событиями отсутствуют непосредственные, постоянные, друг друга определяющие зависимости. Случайность выражает наличие разнообразия в мире, придает черты неповторимости эволюционным процессам. История взглядов на «случайность», в том числе применительно к обществу, колебалась от полного отрицания роли случая (жесткий детерминизм) до его абсолютизации.

Выводы

Человек открывает для себя мир по законам случая, в процессе проб и ошибок, что свидетельствует о фрагментарности социального мира, где историческое событие как функция определенных обстоятельств задано случайным образом, будучи персонифицированным через особенности действующих людей. Задним числом мы можем объяснить необходимость какого-либо исторического события, но для современников оно всегда неожиданно, что и вызывает у людей представление о наличии в истории неких сверхчеловеческих сил. Наличие «случайности» свидетельствует о нелинейности исторического процесса, о невозможности точных исторических предсказаний.

МУЗЫКА И ПОСТМОДЕРНИЗМ.

Смирнова Н.С. 2к. 213гр. МПФ
Руководитель темы: *Кузнецов В.Д.* доц. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Постмодернизм – сложное, многомерное, интенсивно развивающееся движение современной философской и социо-гуманитарной мысли Запада, своеобразная реакция на существенные перемены, происходящие в мировой культуре в последней трети XX века. Развитие этого философского явления активно наблюдается и по сей день и имеет своё отражение в литературе, искусстве, науке, литературоведении, философии, социологии и в том числе музыке.

Цель

Проанализировать основные черты философии постмодернизма и его отражение в музыке.

Материалы и методы

Для проведения данного исследования была рассмотрены работы Делёза, Жана Бодрийяра, Фуко, Умберто Эко, творчество музыкантов XX века, представителей различных

авангардных музыкальных направлений: от джаза до поп. музыки. Для освящения данной темы был выбран метод теоретического анализа.

Полученные результаты

В философии и в музыке постмодернизма, так же как и в культуре в целом, действуют механизмы деконструкции, ведущие к распаду философской системности, философские концепции сближаются с «литературными дискуссиями» и «лингвистическими играми», преобладает «нестрогое мышление». Философия искусства постмодернизма не предполагает никакого соглашения между концепциями, где каждый философский дискурс имеет право на существование. Таким образом, осуществляется преодоление непреодолимого (трансгрессия) как переход к новым идеологиям на современном этапе. Другая особенность постмодернистской эстетики – трактовка искусства, отличающаяся от классическойоткрытостью, направленностью на непознаваемое, неопределенностью (Дж. Кейдж в известной пьесе 4′33″ не издаёт ни звука, и сама композиция, по словам автора, содержит исключительно окружающий шум). Люди перестают следовать определённым канонам, стилистическим рамкам. Стираются грани между, казалось бы, совершенно несовместимыми вещами (например, классические музыкальные произведения в современной обработке), для исполнения композиций используются самые неожиданные предметы (Бойд Райс подключал фен для сушки волос к электрогитаре, использовал электрополировщик обуви в качестве музыкального инструмента).

Выводы

На основании рассмотренных музыкальных произведений и основных концептов философов постмодернизма можно утверждать стилистическое сходство мышления философов и музыкального мышления. Склонность к импровизации, поиск новых форм выражения, полистилистичность присущи как философии так и музыке постмодерна. Музыканты не перестают импровизировать, экспериментировать с жанрами и со звуком, а каждое выступление превращается в массовое шоу.

НАЗВАНИЕ: ЖИЗНЬ И СМЕРТЬ В ТВОРЧЕСТВЕ Ф. М. ДОСТОЕВСКОГО И Л. Н. ТОЛСТОГО

Алексеев Ю.А. 2к. 282гр. ЛФ

Руководитель темы: *Хомутова Н.Н.* доц. каф. социально-гуманитарных наук

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Тема жизни и смерти часто интерпретируется в литературном творчестве и является одним из главных вопросов философии, ведь человек смертен, а следовательно, вопрос о бытие или небытие после смерти будет всегда его волновать.

Цель

Доказать, что смерть, как таковая, является призмой для оценки жизни персонажей и дальнейшего понимая идей авторов и сюжета.

Материалы и методы

Методы: анализ, индукция, обобщение. Материалы исследования: произведения писателей Достоевского Ф. М, и Толстого Л. Н.

Полученные результаты

Писатели расценивают смерть, как некую призму. Для русского человека жизнь как таковая не интересна, в то время как смерть есть не просто конец, а то, через что тебя вспомнят поколения. Например, если бездомный алкоголик, неожиданно погибнет храбро, спасая людей из горящего дома, то все скажут, что он был хороший человек и его проступки, уже никому не будут нужны, хотя раньше они служили призмой для оценки его жизни и личности. Таким образом, смерть в позитивном ключе или геройская смерть, есть добродетель, в то время как постыдная или «серая» смерть, есть зло. Для понимания, почему писатели используют такой прием, нужно знать некоторые детали их биографии.

Толстой, Лев Николаевич (1828-1910) - Участник Крымской войны, видел ужасы войны и лишения. Увиденное в Крыму, оставило отпечаток на нем на всю жизнь и на его творчестве. Таким образом, Толстой встречался со смертью лицом к лицу в течение нескольких лет. Также, Толстой всегда размышлял о смерти в особом ключе, настолько особом, что, несмотря на его набожность, Православная церковь придала его анафеме за его рассуждения.

Достоевский, Фёдор Михайлович (1821-1881) - За участие в «Деле Петрашевского» был приговорен к смерти и в последний момент был помилован императором, заменившим казнь на сибирскую каторгу.

Таким образом, анализируя факты из жизни писателей, которые столкнулись со смертью и были с ней близки, можно сделать интересные выводы о ключевых персонажах их произведений, которые живут и умирают по-разному. Примеры: Смерть четы Свидригайловых в "Преступлении и наказании"/ смерть Андрея Балконского в "Войне и Мире" и т. д. Через смерть каждого персонажа, авторы дают оценку всей их жизни и трудов, а самое главное, то, как ее воспримут остальные в конкретном ключе - положительном или отрицательном.

Выводы

Смерть применяется как призма в литературном творчестве Толстого и Достоевского, для того, чтобы создать определенные образы и натолкнуть читателя на определенные мысли и образы.

ПОЗИТИВНАЯ ЕВГЕНИКА: ДОБРО ИЛИ ЗЛО?

Острецова Т.С. 2к. 213гр. МПФ
Руководитель темы: *Галковская О.А.*
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Изучение положительных и отрицательных аспектов применения методов позитивной евгеники и определение ее роли для будущих поколений в рамках биоэтики. Обращение к этой проблеме актуально, так как целью евгеники является охрана и улучшение наследственности человека. Евгеника, при правильном ее применении может помочь человеку улучшить не только наследственные признаки, но и качество жизни, исключив высокую вероятность наследственных заболеваний, возможные пороки развития и патологии умственной, психической и физической жизни человека.

Материалы и методы

При рассмотрении данной проблемы были использованы труды: «Будущее человеческой природы» Ю. Хабермаса, «Генетика человека» Асланяна М. М., «Усовершенствование человека как проблема биоэтики» Хен Ю. В., «Евгеника» Козлова Н И. В работе применялся метод теоретического анализа, а также сравнительная методология.

Полученные результаты

Евгеническая идея пронизывает всю культурную историю человечества. Уже древнейшие мифы описывают человека как создание, утратившее изначальное совершенство. Сочинения античных философов, средневековые трактаты и труды гуманистов эпохи Возрождения отражают недовольство духовным и физическим несовершенством человеческого существа и содержат рецепты его усовершенствования посредством реформирования государственного устройства или системы воспитания. В этих сочинениях высказывается мысль о том, что к человеку можно применять те же средства селекции, что и к домашним животным. Английский ученый Ф. Гальтон понимал евгенику как многоэтапный научно обоснованный процесс, который принимается людьми добровольно и осознанно.

В основе евгенических мероприятий лежат методы отбора, то есть селекция. По степени жесткости обора евгенику подразделяют на позитивную и негативную. Негативная евгеника предполагает приостановить передачу по наследству субнормальных генов. Позитивная - предполагает создание благоприятных условий для деторождения определенным, избранным (одаренность, умственные способности, здоровье) членам общества через материальные и

моральные стимулы. И в первом, и во втором случаях евгенические мероприятия осуществляются путем отбора, что, несомненно, носит дискриминационный характер и ущемляет интересы личности и определенных социальных групп населения.

Выводы

Таким образом, в позитивной евгенике можно выделить две стороны, которые условно можно подразделить на «добро» или «зло». Целью «добра» является улучшение умственных, физических и других качеств человека. «Зло» видится в том, что евгенические методы применяются непосредственно к человеку, еще не родившемуся, не учитывая его пожеланий. Человек оказывается перед фактом – его сделали совершенным по сравнению с многими другими людьми, что может негативно сказаться на жизни такого «совершенного» человека. Вмешательство в процессы закладки жизни будущего человека, может привести к изменениям не только антропометрических показателей, но и всей жизни в целом. Сам по себе факт отбора, селекции людей является не совсем справедливым, а практическое применение евгенических мер потребует радикальной реформы системы морали.

ПРАВИЛО КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ: ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ.

Каширская А.С. 2к. 258гр. ЛФ
Руководитель темы: *Галковская О.А.*
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Древнейший постулат медицинской этики о неразглашении информации о пациенте сохраняет свое значение и в современных условиях. Он находит отражение в государственных законодательных актах, национальных и международных этических документах.

Цель

Целью данной работы является: определить наиболее значимые факторы, обеспечивающие существенное значение правила конфиденциальности; выделить основные проблемы, связанные с его применением в медицинской деятельности. В исследовании были использованы тексты древних и современных кодексов медицинской этики, документы Всемирной медицинской ассоциации, законы РФ, обеспечивающие конфиденциальность медицинской информации о пациенте, материалы сети Интернет по биоэтике.

Материалы и методы

Гиппократ относил умение врача молчать к «доблестям души». С древних времен и по сегодняшний день врачи считают необходимым сохранение в тайне информации о больном и «особенностях его семейного уклада». Американский специалист по биоэтике Р. Эдвардс выделил семь факторов, определяющих значение конфиденциальности во взаимоотношениях врача и больного: защита «неприкосновенности частной жизни»; защита социального статуса; защита экономических интересов пациента; обеспечение откровенности в общении; обеспечение доверия между врачом и пациентом; защита авторитета медицинской профессии и статуса врача; реализация права пациента на уважение автономии личности.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 Г. № 322-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в ст. 13 гарантирует право пациента на конфиденциальность информации о диагнозе, прогнозе заболевания и других сведениях составляющих предмет медицинской тайны. Основные проблемы применения правила конфиденциальности в медицинской практике связаны, прежде всего, со случаями, когда закон обязывает врача передать известную ему информацию третьим лицам. Например, действие правила конфиденциальности ограничивается в отношении неавтономных пациентов (дети до15 лет, нарушение сознания и т. п.), при наличии угрозы распространения инфекционных заболеваний, в случаях нанесения ущерба здоровью противоправными действиями.

Полученные результаты

Круг проблем, связанных с применением правила конфиденциальности оказывается гораздо шире, чем обозначено законом. С информацией о пациенте в современных условиях

работает не только конкретный врач, но и врачи других специальностей, а также медицинские сестры. Поэтому конфиденциальность уже становится моральным качеством всего коллектива. Проблема конфиденциальности перерастает в вопрос о надежности и технических систем, сохраняющих информацию о пациенте. Существует еще одна группа проблем применения правила конфиденциальности, связанная с конфликтом ценностей в практике врачей определенных специальностей: генетиков, психотерапевтов, психиатров. Это случаи, когда информация о пациенте может затрагивать жизненно важные интересы третьих лиц, а пациент не дает разрешение на передачу информации, тем самым ставя врача перед нелегким моральным выбором. В нашей стране сохраняется традиция врачей-онкологов не распространять правило конфиденциальности на членов семьи больного. Если прогноз неблагоприятный, он, как правило, скрывается от пациента, а информация сообщается родным и близким. С точки зрения современной биоэтики подобная позиция неэтична.

Выводы

Правило конфиденциальности чрезвычайно важно для организации эффективного социального взаимодействия врача и пациента, но имеет ряд проблем в практике применения. Что требует от медицинского работника высокой степени готовности к решению сложных моральных задач и обоснованному нравственному выбору.

ПРОБЛЕМА ЖИЗНИ И СМЕРТИ В ДУХОВНОМ ОПЫТЕ ЧЕЛОВЕКА

Дорош А.В. 2к. 215гр. МПФ, *Горпиняк Ю.Ю.* 2к. 215гр. МПФ
Руководитель темы: *Сушко А.В.* доц. каф. социально-гуманитарных наук, экономики и права
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В жизни каждого человека рано или поздно наступает момент, когда он задается вопросом о конечности своего существования, поэтому проблема жизни и смерти остается поводом для философских размышлений с древнейших времен по настоящее время.

Цель

Показать, какое место смерть занимает в религии, науке, философии и духовном опыте человека.

Материалы и методы

Анализ концепции смысла жизни, понятий жизни, смерти и бессмертия.

Полученные результаты

Жизнь и смерть - вечные темы духовной культуры человечества. О них размышляли пророки и основоположники религий, философы и моралисты, деятели искусства и литературы, педагоги и медики. По сути дела, речь идет о триаде: жизнь - смерть - бессмертие, поскольку все духовные системы человечества исходили из идеи противоречивого единства этих феноменов. Наибольшее внимание при этом уделялось смерти и обретению бессмертия в жизни иной, а сама человеческая жизнь трактовалась как миг, отпущенный человеку для того, чтобы он мог достойно подготовиться к смерти и бессмертию. С помощью религия, философия и наука решается проблема жизни и смерти. Кратко их ответы можно было бы выразить следующим образом: религия видит смысл жизни в единении с Богом; философия – в рациональном постижении истины; а наука – в максимальном познании мира.

В каждой религии проблема смысла жизни рассматривается по-разному. Христианский смысл жизни, заключающийся в приобретении личностью богоподобных духовных ценностей и вере в реальное воскресение тела для бесконечной жизни в Боге.

Другая мировая религия – ислам – исходит из факта сотворённости человека волей всемогущего Аллаха, который, прежде всего, милосерден.

Отношение к смерти и бессмертию в буддизме значительно отличается. Будда отказывался отвечать на вопросы: бессмертен ли познавший истину или смертен он, может ли познавший быть смертным и бессмертным одновременно? В сущности, признаётся только один вид «дивного бессмертия» — нирвана, как воплощение трансцендентного Сверхбытия, Абсолютного Начала, не имеющего атрибутов.

В современной науке вопрос жизни и смерти рассматривается с точки зрения сложной и весьма противоречивой, вызывающей душевный трепет проблемы эвтаназии - спокойной и легкой смерти. Следует уточнить, что под эвтаназией понимается не просто легкая, безболезненная смерть, а смерть, которая соответствует желанию самого умирающего (либо его родственников и близких, если умирающий безвозвратно потерял сознание) и происходит при содействии - активном или пассивном - медика. Именно этим определяется как тот контекст - контекст медицинской практики, - в котором можно осмысленно обсуждать проблемы эвтаназии, так и круг лиц, к ней причастных. Вместе с тем здесь затрагиваются и глубинные слои человеческого существования, и фундаментальные ценности общества, чем и объясняется острота дискуссий.

Выводы

Философские размышления о жизни и смерти оказываются необходимыми для решения конкретных проблем биологии, медицины и здравоохранения. Но все же, поиск и обретение смысла жизни и деяний каждого человека носит сугубо индивидуальный, личностный характер. Можно сказать, что смысл смерти и бессмертия, равно как и пути его достижения, являются обратной стороной проблемы смысла жизни. Очевидно, что эти вопросы решаются различно, в зависимости от ведущей духовной установки той или иной цивилизации.

ПРОИСХОЖДЕНИЕ ЖИЗНИ КАК ЭКСПЕРИМЕНТ ДЛИНОЮ В ВЕЧНОСТЬ.

Соколовская Д.М. 2к. 287гр. ЛФ
Руководитель темы: *Хомутова Н.Н.* доц. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

14 миллиардов лет существует жизнь во Вселенной, 50 миллионов лет существует Земля, а сколько времени на Земле присутствует человек? Все философы во все времена бились над вопросами: кто мы, откуда мы, кто наши предки. До сих пор нет исчерпывающих ответов на эти полемичные вопросы.

Цель

Рассмотреть философские взгляды о происхождении жизни на Земле и феномен человеческой цивилизации.

Материалы и методы

Методы: дедуктивный, индуктивный, аналитический. В работе использовались первоисточники философов Античности, материалы периодических изданий.

Полученные результаты

Считается, что жизнь зародилась в результате «Большого взрыва», но откуда появился человек? В школах детей учат теории Дарвина, что люди произошли от гоминидов. Много философских предположений было еще в Античности. Например, ученик Пифагора, поэт Эмпедокл «помнил» несколько своих воплощений: «Сначала я был мальчиком, потом девушкой, затем растением, птицей, рыбой, а потом громадным морским лебедем». Великие умы решали вечную загадку возникновения жизни, проникая силой мысли в метафизику и диалектику бытия. Исходя из своих воззрений, древние философы приходили к пониманию живого космоса, животворящей силы слова.

Многочисленные взгляды мыслителей Античности, Средних веков, Нового времени и наших современников гипотетичны. Можно выделить четыре основных концепции в этом вопросе: 1. Жизнь создана Богом; 2. Существовала вечно; 3. Жизнь внеземного происхождения; 4. Жизнь образовалась в результате физических и химических процессов на Земле. Интересна и правдоподобна теория Опарина о жизни, зародившейся в океане из сложного раствора органических веществ с образованием ДНК и РНК. На основе достижений современной генетики рассмотрено единство живой и неживой природы. Интересны сегодня и вопросы возникновения жизни во Вселенной в связи с открытием «частицы Бога» - бозона Хиггса на новейшем ускорителе в Европе.

Происхождение человеческой цивилизации ученые изучают посредством археологических исследований. Еще в древности люди знали, что цивилизации гибнут и только камни с их письменами способны донести до нас информацию о них. Были найдены наскальные рисунки, которые свидетельствуют о зарождающейся цивилизации, благодаря которым почерпнуты знания древних людей. Например, еще не придумано современных способов проведения операций по трепанации черепа, люди используют старые технологии, которые были получены еще в древности.

Выводы

Вопрос о возникновении жизни остается открытым в науке. Развитие жизни и становление человека рассматривается через анализ цивилизаций и перспектив ее существования: будет ли она вечной и что нужно сделать для ее существования. Современную цивилизацию называет техногенной, в связи с этим есть реальные опасности, связанные с нагрузками на Землю. Человек может справиться с задачей сохранения жизни на Земле посредством бережного отношения и уважения ко всему живому.

РОЛЬ ИДЕЙ ЭПОХИ ПРОСВЕЩЕНИЯ ВО ФРАНЦУЗСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ

Иванов А.А. 2к. 282гр. ЛФ , *Веревкин В.Б.* 2к. 282гр. ЛФ
Руководитель темы: *Хомутова Н.Н.* доц. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Французская буржуазная революция имела огромное прогрессивное значение, а ее окончание ознаменовало победу над феодализмом и абсолютизмом в Европе и определило развитие многих стран.

Цель

Проанализировать влияние философских идей на Французскую революцию.

Материалы и методы

Исторический анализ, индукция, системный анализ. В работе использовались труды отечественных и зарубежных философов.

Полученные результаты

Французская Буржуазная революция – крупнейшая трансформация социальной и политической системы, произошедшая в конце 18 в. Вдохновляющей силой революции стали идеи философии французского Просвещения. Присущий им рационализм и идея «господства разума» разрушали вековые представления о Боге, меняли взгляды об окружающем мире и человеке. В философии этого периода выделялись следующие направления: деистическое (Вольтер, Руссо, Монтескье), атеистическо-материалистическое (Дидро, Гольбах), утопически-социалистическое (Мабли, Морелли).

В утопически-социалистическом направлении были идеи, согласно которым атеисты, материалисты, деисты, слишком схематично, механически подходят к изучению окружающего мира и человека, убивают душу народа, почти не уделяют никакого внимания морали. Утопический социализм времён Просвещения прокламировал право человека на труд и обязательность труда для всех, социальной справедливости в распределении средств, превращение земли в общедоступную собственность.

Деизм, по отношению к утопически-социалистическому направлению, был противоположен. Главным идеологом в нем был Жан-Жак Руссо, впервые в политической философии попытавшийся объяснить причины социального неравенства и его виды, иначе осмыслить договорный способ происхождения государства. Согласно его идеям, верховная власть в государстве принадлежит всему народу. В данном направлении отрицали идею личного Бога, деисты видели в нем причину всего сущего, но не более. Как следствие, они отвергали возможность вмешательства Бога в процессы природы и дела людей.

Третья сторона французского Просвещения – атеистическо-материалистическое направление. Оно отвергало идею существования Бога в любых формах, объясняло

происхождение человека и мира с материалистических и естественнонаучных позиций. В этом направлении были высказаны идеи социальной справедливости.

Вывод

Значение философии Просвещения в развитии Французской революции заключается в специфике философских учений. Они выполняли идеологическую, ценностно-ориентирующую и праксиологическую функции. С одной стороны, философы создавали учения под вдохновляющим духом времени, с другой стороны, вдохновляли деятелей политической борьбы, в-третьих, служили идеологической ориентацией для народа.

РОЛЬ ОНТОЛОГИИ В СТАНОВЛЕНИИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ

Березовская О.А. 2012к. 287гр. ЛФ
Руководитель темы: *Хомутова Н.Н.* каф. гуманитарных и социальных наук
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Философия ставит предельные вопросы, среди которых выделяются онтологические – об устройстве бытия. На протяжении всей своей жизни человек ищет ответы на них. Рассмотрение устройства Вселенной через призму физических теорий дает возможность ещё на шаг приблизиться к пониманию существования Вселенной и самого человека.

Цель

Проанализировать влияние физико-философской теории «Суперструн» на разрешение философского запроса человека постигнуть устройство бытия.

Человек познает бытие соразмерно тем знаниям, которыми владеет. Источником сознания может выступать, согласно представителю космического естествознания А. Л. Чижевскому, космическое информационно-смысловое поле. Мозг человека связан со всей Вселенной двумя каналами связей – энергетическим и информационным. При этом внешние источники преломляются через внутренний мир человека.

С другой стороны, сами знания, которые предлагают нам философия и физика заставляют человека задуматься о роли человека в мире и устройстве самого бытия. Например, теория «Всего» показывает, что «Всё» едино и имеет информационную сущность. Она заключается во всеобщем информационном взаимодействии, являющемся основой суперструн, информации, эволюции, гармонии Вселенной, возникновения буквенной логики. Все эти компоненты слагают наше бытие, а степень их глубокого понимания определяет мировоззрение человека.

«Теория струн» сегодня является одним из самых динамично развивающихся направлений современной физики. Это обусловлено доказательством существования «Единой теории всего» опытным путём. Поиск суперсимметрии напрямую связан с запуском Большого адронного коллайдера (БАК), который по праву можно назвать одним из самых грандиозных экспериментов, проводимых когда-либо физиками.

Струнная теория один из вариантов продолжения исследований А. Эйнштейна. Перспективы ее развития расширяют границы сознания, открывая многомерность Вселенной. Исходя из неё, есть десять измерений: девять пространственных, шесть из которых свёрнуты и одно временное, вместо четырехмерности. Именно возможность существования мультивселенной порождает различные научные, философские и теологические вопросы, рассмотрение которых приближает человека к осмыслению бытия.

Материалы и методы

Индуктивный, аналитический. В работе использовались материалы периодических изданий. Работы философа, Чижевского А. Л. Он является одним из основателей космического естествознания, также Чижевский основоположник космической биологии, биофизик.

Полученные результаты

Мировоззрение человека – понятие динамичное, изменчивое, нет предела его становлению, хотя бы потому, что каждое утро просыпается уже новый человек, иной Я,

пополненный опытом дня предыдущего. По сути, человек находится в вечном поиске, конечным итогом которого должно стать нахождение себя – самопознание.

Выводы

Всматриваясь в бытие, человек делает шаг к своей вечной цели – найти суть бытия и жизни, смысл существования. В процессе этого нахождения формулируются теории, ставятся научные вопросы. Это поисковая форма деятельности, в которой человек приобщается к мировым знаниям и мудрости. Баланс знания и мудрости веков с новыми веяниями и теориями в науке, позволяет возвышаться над наличным бытием и устремлять свой поисковый взгляд в сторону трансцендентного, задаваясь важнейшими вопросами смысла существования человека на Земле.

СОКРАТ И ДОКТОР ХАУС О НЕОБХОДИМОСТИ КОНФЛИКТА: «ВЕЖЛИВОСТЬ СИЛЬНО ПЕРЕОЦЕНИВАЮТ»

Шкурко С.Д. 2к. 283гр. ЛФ
Руководитель темы: *Хомутова Н.Н.* доц. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Интерес преподавателей и студентов к философии и педагогике всегда был высоким. Например, благодаря философскому методу Сократа «рождается истина». Эту философскую педагогическую концепцию используют не только преподаватели ВУЗов, но и герой одноименного сериала «Доктор Хаус» для обучения интернов и дифференцирования диагнозов.

Цель

Цель работы заключается в том, чтобы рассмотреть эффективность метода Сократа в обучении студентов медицинских ВУЗов и интернов.

Материалы и методы

Методами исследования стали исторический анализ, индукция. В работе использовались философские сочинения Платона, материалы периодических изданий, статья «Доктор Хаус: все врут» Мелани Фраппье.

Полученные результаты

Известный античный философ Сократ прославлен в веках благодаря своему ученику Платону, так как сам Сократ не был пишущим философом. В педагогическом направлении идеален метод сократовского диалога, который состоит из иронии и майевтики (рождение мысли, понятия). Ирония состоит в том, что обмен мнениями сначала дает негативный результат: «Я знаю, что ничего не знаю». Дальше Сократ исследует мнения, задает вопросы и ставит под сомнения прежние предрассудки собеседника, помогает понять новое знание. Удивительно, но диалектика Сократа полностью сохранила свое значение. Обмен мнениями, диалог, дискуссия являются важнейшим средством получения нового знания и понимания степени своей ограниченности.

Современная система образования школы и университетов построена часто в условиях, когда студенты много посвящают самостоятельной работе, читают дома книги, а в учебном заведении проходят тестовый контроль. Очень редко преподавателю удается установить живой диалог с учениками, в ходе которого преподаватель ставит под сомнения убеждения студентов, но ещё реже преподаватель ставит под сомнения факты, описанные в учебных пособиях. Студент же, по правилам субординации, установленным в учебном заведении, не имеет права ставить под сомнение убеждения преподавателя и спорить с ним, что, согласно теории Сократа, могло бы поспособствовать «рождению неизвестной до того момента истины». Метод Сократа учит студента не верить всему, что рассказывают ему в учебном заведении, а мыслить и исследовать. Преподаватель же, по Сократу, должен бросать вызов идеям и мыслям учеников, провоцировать их на обсуждения для «рождения новой истины».

Популярный персонаж современного сериала – Доктор Хаус пользуется сократовским методом, ставя под сомнение фундаментальные представления о медицине своих интернов, тем

самым обучая их мыслить и принимать решения, не имея на руках ни одного достоверного факта. Он учит строить свои теории и опровергать их до тех пор, пока не будет обнаружена истина. Таким образом, и Сократ и Хаус, показывают ученикам, что важно не то, что сказал «авторитетный человек» (преподаватель или родитель), а то, что ты сам выяснил, полностью положившись только на себя и свое умение рассуждать.

Выводы

Специфика медицины в том, что ей нужно учиться всю жизнь, и от того, как преподносится материал на младших курсах, во многом зависит самостоятельность и теоретическая подготовка студента. Метод Сократа идеален для изучения медицины, ведь он мотивирует студента думать и делать выводы. Это умение помогает врачам в профессии, что наглядно продемонстрировано в современном телесериале «Доктор Хаус».

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ РЫНКОВ РЕСУРСОВ В ЕВРОПЕ, АЗИИ И АМЕРИКЕ (НА ПРИМЕРЕ РОССИИ, ГЕРМАНИИ, КИТАЯ И США)

Полякова М.С. 2к. 209гр. МПФ
Руководитель темы: *Зеленская Т.М.* доц. каф. социально-гуманитарных наук, экономики и права
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Вопрос об особенностях рынка ресурсов в настоящее время затрагивается не случайно. Для построения эффективной, крепкой, стабильной экономики необходимо знать, какими ресурсами обладает государство и как они могут перемещаться на рынках. От эффективности функционирования рынков ресурсов зависит оптимальность их использования, а значит, устойчивость и равновесие экономики, результативность работы фирм, предприятий.

Материалы и методы

Методы исследования: сравнительно-статистический анализ, исторический аспект, анализ мнений специалистов и самих субъектов экономики.

Полученные результаты

Различаются рынки труда, природных ресурсов и капитала. Рынок труда — самый сложный из всех рынков ресурсов. Российский рынок труда характеризуется постепенным снижением уровня безработицы, но, при этом, недостаточным количеством квалифицированных кадров. Основная особенность рынка труда Китая – высокий уровень предложения и, как следствие, дешёвый труд. Ситуация в области занятости в США далека от идеальной (уровень безработицы превышает естественный), и с каждым годом всё большее количество выпускников высших учебных заведений США не могут найти работу. В Германии наблюдается существенный всплеск уровня безработицы и это напрямую сказывается на экономике всей Еврозоны. Рынок природных ресурсов. Одним из основных природных ресурсов является земля. Земельные участки являются воспроизводимыми ресурсами. Но есть и невоспроизводимые ресурсы, как то месторождения нефти, железной руды, цветных металлов. Природопользование в России характеризуется превышением темпов роста потребления над темпами восстановления природных ресурсов. С такой же проблемой столкнулись и США, и Китай, и Германия, в силу высокого уровня производства. Рынок капитала включает в себя две составляющие: рынок физического капитала и рынок финансового капитала. Главная проблема российского рынка капитала состоит в том, что он не обеспечивает превращения сбережений в инвестиции, не направляет их для коренной модернизации экономики. В КНР прослеживается тенденция экстенсивного развития. Одна из причин данной ситуации – резкое сокращение капитализации китайского фондового рынка. Весьма сложна ситуация в США, государственный долг которых невероятно велик. При этом, по оценке МВФ, снижение верхнего предела долга негативно скажется на экономическом росте страны. Экономика Германии на протяжении уже долгого периода остаётся наиболее крепкой из всех стран Европы, однако, как отмечает Минэкономразвития России, неопределенность относительно дальнейшего развития экономики Германии, остается более высокой, чем обычно.

Выводы

Рассмотрев различные точки зрения учёных и аналитиков, а также самих субъектов экономики: фирм и банков, статистические данные, можно сделать вывод о том, что сохранение и правильная организация использования ресурсов является одной из важнейших частей построения наиболее приемлемой экономической модели государства и межгосударственных отношений.

СУИЦИД КАК ОНТОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛИЧНОСТИ

Николаева Е.А. 2012к. 287гр. ЛФ
Руководитель темы: *Хомутова Н.Н.* доц. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Проблема суицида актуальна в нынешнее время. В современной литературе она рассматривается как социальная патология, развивающаяся у лиц разных возрастных групп, социальных категорий, религиозных убеждений.

Цель

Проанализировать суицид как онтологическую деструкцию личности.

Материалы и методы

Методы исследования: анализ, индукция, сравнение. Материалы исследования: концепции представителя иррационализма А. Шопенгауэра, теория суицида Э. Дюркгейма, работы экзистенциалиста А. Камю, периодические издания.

Полученные результаты

По А. Шопенгауэру в человеке, который решается на самоубийство, происходит внутренний раскол жизни, это та боль, которая направлена против воли к жизни. Раскол внутренней жизни, потеря гармонии и мира можно рассматривать, как онтологические характеристики человека, который испытывает боль от жизни. Но Шопенгауэр не предлагает самоубийство, как выход, хотя описывает земную жизнь в категориях страдания. Человек должен осознавать не только неизбежность страданий, но и то, что он может стать аскетом, учиться преодолевать страдание. У Шопенгауэра есть интересное суждение: «Человек, прибегающий к самоубийству, доказывает только то, что он не понимает шутки, — что он, как плохой игрок, не умеет спокойно проигрывать и предпочитает, когда к нему придет дурная карта, бросить игру и в досаде встать из-за стола». Жизнь можно представить игрой, а не серьезной борьбой и работой. Философия пессимизма не позволяет человеку найти баланс между внутренними проблемами и внешними факторами, которые порождают проблемы, не предлагает фундамент человеку, он, таким образом, остается наедине со своей внутренней онтологической деструкцией.

В работе Э. Дюркгейма «Самоубийство: социологический этюд» рассматривается суицид, как формы социальной патологии и девиантного поведения. Социолог определяет суицид, как осознанное преднамеренное действие, направленное на добровольное лишение себя жизни. Рассматривая статистику самоубийств, Дюркгейм делает вывод, что деструкция возникает, как неспособность справиться с проблемами социального мира, которые отражаются в личностном опыте.

Представитель экзистенциализма А. Камю поднял вопрос абсурдизма жизни в произведении «Миф о Сизифе». Он поставил фундаментальный, на его взгляд, вопрос философии: стоит или нет жизнь того, чтобы ее прожить? Если личность решает этот вопрос для себя отрицательно, то у нее могут появиться мысли о самоубийстве. Камю предлагает возможный выход из социальной рутины – бунт, «проект себя», стремление, вопреки сложностям, жить.

Выводы

Самоубийство не есть поступок, самоубийство совершает личность, которая не видит выхода из проблем внутренних и внешних, эта личность лишена надежды и веры. В

самоубийстве ничего не совершается, в нём лишь подтверждается наличное – то плохое, которое видит запутавшийся человек. Суицид есть крайняя степень греховности, абсолютная онтологическая деструкция личности, которая отражает боль жизни. Но жизнь находится в постоянном диалектическом развитии, она многогранна и непредсказуема, а человек может максимально развить себя в ней. Социальные причины деструкции личности можно решить только сообща. Это должно осуществляется в ориентации своего поведения на гуманистические ценности и на ценность каждого отдельного человека, который всегда должен оставаться «целью», но никогда «средством», как заметил немецкий философ И. Кант.

ФЕНОМЕН МУЗЫКИ В ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА

Зогби М.М. 2к. 289гр. ЛФ
Руководитель темы: *Якунова И.А.* каф. социально-гуманитарных наук, экономики и права
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Есть одно искусство, самое высокое среди всех других, это — музыка. Музыка не есть выражение какой-нибудь ступени объективации воли, она есть «снимок самой воли», она есть полнейшее мистическое выражение её глубочайшей сущности, которой она обладает, по мнению, А. Шопенгауэра.

Цель

Рассмотрение философии музыки.

Материалы и методы

Методы исследования анализ, индукция сравнение.

Полученные результаты

Существует ряд гипотез о происхождении музыки - мифического, философского и научного характера. Процесс формирования музыки отразила античная мифология. Мифы повествуют о греческих богах, которые сотворили девять Муз, помощниц бога красоты и покровителя музыки Аполлона.

Важность изучения музыки становиться очевидной, поскольку распространение информационных технологий тесно связано с законами гармонических созвучий. Например, многие изобретатели компьютеров и первые программисты составляли программы отнюдь не для технических знаний, а для сочинения музыки. Музыкальные обороты с древности, и до наших дней сопровождают математическую логику (можно вспомнить труды Канта и Эйнштейна, посвященные музыкальной гармонии).

На основе изучения музыки различных народов мира, сведений о первичном музыкальном фольклоре было выдвинуто несколько научных гипотез происхождения музыки. Согласно одной музыка как вид искусства родилась в связи с танцем на основе ритма. Другая гипотеза также отдает первенство ритму, который лежал в основе появления музыки. Музыка сформировалась в результате трудовой деятельности человека, в коллективе, во время согласованных физических действий в процессе совместного труда.

Согласно теории Ч. Дарвина, предполагается, что музыка появилась как особая форма живой природы, как звукоинтонационное соперничество в любви самцов (кто из них голосистее, кто красивее). С точки зрения А. Ф. Лосева,

сущность музыки, как феномена искусства, – это «жизнь Числа во Времени». Признается возможность изменения чисел центральных созвучий, которые оказываются в историческом времени меняющимися, например, 2: 3: 4 -- это в органуме, 8: 15: 16 -- в додекафонии Веберна.

Выводы

Музыка сама по себе обладает гипнотическим, исключительным, уникальным средством, побуждающим человека, во время её звучания, абстрагироваться от реальности в той или иной степени. Ритмичность музыкального звучания может считаться миниатюрой закона, действующего во всей вселенной. Например, если мы будем изучать себя, то обнаружим, что удары пульса и сердца, вдохи выдохи дыхания, - всё это работает в ритме. Жизнь человека

зависит от ритмичной работы всего тела. Соответствие внутреннего ритма и внешнего звучания музыки рождает гармонию человека с миром и самим собой.

ФИЛОСОФИЯ МУЗЫКИ РИХАРДА ВАГНЕРА

Данькина В.О. 2к. 201гр. МПФ
Руководитель темы: *Шмерлинг И.Ш.* доц. каф. социально-гуманитарных наук, экономики и права, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Философы часто обращаются за помощью к искусству и, в частности, к музыке. Это объясняется тем, что музыка является сферой человеческой субъективности, которая полностью не поддается пониманию и выражению с помощью понятийно-логического способа мышления. В этом случае возникает потребность в художественной «логике». Нельзя не учитывать и другой аспект взаимодействия философии с музыкой - музыкально-математический, связанный с пифагорейской традицией. Возникающие в рамках этой традиции проблемы не теряют своей значимости в философской, научной, музыкально-теоретической сфере и сегодня.

Цель

Исследовать закономерности, тенденции, противоречия и особенности взаимосвязи философии и музыки в духовной деятельности Р. Вагнера.

Материалы и методы

Методы исследования. Анализ, индукция, сравнение.

Материалы. произведение А. Ф. Лосева «Исторический смысл мировоззрения Рихарда Вагнера», произведение А. Лиштанбнрже «Рихард Вагнер как поэт и мыслитель».

Полученные результаты

В истории европейской культуры взаимосвязь философии и музыки прослеживается, начиная со времен античности вплоть до нашего времени. В системе общественного сознания философия определяется, прежде всего, как мировоззрение, а музыка дает возможность выразить свое отношение к миру на «языке звуков». Например, Вагнер, живший во время расцвета немецкой классической философии и формирования национального самосознания, отображал в музыке и в своих рассуждениях политические и социальные проблемы. Философскую концепцию Вагнера можно определить как музыкальный мистицизм. С годами внимание к мистической стороне искусства постоянно возрастало, однако интерес к общественной тематике никогда не оставлял Вагнера. Находясь в традиции классического немецкого идеализма, Вагнер полагал, что за эстетикой естественным образом следует этика. Любопытно, что в этой весьма оптимистичной, и, кажущейся даже несколько наивной концепции, сосредоточены многие предпосылки для будущих размышлений Вагнера. Речь, во-первых, о детерминизме, присущем всем построениям Вагнера. Действительно, революция по Вагнеру не должна быть, а будет освящена благодатью искусства. Вагнер считал, что в соединении двух начал — всеобщей свободы и красоты — будет достигнута мировая гармония. В этой последней идее видна вторая характерная черта философского творчества Вагнера — направленность на преодоление времени, в котором сосредоточено все преходящее и несущественное.

Вагнер не создал законченной философской системы. Философия Вагнера непосредственно сосредоточена в его музыкальных произведениях, что с полным основанием позволяет называть её мистическим символизмом. Ключевой для понимания онтологической концепции Вагнера являются тетралогия «Кольцо Нибелунга» и опера «Тристан и Изольда». В «Кольце» вполне воплотилась мечта Вагнера о музыкальном универсализме и отразилось увлечение идеями Шопенгауэра. Подобно Шопенгауэру, Вагнер ощущает неблагополучие и даже бессмысленность основы мироздания. Единственный смысл существования мыслится в том, чтобы отречься от этой всемирной воли и, погрузившись в пучину чистого интеллекта и бездействия, найти подлинное эстетическое наслаждение в музыке.

Выводы

Обращение к философии для Вагнера, как уже говорилось, никогда не было самоцелью. Оно диктовалось его стремлением раскрыть цели и основания «человеческой драмы», то есть понять суть проблем системы «человек и мир», которые стали стержневой основой его творчества.

ФИЛОСОФСКИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МЕДИЦИНЕ НА ЗАПАДЕ И ВОСТОКЕ

Щавинская А.В. 2к. 241гр. ЛФ
Руководитель темы: *Хомутова Н.Н.* доц. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность

Еще П. Я. Чаадаев пророчил России, «опирающейся одним локтем на Китай, другим – на Германию» сочетание в себе западной и восточной духовной природы. Сегодня Россия, имея богатый исторический опыт, должна усвоить лучшие философские концепции, наиболее рациональные идеи для ее дальнейшего развития, в том числе, в вопросах практической и теоретической медицины.

Материалы и методы

Методы: анализ, индукция. Материалы: периодические издания, философские труды.

Полученные результаты

Анализируя философские тенденции Востока и Запада, можно выделить ряд общих закономерностей: 1) зарождение философии в лоне мифологии; 2) зарождение вместе с возникновением классового общества и государства; 3) направленность на общечеловеческие ценности; 4) стремление к научному поиску истинного знания и установлению методологической функции философии. Вместе с тем течение философской мысли на Востоке и Западе во многом имеет принципиальные отличия. Например, философия Востока сконцентрировала свое внимание на проблеме человека, в то время как философия Запада учитывает многообразие факторов, влияющих на человека. Восточная философия исследует проблему человека с точки зрения практики, жизнедеятельности людей, их образа жизни. Западная философия обращается к человеку чаще не через его психическое бытие, а предлагает ему общие принципы бытия и познания. Восточная философия развивается в тесном взаимодействии с религией, западная – отмежевывается от нее. Разработка категориального аппарата в западной и восточной философии также имеет свою специфику. Имеются различия в учениях о строении материи, о познании.

Философия всегда тесно взаимодействовала с медициной. Симбиоз философских и медицинских идей представляет собой древневосточная мудрость: в египетской книге мертвых, индийских ведах, в учении китайских даосов, а также в трудах врачей-философов Востока (например, Авиценна).

Основой восточной философии медицины всегда оставался принцип системности в изучении микро- и макрокосмоса, особенностью – рассмотрение человеческого организма как самодостаточной сущности, в которой неразрывно связаны дух и тело. Следовательно, выздоровление и лечение болезни взаимосвязано с восстановление душевного равновесия и духовного здоровья. Наряду с этим, каждая восточная страна характеризуется рядом индивидуальных философских представлений. В китайской философии медицины человеческое тело есть единство 3-х элементов: крови, влаги (внутренняя среда), и Ци – энергии, которая регулирует происходящие в теле процессы. Здоровье человека характеризуется соотношением компонентов Ци и движением энергии по замкнутой системе каналов (меридианов), которые подчиняются внутренним биологическим часам. Союзом светлого начала ян и темного начала инь порождены 5 первоэлементов: земля, вода, огонь, дерево и металл, из которых слагается весь мир, в том числе и человек. Отсюда концепция т. н. Звезды УСин, применимой для анализа физиологии человеческого организма, для объяснения взаимосвязей внутренних органов, диагностики и лечения различных патологий.

Выводы

Духовная цивилизация Востока несет в себе обращение к бытию личности, ее самосознанию и самосовершенствованию через уход от материального мира, что сказалось и на медицинских представлениях. Духовная цивилизация Запада оказалась более открытой изменениям, поискам истины в различных направлениях: атеистическом, интеллектуальном, практическом. Медицина должна интегрировать положительный опыт всех культур.

ФИЛОСОФСКИЙ И МЕДИЦИНСКИЙ ВЗГЛЯД НА ПОНЯТИЕ «ДУША»

Киреева М.О. 2к. 282гр. ЛФ
Руководитель темы: *Хомутова Н.Н.* доц. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Интерес к понятию «душа человека» всегда был значительным, и сейчас в прессе появляются сообщения о поразительных явлениях, объективно демонстрирующих, что, наперекор официальной науке, душа у человека все-таки есть.

Цель

Рассмотреть взаимосвязь понятия души с медицинской практикой.

Материалы и методы

Методы. Исторический анализ, индукция. В работе использовались материалы периодических изданий, философские первоисточники философов Античности.

Полученные результаты

Практически все древние философы пытались выразить с помощью понятия «душа» как самое главное, сущностное, начало любого предмета живой (а иногда и неживой) природы, рассматривая ее как причину жизни, дыхания, познания и т. п. Вопрос о природе души решался философами в зависимости от принадлежности их к материалистическому или идеалистическому лагерю.

Демокрит (460—370 гг. до н. э.) считал, что душа — это материальное вещество, которое состоит из атомов огня, шарообразных, легких и очень подвижных. Все явления душевной жизни Демокрит пытался объяснить физическими и даже механическими причинами. По мнению Демокрита, душа умирает вместе с телом.

Платон (427—347 гг. до н. э.) и Сократ (470—399 гг. до н. э.) – представители объективного идеализма. В текстах Платона мы обнаруживаем взгляд на душу как на самостоятельную субстанцию; она существует наряду с телом и независимо от него. Душа — начало незримое, возвышенное, божественное, вечное. Тело — начало зримое, низменное, преходящее, тленное. Главный тезис платоновской философии есть утверждение бессмертия души, Платон был убежден в феномене реинкарнации.

Аристотель (384—322 гг. до н. э.) отрицал взгляд на душу как на вещество. В то же время он не считал возможным рассматривать душу в отрыве от материи (живых тел), как это делали философы-идеалисты. Для определения природы души он использовал сложную философскую категорию «энтелехия», которая означает осуществление чего-то. Главная функция души, по Аристотелю, — реализация биологического существования организма. Он не разделял позиций Платона относительно реинкарнации. «Душа-спутница жизни», – утверждает Аристотель.

По словам некоторых хирургов, когда пациент умирает прямо на операционном столе, по палате, несмотря на плотно закрытые окна и двери, проносится очень легкий, но довольно заметный ветерок, будто это душа отлетает от тела. Наличие души у человека подтвердила магнитно-резонансная томография. Посредством данного исследования, медики выявили, что душа находится в головном мозге человека. Это некий «аппарат веры», как его назвал профессор Каросис. Этот «аппарат» стимулирует мозговую деятельность, влияет на иммунную систему человека и способен остановить даже очень серьезное заболевание, чему есть множество подтверждений.

Выводы

Специфика работы медика заставляет задумываться о понятии «душа» не только в связи с ценностно-смысловой нагрузкой, которую влечет за собой предположение о ее существовании, но и ее исследование с помощью магнитно-резонансной томографии.

ФИЛОСОФСКИЙ ПОИСК ОБЩЕСТВЕННОГО ИДЕАЛА

Пастухова Ю.Г. 2к. 215гр. МПФ
Руководитель темы: *Хомутова Н.Н.* доц. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Вопрос идеального государства всегда был привлекателен для мыслителей. Утопия, идеал – отдалены от жизни и загадочны, сила воображения рисует их лучшие стороны и порой подчиняет человека, наталкивая на ошибочные действия.

Цель

Рассмотреть общественный идеал в концепциях Платона, Т. Мора и Т. Компанеллы.

Материалы и методы

Анализ «Идеального государства» Платона, а также «Утопии» Т. Мора и «Города Солнца» Т. Компанеллы. Материал исследования: «История политических и правовых учений» под редакцией О. Э. Лейста, периодические издания.

Полученные результаты

Философы различных школ и эпох выдвигали свои взгляды на проблему общественного устройства. У Платона идеальное государство воплощает в себе эйдос. Он обеспечивает целостность вещей, поэтому Платон открыто провозглашает превосходство целого над частями. Это означает, что жизнь отдельного человека должна быть полностью подчинена высшим задачам государства. Гармоничная структура государства создается сословиями вокруг властного центра. «Властью в государстве обладают философы», которые способны к непосредственному созерцанию идеи Блага, их добродетелью является мудрость. Войны охраняют порядок, их добродетель – мужество. Земледельцы и ремесленники должны трудиться и повиноваться. Общей добродетелью для всех Платон считает справедливость, однако предопределяет её как строгое следование определённой социальной роли. Источником всех бедствий Платон считал индивидуализм, ошибочно полагая, что торжество коллективизма навсегда покончит с эгоистическими склонностями человеческой природы. Поэтому деньги и личное имущество правильно свести к минимуму.

Томас Мор в «Утопии» подчеркнул, что сложность и запутанность законодательства, охрана его жесточайшими наказаниями отвечают интересам богачей и направлены против трудящихся. Также отметил демократизм учреждений: «Между собой они живут дружно, так как ни один чиновник не проявляет надменности и не внушает страха. Их называют отцами, и они ведут себя достойно». К войнам Мор относился отрицательно, осуждал вероломство внешней политики современных ему правителей. Основным препятствием на пути учреждения нового строя Т. Мор считал жадность и гордость богачей. Он рассчитывал на разум и случай.

Томмазо Кампанелла, подобно Платону, пытался распространить принцип общности на брачно-семейные отношения, соответственно этому производственной ячейкой в Городе Солнца является не семья, а мастерская или бригада. Всячески подчеркивая вслед за Мором почетность труда, Кампанелла осуждает рабство, поэтому преступников в этом городе не принуждают к общественным работам, как в утопии Т. Мора. Здесь существуют право, правосудие и наказания. Законы немногочисленны, кратки и ясны. Город Солнца основан неким мифическим народом, который разбирается в философии и астрологии. По мере распространения необходимых познаний, весь мир придет к тому, что будет жить согласно их обычаям.

Выводы

Понятие «утопия» означает «место, которого нет», субъективное идеальное никогда не станет всеобщим, хотя философы мотивированы искренним поиском наилучшего. Воплощению

утопий может послужить слепой случай, стихийный передел власти, но это может быть достигнуто лишь большими кровавыми жертвами. Цена потерь велика, плюс можно найти в последующем самосознании народа и признании собственных ошибок. Такое очищение, самосознание, взвешенный подход и рациональность, действительно, могут стать началом чего-то хорошего в социуме.

ФИЛОСОФСКОЕ ОСМЫСЛЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

Хасан А.К. 2к. 283гр. ЛФ, *Циалко Л.С.* 2к. 281гр. ЛФ
Руководитель темы: *Хомутова Н.Н.* доц. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Издавна психические болезни синонимично называют «душевными». Во все времена эти недуги считались практически неизлечимыми. Отрасль медицины, занимающаяся лечением такого рода заболеваний, является психиатрия. Название «психиатрия» дословно переводится как «лечение психики». Так почему же психические заболевания называют душевными, если лечат психику? Или же эти понятия полностью совпадают?

Цель

Осмыслить философские аспекты появления и проявления шизофрении, причины, приводящие к возникновению нарушений баланса работы сознания с философской точки зрения, оценить возможность раннего диагностирования и лечения психических заболеваний.

Материалы и методы

Индукция, анализ, дедукция. Были изучены философские и медицинские печатные издания, посвященные вопросам нарушения сознания; появления, развития и проявления психических расстройств на примере шизофрении.

Полученные результаты

Были предприняты попытки совмещения научных данных и философских представлений о природе и характере шизофрении. Оценены результаты исключительно фармакологического и комплексного лечения психических расстройств. Теоретически изучено обоснование возникновения психологических расстройств; предприняты попытки осознания философских аспектов шизофрении, а также теоретических моментов раннего диагностирования расстройств мышления.

Пример исследования шизофрении психиатром Лейнгом Рональдом Дэвидом представляет интерес, поскольку ему удавалось в своей практике добиться излечения шизофрении, а методы его исследования были направлены против сковывающих научных рамок. Одновременно с этим, он применил в исследовании данного заболевания философское осмысление. Его суждения, безусловно, важны для ознакомления психиатрами «современного века», ведь не все в этом мире поддается научному объяснению. Рассматривая понятие шизофрении как идеологическое ограничение, делающее возможными принудительные взаимоотношения между пациентами и психиатрами, Лэйнг писал: «Понятие шизофрении — это оковы, сковывающие пациентов и психиатров… Для того чтобы сидеть в клетке, не всегда нужны прутья. Определенного рода идеи также могут стать клеткой. Двери психиатрических больниц открываются, потому что химическое сдерживание более эффективно. Двери наших умов открыть гораздо сложнее».

Идеи, описанные в его произведениях, актуальны и по сей день. Лейнг не призывает психиатров бросить фармакотерапию. Он призывает совместить ее с попыткой «распахнуть душу больного», и в этом бессмертном фундаменте найти изъян.

Выводы

Можно утверждать, что психиатрические расстройства требуют философского анализа и осмысления, это поможет получить более плодотворные выводы. Пример творчества Лэйнга – доказательство продуктивности подобного исследования. Проблема шизофрении может быть

решена только в комплексном анализе научных дисциплин. Именно интегративный подход может дать положительный результат в преодолении данного заболевания.

ФОРМИРОВАНИЕ САМОИДЕНТИФИКАЦИИ В РАМКАХ МЕМОРИЗАЦИИ СЕМЕЙНОЙ ИСТОРИИ.

Шагина А.А. 2к. 223гр. МПФ
Руководитель темы: *Хомутова Н.Н.* доц. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Проблема личности, социализации личности и социальной идентификации направлены на рассмотрение основы того фундамента (социальной культуры, исторической памяти), который способствует становлению личности. Ведь обратный процесс – десоциализации, означает потерю целостности личности и чувства принадлежности, как к себе, так и культуре своей страны, цивилизационным основам мировосприятия своего народа. Мы рассмотрим идентификацию личности через феномен памяти и генеалогию семьи.

Цель

Проследить влияние судьбы одного человека на становление и формирование мировоззрения членов его семьи.

Материалы и методы

Изучение документов из семейного архива, исторический анализ, индукция. В работе использовались материалы периодических изданий, генеалогические сведения, семейные предания.

Полученные результаты

История Великой Отечественной войны – вечно живая история. Время не стирает и не может стереть ее из памяти людей. 22 июня 1941 года и 9 мая 1945 года. Две страницы календаря, два дня, которые навсегда изменили жизни многих.

В последнее время все больше и больше искажаются исторически факты военных событий. И все меньше с каждым годом остается очевидцев и участников этих событий, которые бы могли поведать нам своих достоверные историй.

Мы гордимся своими родственниками и их вкладом в победу над фашисткой Германией. Человек не может считать себя достойным гражданином своей страны, не зная историю своей семьи, именно «сопричастность и память» способствуют освоению таких чувств, как гордость за своих родных и историю своей страны, любовь к Родине, уважение подвигов, отваги, чести, вера в жизнеутверждающие силы народа, борющегося за свободу.

В работе представлена биография человека, который в годы великой отечественной воины сражался за родину. Леонид Ильич с первого дня воины и до капитуляции гитлеровской Германии служил стрелком-радистом. На его счёту огромное количество подвигов и наград, а так за годы воины совершил 69 боевых вылетов, налетал 1200 часов, вместе со своим личным составом дважды орденоносным 132-м «Берлинским» штурмовым авиационным полком, получил 12 благодарностей от Верховного Главнокомандующего Генералиссимуса И. В. Сталина. После воины окончил университет и в дальнейшем занимался преподавательской и научной деятельностью. В 1970г избран старшим преподавателем кафедры истории Свердловского института народного хозяйства и проработал в этой должности 16 лет. За годы работы в СИНХе он проявлял себя квалифицированным преподавателем и прекрасным воспитателем студенческой молодежи. Все последующие годы Леонид Ильич активно участвовал в написании исторических работ и книг, а также написал автобиографию, в которой подробно изложил события военных лет.

Выводы

Данная работа позволила автору укрепить историческую почву своей семьи, гордость её героическими представителями и славными страницами прошлого родной страны.

ХАОС - ОСНОВА ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПРОЦЕССОВ САМООРГАНИЗАЦИИ И УПОРЯДОЧЕННОСТИ.

Томилова А.В. 2к. 248гр. ЛФ
Руководитель темы: *Якунова И.А.* каф. социально-гуманитарных наук, экономики и права
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Природа поражает нас своим разнообразием форм, структур и непредсказуемым взаимодействием отдельных элементов, которые в итоге приводят к возникновению самопроизвольно организованных упорядоченных структур. Ещё недавно идея самозарождения упорядоченных структур из хаоса противоречила физическим принципам. Однако, синергетика – одно из ведущих направлений современной науки – предоставила доказательства из математики, физики, химии, биологии и социальных наук в пользу теории хаоса.

Причиной появления этой дисциплины стало столкновение с диссипативными открытыми системами, с возникновением организованного поведения в результате собственных неустойчивостей. Главное в механизмах применения синергетики сводится к тому, что практически во всех случаях рассматриваемые системы состоят из большого числа подсистем, находящихся в сложных взаимодействиях. Применение синергетических подходов актуально не только в сфере естествознания, где она изначально оформилась, но и в гуманитарной сфере, поскольку позволило сформировать принципиально новую картину мира, сформулировать новые варианты ответов на те фундаментальные вопросы, которые служат постоянным объектом внимания человека.

Цель

Ознакомление с принципами теоретической и прикладной частью синергетики и рассказать о важности использования её подходов и методов в изучении процессов метаболизма открытых биологических систем, патологических процессов, лечении заболеваний.

Материалы и методы

Материалом для обоснования справедливости возникновения организованных систем из неупорядоченного хаоса, послужили публикации о результатах экспериментов, наблюдений, исследований и математических расчётов.

Основным методом данной работы является подбор информации из литературных изданий по философии и физике

Полученные результаты

Хаос – система, которая полностью описана математическими уравнениями, способная вести себя непредсказуемо без какого-либо внешнего воздействия. Появление синергетики ознаменовало переход от концепции Ньютона к современному научному знанию. Синергетика находит для решения проблем мощный математический аппарат из нелинейных дифференциальных уравнений.

Выводы

Идеи, понятия и методы синергетики дают ключ к изучению универсальных свойств явлений самоорганизации в химических, биологических и других динамических системах. Экспериментальная проверка развиваемых синергетических положений представляет большой интерес, поскольку рассмотрение с единых концептуальных позиций проблем нормы и патологии позволит приблизиться к созданию более совершенных подходов в понимании и лечении многих заболеваний.

ХОЛИЗМ КАК АЛЬТЕРНАТИВНОЕ ВИДЕНИЕ МЕДИЦИНЫ

Орлова А.А. 2к. 250гр. ЛФ
Руководитель темы: *Галковская О.А.* асс. каф. социально-гуманитарные науки
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Проблема применения холистических идей в современной медицинской практике является актуальной, так как в связи с тенденцией к сужению специализации врача,

современная медицина уходит от исторически сложившегося представления о человеке, как о едином организме, способном к полноценному функционированию только при условии слаженной работы всех его систем и органов

Цель

Целью данного исследования является формирование представления о концепции холизма, как учения о здоровье и альтернативе сложившейся медицине.

Материалы и методы

При выполнении работы были использованы труды философов разных эпох, а также материалы сети Интернет по биоэтике, философии и клинической медицине, применялась комплексная методология.

Полученные результаты

В настоящее время жители многих стран первого мира наряду с традиционными методами лечения, проявляют интерес к альтернативной медицине: так, например, в развивающихся странах Африки, где современная медицина не имеет широкого распространения, ею пользуется более 80% населения, но и в благополучных Соединенных Штатах примерно каждый второй американец ежегодно прибегает к услугам специалистов этого направления.

Выводы

Холистическая медицина - это интегральное название всех направлений современной и древней медицины, в основе которых лежит системный подход, обладающее древней историей, но не утратившее своей актуальности.

ХРИСТИАНСТВО И РУССКАЯ ФИЛОСОФИЯ В ТВОРЧЕСТВЕ Л. Н. ТОЛСТОГО

Белоказанцева В.В. 2к. 261гр. ФИУ

Руководитель темы: *Хомутова Н.Н.* доц. каф. социально-гуманитарных наук

СЗГМУ им. И. И. Мечникова

Актуальность

Рассмотрение вопросов о влиянии духовно-нравственного начала на русскую философию способствует становлению мировоззрения личности будущего врача.

Цель

Проанализировать связь русской философии и христианства на примере личности и творчества русского мыслителя Льва Николаевича Толстого.

Материалы и методы

Анализ, сравнение, индукция. В работе использовались материалы периодических изданий, философские первоисточники христианских богословов.

Полученные результаты

Период зарождения древнерусской, раннехристианской философии Руси относится к IX-XIII вв. Ее развитие продолжалось до середины XVIII века. Основными темами ранней русской философии были: моральные и нравственные ценности, объяснение христианства. Среди известных философов и богословов – Иларион, Владимир Мономах, Климент Смолятич, Филипп Пустынник. Более поздние мыслители-богословы: Сергий Радонежский, Максимилиан Грек, Аввакум и Никон, боровшиеся за обновление Церкви, Юрий Крижанич, который занимался вопросами гносеологии: выдвинул рациональное и эмпирическое познание, а в качестве первопричины всего сущего видел Бога.

Русская литература создана под воздействием православия. Достоевский Ф. М. прошел в своем становлении путь от участия в подпольной организации до пророческого осмысления грядущих судеб России. Гоголь Н. В. отразил христианские идеи в «Избранных местах из переписки» и «Объяснение Божественной литургии». Островского А. Н. называют русским Шекспиром. Толстой Л. Н., Аксаков С. Т., Лесков Н. С., Тургенев И. С., Гончаров И. А. – все запечатлели в своих произведениях этику христианства.

Один из самых ярких и противоречивых христианинов-мыслителей был великий писатель Л. Н. Толстой. Всякий талант – дар Божий, сам он был проповедником христианства,

чтобы убедиться в этом, достаточно прочитать его рассказы, например: «Чем люди живы», «Где любовь, там и Бог», «Много ли человеку земли нужно?». Чувство любви обретает нравственный смысл только тогда, когда побуждает «делать дела любви», то есть действовать во благо других, и основывается на самопожертвовании, самоотречении, всепрощении, смирении, милосердии. Таким образом, характерной чертой нравственно-философского учения Толстого является онтологизация этической категории любви, возведение ее в ранг универсального закона бытия. Но, надо сказать, что Толстой сформулировал ложный методологический принцип. Если взять все учения всевозможных религий, у них есть общее ядро и есть то, чем они отличаются. Ядро – это мораль, она во всех религиях одинакова. В христианстве мораль тесно связана с догматикой. Этика в христианстве несовершенна без догм веры. Для русских интеллектуалов, интеллигентов этика часто первостепенна, Булат Окуджава пел: «Возьмемся за руки, друзья, чтоб не пропасть поодиночке». Л. Н. Толстой же считал Бога лишь выдающимся учителем нравственности.

Выводы

В ходе исследования подтвердилась неразрывная связь русской культурной мысли и христианства. Духовными поисками Толстого Л. Н. руководили порой гордость, нехристианский страх перед смертью. Писатель претендовал на создание «новой религии», суть которой – аскетическая жизнь для достижения Бога после смерти. Однако, будучи искренним человеком, Лев Николаевич Толстой сам как-то подметил, что его религиозно-философские сочинения многословны и полны логических неувязок. Личность Толстого Л. Н. поражает масштабом и противоречием, диалектика его взглядов на христианство стала не только поводом критики, но и поводом для рассуждения на тему истинности христианской веры литературного гения и простого человека.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛИЗМ И СВОБОДА ЛИЧНОСТНОГО БЫТИЯ

Симоненко С.Г. 2к. 288гр. ЛФ
Руководитель темы: *Хомутова Н.Н.* доц. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Тема свободы всегда была своевременной и порождала множество позиций и интерпретаций. В нашем сообщении рассмотрена свобода в экзистенциальном аспекте. Экзистенциализм является особым направлением в философии, акцентирующим свое внимание на уникальности бытия человека, в том числе на свободе.

Цель

Соотнести понятия свободы и условий ее существования на основе философского мировоззрения Сартра Ж. П., Пушкина А. С., Достоевского Ф. М., Маяковского В. В.

Материалы и методы

Методы: Сравнение, анализ произведений Сартра Ж. П., Пушкина А. С., Достоевского Ф. М., Маяковского В. В.

Полученные результаты

В экзистенциализме Сартра свобода представляется как абсолютное, раз и навсегда данное: «человек осужден быть свободным». Мир не имеет смысла, «Я» не имеет цели, но через акт сознания и выбора «Я» придает миру знание и ценность. Свобода предстает как сущность человеческого поведения: «человек всегда целиком свободен или нет его вовсе», «каждый человек сам вынужден изобретать для себя свой закон».

У Пушкина в стихотворении «Разговор кинопродавца с Поэтом» свобода – это независимое понятие, оно самодостаточно. Поэт не может выполнять своим творчеством чей-то заказ, даже за большое вознаграждение: «Поэт свободен только тогда, когда он творит сам, без всякого давления, и то, что подсказывает ему Муза».

Достоевский рассматривает свободу, исходя из двойственности природы человека. Свобода, с одной стороны, подчиняется нравственным ценностям, с другой – включает возможность произвола по отношению к морали на примере героев Раскольникова и Инквизитора. В «Дневнике писателя», откликаясь на общественно-политические события, он

размышляет о свободе. Герой будто бы был врагом общественно-политической свободы, консерватором и это мешало увидеть свободу как сердцевину всего творчества, как ключ к пониманию его миросозерцания. Достоевский не хотел избавить человека от страданий лишением свободы, возлагал на него огромную ответственность, соответствующую достоинству свободных. Можно было бы облегчить муки человека, отняв свободу. В «Бесах» он показывает грань свободы. Своеволие человека, лишенного страха, ведет к самоубийству. «Атрибут божества моего, — говорит Кириллов, — своеволие. Это всё, чем я могу в главном пункте показать непокорность и новую страшную свободу свою». Герой противоречив, он терзается мыслями о Боге, но не может жить без Бога, хотя и в Бога не верит: «Бог необходим и потому должен быть. Но я знаю, что Его нет, и не может быть... Из-за этого только одного можно застрелить себя». Философская идея автора в том, что человеческая натура динамична и не может без поиска смысла, если даже это и мучительный поиск.

Маяковский показывает в стихотворении «Свобода слова», что свобода в России ограниченна более, нежели в другой стране: «А в Латвии свободно – печатай сколько угодно!». И ограничена не только свобода повседневная, а также свобода писать.

Выводы

У Сартра человек «осужден» на свободу, но не «осужден» быть счастливым. У Пушкина свобода уже говорит о наличии счастья в возможности свободы в жизни человека. У Достоевского свобода является ответственностью, достоинством, поэтому человек обречен на страдания. Маяковский мечтал, чтобы человек был более свободным, и тогда человек будет намного счастливее. У всех присутствует аспект экзистенции, то есть условий существования, которые препятствуют свободе личности. Объединяет авторов то, что свобода – личностное качество, а ее наличие возлагает на человека ответственность.

ЭКСЕГЕТИЧЕСКИЕ КОММЕНТАРИИ К НЕКОТОРЫМ МУЗЫКАЛЬНЫМ И МЕДИЦИНСКИМ ТЕРМИНАМ

Джалилова Ш.А. 2к. 233гр. ЛФ
Руководитель темы: *Ульянкова Н.А.* ст.научн.сотр. каф. латинского языка, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Обучающиеся на первом курсе медицинского вуза выбирают разные методы изучения и запоминания анатомической (клинической) терминологии. Заучивание термина наизусть не всегда является эффективным. Многие первокурсники понимают термин, прибегая к помощи различных ассоциаций: мифологических или связанных с современной общекультурной лексикой. Наиболее удобной семантической группой для аналитической работы являются некоторые однокоренные с музыкальными анатомические и клинические термины. Известны памятники литературы и искусства, приписывающие изобретение музыки богам, например, сюжеты об Аполлоне, лире Гермеса, миф о Пане и Сиринге. Люди и герои античности с песней готовились к военным действиям, шли в бой под аккомпанемент авлоса, праздновали свою победу, танцуя под звуки форминги и кифары. Об этом свидетельствуют многие археологические находки, античная посуда, древние книги и т. д. Благодаря аналитической работе со словарями, атласом по анатомии, интернет-ресурсами стало понятным, что некоторые медицинские термины были позаимствованы из теории музыки, а для создания небольшого количества музыкальных терминов пригодились сведения из курса нормальной анатомии.

Цель

В данном исследовании были рассмотрены 10 анатомических и 11 клинических терминов, порядковые числительные. Интересно, что большая часть анатомических терминов представляет собой полностью заимствованное существительное с сохранением словарной формы: chorda, ae f – длинный эластичный продольный тяж (анат.), в музыке – струна; tympanum, i n – барабанная перепонка, барабан (анат.), из истории термина – тимпан – древний ударный музыкальный инструмент; реже – в истории музыки - можно встретить форму однокоренного с анатомическим термина: аккорд (букв. согласие) – созвучие из трех и более

разновысотных музыкальных звуков, сравните анат. – cor, cordis n - сердце. Клиническая терминология отвечает принципу клинического словообразования: ТЭ – блок или ТЭ ТЭ. Например, термины, связанные со значением «голос, звук, звучность»: aphonia, ae f - отсутствие звуковой окраски голоса, полная утрата голоса. Подобный термин встречается и в истории музыки. Phonogramma, ae f - запись, сохраненная на специальном носителе, сравните, в клин. – cardiogramma. Еще в клинической терминологии встречается интересный термин amphorophonia, ae f - специфический звук, который выслушивается при аускультации легких над крупной легочной полостью с плотными стенками (напр., каверной). Музыканты античного времени использовали «оттенок звуков, возникший над пустым узкогорлым сосудом (амфорой – сосудом с двумя ручками)». Латинское слово vox, vocis f – голос и его производные одинаково используются нормальной анатомией и теорией музыки.

Материалы и методы

Таким образом можно упростить восприятие и запоминание терминов анатомической и клинической терминологий, расширить кругозор и более точно подобрать объяснение новому термину.

ЭТИКА КАНТА И ОСНОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ

Джалилова Ш.А. 2к. 233гр. ЛФ
Руководитель темы: *Галковская О.А.* ст.научн.сотр. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Медицинская деонтология отражает гуманистическую сущность медицины, так как в основе медицинской профессии лежит уважение к жизни, включающее принцип священности человеческой жизни и принцип качества (осмысленности) жизни. Деонтология – это учение о нравственном долге. Идея долга является определяющим, необходимым и достаточным основанием действий медицинского работника. О том, что этика формирует идеи о «должном» говорил еще Аристотель, истоки деонтологических теорий можно обнаружить в моральных учениях мировых религий. Но наиболее последовательно деонтологические принципы, были изложены в этическом учении немецкого философа И. Канта (1734 – 1804). Целью данного исследования является изучение этических взглядов И. Канта и их влияния на формирование деонтологических принципов в современной медицине. Были использованы труды данного философа, материалы сети Интернет по философии и биоэтике. Применялись методы теоретического анализа, сравнительная методология.

Цель

Этические позиции Канта изложены в его трудах «Основы метафизики нравственности» и «Критика практического разума». Этика Канта основана на принципах онтологической двойственности человека, принадлежащему одновременно миру явлений и миру «вещей в себе», и автономности, независимости моральных норм от каких-либо вне моральных доводов и оснований. Практический разум — это совесть, руководящая нашими поступками с помощью максим (индивидуальных этических правил) и императивов (общезначимые правила): «Поступай всегда так, чтобы максима (правило) твоего поведения могла стать всеобщим законом (поступай так, как ты бы мог пожелать, чтобы поступали все)»; «Относись к человечеству в своем лице (так же, как и в лице всякого другого) всегда только как к цели и никогда – как к средству». На основе этических норм Канта, началось развитие деонтологии и прежде всего медицинской деонтологии как науки.

Материалы и методы

Краеугольным камнем современной медицинской этики и деонтологии является понятие «уважения автономии личности». Уважение автономии личности по Канту обосновывается постулатом, что каждая личность есть безусловная ценность сама по себе, независимо ни от каких-либо внешних обстоятельств. Человек, как автономная личность сам в состоянии определять свою судьбу. Взгляды Канта на автономию личности лежат в основании

большинства международных и национальных этических документов, касающихся регуляции медицинских вмешательств в сферу жизни и здоровья человека.

Полученные результаты

К области медицинской деонтологии относятся вопросы, связанные с взаимоотношениями медицинских работников с пациентами и их близкими, коллегами по профессии. «Соблюдать долг» - означает выполнять определенные правила, требования, предъявляемые к медицинской профессии в целом и к конкретной медицинской практике в частности. Должное отношение врача к больному предполагает доброжелательность, сострадание, максимальную отдачу своих умений и знаний, основанных на высоком профессионализме в постоянном самосовершенствовании. Основополагающий принцип в отношении врача к больному может быть выражен таким образом: «относись к заболевшему так, как хотелось бы, чтобы относились в аналогичном положении к тебе». Подобный постулат мы находим в этическом учении Канта.

Выводы

Актуальность рассматриваемой темы, безусловно, велика, так как в современной медицине наиболее сложные вопросы, рассматриваются именно в рамках деонтологии. Теоретические основания медицинской деонтологии в значительной степени базируются на этических нормах И. Канта.

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

АНАЛИЗ СМЕРТЕЙ ОТ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИМИ И ПСИХОТРОПНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ В 2011 ГОДУ

Ланская К.А. 2к. 283гр. ЛФ
Руководитель темы: *Подпоринова Е.Э.* доц. каф. судебной медицины, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Показатели смертельных отравлений наркотиками в Санкт-Петербурге постоянно растут, и это является серьезной проблемой.

Цель

Было проанализировано 23640 статистически карт архива СПб ГУЗ БСМЭ за 2011 год. За изучаемый период времени смерть от отравления наркотическими и психотропными веществами составляет 0. 47% от всех смертей произошедших за этот год.

Материалы и методы

Анализ распределения смертельных отравлений в зависимости от отравляющего вещества показал, что в 2011 году первое место занимали неизвестные наркотические вещества (72, 1%), второе – морфин (12, 6%), третье - метадон (10, 8%)

Среди погибших большинство составили мужчины (79, 3%). Женщины погибали значительно реже (20, 7%).

Если рассматривать число погибших по возрасту то большинство погибло в возрасте 30-39 лет (47, 69%), на втором месте- 20-29 лет (36%), а на третьем месте – 40-49 лет (8, 11%),

Полученные результаты

По месяцам наибольшее количество смертей приходилось на февраль (16, 22%), на январь, апрель и ноябрь пришлось немного меньше (10, 8%), в октябре погибло от отравления наркотиками не так много человек (9%). В остальные месяцы число умерших было гораздо меньше (март, июнь, сентябрь – 8, 11%, август – 5, 4%, май и июль – 4, 5%, и меньше всего в декабре – 3, 65%).

Выводы

Как выяснилось больше всего человек погибло в Колпинском районе (14, 4%), на втором месте – Невский и Выборгский районы (10, 8%), на третьем – Красносельский район (9%), а вот

наименьшее количество погибших оказалось в Кировском (1, 8%), Адмиралтейском (0, 91%), Петроградском районах (0, 91%), а так же в Петродворце (0, 91%).

Содержание алкоголя в крови выявляется примерно у половины умерших в 2011 году.

К сожалению, проблема употребления наркотиков с каждым годом только увеличивается, поэтому увеличивается и количество смертей. На наш взгляд нужно более наглядно показывать опасность этой проблемы, особенно среди подростков.

АНАЛИЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВОДИТЕЛЕЙ, ПОГИБШИХ ПРИ ДТП

Федорова Е.Д. 5к. 518гр. ЛФ

Руководитель темы: *Заславский Г.И.* проф. каф. судебной медицины и правоведения, д.м.н.

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Актуальность

Не смотря на государственную программу снижения смертности при ДТП, количество погибших неуклонно возрастает. Также увеличивается число погибших водителей. Среди причин роста ДТП со смертельным исходом наряду с нарушением правил дорожного движения и в первую очередь превышением скоростного режима, употреблением алкоголя и наркотических веществ могут, по мнению ряда авторов, иметь значения предшествующие ДТП обострения соматических заболеваний, а также преклонный возраст.

Цель

Установить влияние соматических заболеваний на возникновение ДТП со смертельным исходом у водителей.

Материалы и методы

53 заключения (акта) судебно-медицинского исследования водителей, погибших при ДТП в 2009 г. в одном из крупных регионов РФ.

Использованные методы: аналитический, статистический.

Полученные результаты

ДТП произошли в результате столкновения двух а/м (20), трех и более а/м (8), столкновения с неподвижным предметом (10) В 15 случаях обстоятельства в экспертной документации не указаны. 33 погибших водителя управляли легковым транспортом, 3 – грузовым и 4 - мототранспортом. В 13 случаях вид транспорта не был отражен. Среди водителей преобладали мужчины (48), а число женщин составило 5 человек. Возрастная характеристика погибших: до 29 лет – 13 чел; 30-39 лет – 18 чел.; 40-49 лет – 10 чел.; 50-59 лет – 7 чел.; 60 – 75 лет – 5 чел. Подавляющее большинство ДТП (более 70%) произошли на скоростных автотрассах. В 32% случаев у водителей был выявлен этанол. Причем, в концентрации, соответствующей легкой степени опьянения – 29, 4%, средней – 35, 3%, тяжелой – 35, 3%. В 5, 7% случаев помимо этанола выявлено содержание кофеина в разных концентрациях. Кроме того в 15% случаев были выявлены кокаин, метадон, кодеин, декстраметорфан, амфетамин, метамфетамин, ацетаминофен, фенирамин. Причиной смерти практически всех пострадавших явилась сочетанная тупая травма головы и других областей. На месте ДТП погибло 35 человек, в стационаре – 18. В 67, 9% случаев были выявлены морфологические проявления БСК в различных возрастных группах в виде отложения бляшек, кардиосклероза, гипертрофии миокарда, из них 9, 4% с поражением сосудов основания головного мозга, остальные 58, 5% - без поражения сосудов основания головного мозга.

Выводы

Среди погибших преобладают лица трудоспособного возраста (90, 5%) и лишь один человек погиб в возрасте свыше 70 лет. Достаточно высок процент погибших в состоянии средней и тяжелой степени алкогольного опьянения (22, 6%). Почти в 70% случаев у погибших водителей были выявлены морфологические проявления БСК, среди них 7 человек имели выраженные изменения, не исключающие возможного влияния на причины ДТП. Не выявлена корреляция между пожилым возрастом и гибелью.

АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ И УРОЛОГИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

Катречко К.А. 3к. 342гр. ЛФ, *Телегин А.А.* 3к. 342гр. ЛФ
Руководитель темы: *Гончар Д.Г.* асс. каф. судебная медицина/лечебный факультет, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Судебно-медицинские гинекологические и урологические экспертизы традиционно являются одним из важнейших направлений практической судебно-медицинской деятельности. В последние годы общественными и государственными институтами в приоритетном порядке рассматриваются вопросы, связанные с выявлением и пресечением противоправных действий в отношении несовершеннолетних лиц, в частности, преступлений против половой неприкосновенности детей и подростков.

Цель

Целью выступает определение возрастного и количественного состава потерпевших, анализ смотровых данных гинекологических и урологических экспертиз, выявление действий сексуального характера.

Материалы и методы

В качестве объектов исследования использовались 228 актов и заключений экспертов СПб ГБУЗ «БСМЭ» за 2011-2013гг. (из общей совокупности в 849 актов и заключений гинекологических и урологических экспертиз), которые исследованы визуальным и сравнительно-аналитическим и статистическим методами.

Полученные результаты

Проведенным нами мультипараметрическим анализом гинекологических и урологических экспертиз было установлено, что за последние три года самой обширной группой риска являются девочки пубертатного и мальчики препубертатного возраста. Изнасилования и насильственные действия сексуального характера за последние три года имели тенденцию к увеличению. В подавляющем большинстве случаев данные экспертизы назначались следствием. Сроки давности от момента происшествия до даты производства экспертного исследования при гинекологических и урологических экспертизах варьировались от первых суток со дня происшествия до года. Анализ показал что наиболее частое время обращения в обоих случаях от 7 суток до 6 месяцев. Обнаружено, что несколько более, чем в половине всех случаев пострадавшие дети и подростки состояли на учете в ПНД или проживали в «неблагополучных семьях», бродяжничали. При гинекологических экспертизах в половине случаях при осмотре были выявлены повреждения паховой и бедренных областей, в том числе наличие кровоподтеков, ссадин, надрывы в области наружных половых органов, повреждение девственной плевы. В урологических экспертизах явных признаков, практически, не выявлялось, что усложняет доказательство насильственных действий сексуального характера.

Выводы

Нами были показаны особенности производства подобных экспертиз, включающие поло-возрастной состав обследованных лиц, поводы к назначению соответствующих исследований, вариативность полученных результатов, которые были проанализированы нами. Обнаружены некоторые статистически значимые закономерности, касающиеся отдельных видов данных экспертиз, вытекающие из определенных нами медико-биологических и правовых предпосылок.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОСМЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

[1]*Жежулова М.В.* орд. 2013-го года каф. судебная медицина
Руководители темы: [2]*Исаков В.Д.* проф. каф. судебная медицина, д.м.н., [1]*Осипова Е.Л.* отд. организационно-методический отдел
1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова
2 - СПб ГУЗ Бюро судебно-медицинской экспертизы

Актуальность

Диагностика сахарного диабета при исследовании трупа затруднена из-за отсутствия медицинских данных в материалах следствия, каких-либо специфических морфологических и гистологических признаков, поэтому примерно в 50% случаев заболевание остается не распознанным.

Цель

Целью настоящей работы явилось изучение биохимических показателей и их достоверности для посмертной диагностики сахарного диабета.

Материалы и методы

Материалами исследования явились акты и заключения судебно-медицинских экспертов (2324 сл.), в которых анализировались причина смерти, пол, возраст и результаты биохимического исследования крови.

Полученные результаты

Наиболее важными биохимическими показателями у больных с сахарным диабетом являются глюкоза и гликилированный гемоглобин крови. Для данного исследования используется анализатор гликированного гемоглобина DS 5 GLYCOMAT, который определяется в 20 мкл капиллярной или венозной крови. Он работает на основе ионообменной хроматографии низкого давления. В ходе исследования были детально изучены 239 случаев, где концентрация гликилированного гемоглобина выходила за приделы его нормы (ниже 4% и выше 7%).

Выводы

Анализ полученных результатов, позволил сделать следующие выводы. При различных терминальных состояниях происходит нарушение процессов энергетического обмена, приводящих к гипергликемии, либо, наоборот, гипогликемии. После наступления смерти по уровню глюкозы в крови нельзя судить о прижизненном уровне гликемии. Из-за своей быстрой утилизации глюкоза не может быть достоверным показателем посмертной диагностики сахарного диабета. Повышенная концентрация гликированного гемоглобина свидетельствует об имевшем место состоянии выраженной длительной (30-90 суток) гипергликемии, т. е. о сахарном диабете.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОСМЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА.

[1]*Жежулова М.В.* орд. 2013-го года каф. судебная медицина
Руководители темы: [2]*Исаков В.Д.* проф., д.м.н., [1]*Осипова Е.Л.*
1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова
2 - СПб ГУЗ Бюро судебно-медицинской экспертизы

Актуальность

Диагностика сахарного диабета при исследовании трупа затруднена из-за отсутствия медицинских данных в материалах следствия, каких-либо специфических морфологических и

гистологических признаков, поэтому примерно в 50% случаев заболевание остается не диагностированным.

Цель

Целью настоящей работы явилось изучение биохимических показателей и их достоверности для посмертной диагностики сахарного диабета.

Материалы и методы

Материалами исследования явились акты и заключения судебно-медицинских экспертов (2324 сл.), в которых анализировались причина смерти, пол, возраст и результаты биохимического исследования крови.

Наиболее важными биохимическими показателями у больных с сахарным диабетом являются глюкоза и гликилированный гемоглобин крови. Для данного исследования используется анализатор гликированного гемоглобина DS 5 GLYCOMAT, который определяется в 20 мкл капиллярной или венозной крови. Он работает на основе ионообменной хроматографии низкого давления. В ходе исследования были детально изучены 239 случаев, где концентрация гликилированного гемоглобина выходила за приделы его нормы (ниже 4% и выше 7%).

Выводы

Анализ полученных результатов, позволил сделать следующие выводы: при различных терминальных состояниях происходит нарушение процессов энергетического обмена, приводящих к гипергликемии, либо наоборот - гипогликемии; после наступления смерти по уровню глюкозы в крови нельзя судить о прижизненном уровне гликемии; из-за своей быстрой утилизации глюкоза не может быть достоверным показателем посмертной диагностики сахарного диабета; повышенная концентрация гликированного гемоглобина свидетельствует об имевшем место состоянии выраженной длительной (30-90 суток) гипергликемии, т. е. о сахарном диабете.

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ СПБ ГБУЗ БСМЭ

[1]*Кравцов А.И.* инт. 2013-го года каф. судебная медицина

Руководители темы: [2]*Козлова О.А.* отд. молекулярно-генетическое, [1]*Комаровский Ю.А.* отд. молекулярно-генетическое

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова

2 - СПб ГУЗ Бюро судебно-медицинской экспертизы

Актуальность

Генетическая уникальность каждого человека позволяет идентифицировать личность на основании анализа ДНК почти со 100-процентной точностью. Однако на практике невозможно просто сравнить 2 молекулы ДНК. В 1985 году Алек Джеффрис (Англия) обнаружил в ДНК человека участки, обладающие структурным полиморфизмом, т. е. уникальные по своему строению для каждого человека. Они были названы вариабельными тандемными повторами. Тогда же был разработан метод идентификации, названный генной дактилоскопией.

Цель

В 1990 году в Ленинграде в составе судебно-биологического отделения БСМЭ впервые организована генетическая группа, позже реорганизованная в самостоятельное отделение (1993 год).

Материалы и методы

С каждым годом количество объемные показатели выполненной работы увеличиваются на 8-29%. Так в 1990 году выполнено 14 экспертиз, а в 2013 году – 669. В целом за 23 года работы молекулярно-генетической лаборатории произведено 4897 экспертиз и исследований.

Полученные результаты

С 1990 до 1992 года проводились только экспертизы по установлению кровного родства (вопросы спорного отцовства), требовавшие большого количества ДНК (около 15 мкг). После появления метода ферментативной амплификации при помощи ПЦР (1993 год) экспертизы и исследования проводятся в рамках расследований уголовных и гражданских дел. В настоящее время лаборатория располагает современным оборудованием, что позволяет исследовать хромосомную ДНК, выделенную из различных биообъектов – образцов крови, слюны, выделений, биологических тканей, волос, костей, зубов и т. д. Экспертизы проводятся для решения вопросов по идентификации личности и человеческих останков, установлению происхождения частей тела от одного или нескольких трупов, установлению генетического пола объектов, установлению кровного родства, определению зиготности близнецов. По исследованию Y-хромосомы устанавливается кровное родство по мужской линии (дед-внук, дядя-племянник, братья).

Выводы

При этом прогресс не стоит на месте и предлагает нам новые перспективы развития и совершенствования: исследование митохондриальной ДНК; расширение панели исследуемых локусов; внедрение экспресс-методов анализа ДНК. Выделение ДНК с помощью роботизированной техники позволит исключить ошибки при производстве молекулярно-генетических экспертиз.

ИНФОРМАЦИОННАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РЕЛЬЕФНОСТИ КОСТНЫХ ОСКОЛКОВ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

Петрова Е.А. 6к. 605гр. 2

Руководитель темы: *Панчук Ю.П.* доц. каф. Судебная медицина, к.м.н.

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова

Актуальность

Экспериментальные повреждения костей свидетельствуют о том, что форма и площадь дефекта костной ткани соответствует площади поперечного сечения ранящих снарядов. Данный показатель не имеет значимой зависимости от свойств ранящего снаряда и его контактной скорости. В отношении размерных характеристик и количества костных осколков удалось выявить и посчитать зависимость данных параметров от условий проведения эксперимента. По общему количеству осколков были установлены пороговые значения контактной скорости пули при которых данный показатель имел значимые различия. Так для объектов в первой и третьей серии (кости без визуальных признаков остеопороза) пороговое значение скорости составляло оболочечными пулями 500 м/с, а для безоболочечных – 600 м/с. Во второй серии опытов (кости выраженными признаками остеопороза) пороговое значение скорости составляло оболочечными пулями 300 м/с, а для безоболочечных – 400 м/с.

Цель

Изучая рельеф поверхности в области входного огнестрельного отверстия было обнаружено, что его свойства (ребристость) зависела в большей степени от свойств костной ткани, то есть от выраженности остеопороза. Так на костях без визуальных признаков остеопороза область контакта с пулей имела ребристую или мелкоребристую поверхность, а на костях с явными признаками остеопороза эта зона имела преимущественно крупноребристую поверхность.

Материалы и методы

Выявленная макроскпическими методами особенность рельефа поверхности в области входного огнестрельного отверстия послужила основанием для последующего этапа исследования.

На следующем этапе проводилось изучение контактных поверхностей повреждений костных осколков с применением прецезионной цифровой макрофотосъемки в двух проекциях и оптическим контрастированием изображений с выделения контуров поверхности рельефа

костного скола. Полученная таким образом информация была использована для количественной оценки текстуры рельефа костного канала с помощью вычисления индекса рельефности.

Полученные результаты

Значения индекса рельефности костных осколков в области контакта пули показали, что внешне похожие между собой краевые поверхности существенным образом отличаются. На ребрах без визуальных признаков остеопороза индекс рельефности у повреждений причиненных оболочечными пулями находился в пределах от 0, 014 до 0, 057, а для повреждений ребер причиненных безоболочными пулями составлял от 0, 013 до 0, 051. Показатели индекса рельефности для повреждений ребер с выраженными признаками остепороза, причиняемых оболочечными пулями, колебались от 0, 104 до 0, 278, а для повреждений, причиняемых безоболочечными пулями - от 0, 108 до 0, 178.

Выводы

Полученные результаты расширяют существующие возможности решения целого ряда диагностических задач, традиционно стоящих перед судебно-медицинскими экспертами, исследующими данный вид травмы: механизм разрушения огнестрельного повреждения костной ткани, установление свойств ранящего снаряда (прежде всего, энергетических), определение объема огнестрельного происхождения и многие другие.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА КАК ПРИЧИНА СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ ПО ДАННЫМ БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ САНКТ – ПЕТЕРБУРГА

[1,2]*Иванова М.В.* инт. 1-го года каф. судебной медицины
Руководитель темы: [1]*Праводелова А.О.* доц. каф. судебной медицины, к.м.н.
1 - ФМИЦ им.В.А.Алмазова;
2 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В России от сердечно - сосудистых заболеваний ежегодно умирает около 1 миллиона 200 тысяч человек, в то время как в Европе чуть более 300 тыс.. За последние 20 лет смертность от сердечно - сосудистых заболеваний в нашей стране увеличилась более чем в 2 раза, причем более чем у половины умерших причиной смерти была ишемическая болезнь сердца (ИБС). Если так продолжится и далее, то население России к 2030 году составит примерно 85 млн. Но ситуацию изменить можно и нужно, если каждый из нас будет знать о ней.

Цель

Целью исследования было проанализировать частоту скоропостижной смерти от ИБС в структуре сердечно - сосудистых заболеваний в Санкт-Петербурге в 2010-2012 годах по данным судебно-медицинских исследований трупов Бюро судебно-медицинской экспертизы.

Материалы и методы

Использовались архивные материалы СПб ГБУЗ БСМЭ. Из статистических карт производилась выкопировка следующих данных: пол и возраст погибших, причина смерти, дата смерти, район проживания. Для расчета показателей использовались методы описательной статистики.

Полученные результаты

Исследования показали, что в Санкт-Петербурге в 2010-2012 при судебно-медицинском исследовании трупов установлено 25612 случаев смерти от различных видов ИБС (8881 случай – 2010 г., 8298 случаев – 2011 г., 8433 случая - 2012 г.), которые составили 51, 8% от всей ненасильственной смерти и 65, 9% от общего числа смертей от сердечно - сосудистых заболеваний в Санкт-Петербурге. Было установлено, что смерть от ИБС наблюдалась во всех возрастных группах взрослого населения от 20 до 70 лет и старше, как среди мужчин, так и женщин. Погибшие мужчины составили 47, 5%, женщины – 52, 5% случаев. У мужчин максимум смертей выпадает на возраст 50-70 (41, 1%) и старше 70 лет (49, 6%), в 2/3 случаев умершие женщины были в возрасте старше 70 лет (62, 2%) и в 1/4 случаев – в возрасте 50-70 лет (26, 5%).

По данным судебно-медицинских исследований трупов и результатам лабораторных исследований судебно-медицинскими экспертами в 54, 4% случаев была установлена ишемическая болезнь сердца (ИБС), в 45, 6% - хроническая ишемическая болезнь сердца (ХИБС), которые в 94, 2% случаев осложнились острой сердечной недостаточностью, в 5, 8% - острым инфарктом миокарда, в том числе в 2, 3% случаев - с тампонадой перикарда, Смерть от ИБС чаще наступала зимой 27, 1%, реже весной (24, 6%), осенью (24, 3%) и летом (24%). Наибольшее количество смертей от ИБС в исследованные годы установлено в Невском (11, 69%), Красногвардейском (10, 94%) и Выборгском (11, 21%) районах города (от 875 до 1063 случаев в год). В других районах города зарегистрировано от 44 до 987 случаев смерти в год.

Выводы

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что в Санкт-Петербурге показатели случаев скоропостижной смерти от ИБС, осложнившейся острой сердечной недостаточность как женщин, так и мужчин в возрасте 50-70 лет и старше остаются на высоком уровне и требуют принятия комплекса мер, направленных на обеспечение максимально эффективной работы системы здравоохранения, подготовки квалифицированных специалистов, взаимодействия учреждений различного подчинения в части оказания экстренной помощи больным ИБС в Санкт-Петербурге, реализацию механизмов контроля объемов и качества оказания медицинской помощи.

КОНСОЛИДИРОВАННЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ И ХРЯЩЕЙ ГОРТАНИ КАК СОПУТСТВУЮЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ТРАВМЕ ШЕИ

Лень Т.А. 5к. 517гр. МПФ

Руководители темы: *Мишин Е.С.* проф. каф. судебной медицины, д.м.н., *Подпоринова Е.Э.* доц. каф. судебной медицины, к.м.н., *Шулакова Е.А.* асс. каф. судебной медицины

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Одним из значимых диагностических признаков закрытой тупой травмы шеи являются повреждения подъязычной кости, хрящей гортани и трахеи в виде переломов (полных переломов, надломов, трещин), надрывов и разрывов соединений больших рогов с телом подъязычной кости. При определении степени вреда, причиненного здоровью человека, переломы хрящей гортани являются вредом здоровью, опасным для жизни человека, создающим непосредственную угрозу для жизни, и по этому квалифицирующему признаку оцениваются как тяжкий вред здоровью. При исследовании трупов диагностика переломов проводится путем специально разработанного для этих целей медико-криминалистического метода (Мишин Е. С., 1992). При использовании этого метода в случаях смерти от удавления петлей наряду с вновь возникшими повреждениями впервые были диагностированы консолидированные переломы подъязычной кости, хрящей гортани и трахеи (Мишин Е. С., 1996, 1997).

Цель

Целью работы явилось установление наличия и частоты встречаемости консолидированных переломов подъязычной кости, хрящей гортани и трахеи, как сопутствующих повреждений при разных причинах смерти.

Материалы и методы

Акты судебно-медицинских медико-криминалистических исследований подъязычногортаннотрахеальных комплексов (2751), произведенных сотрудниками кафедры судебной медицины в 1997 – 2012 г. г. Проведен анализ причин смерти, пола, возраста погибших, наличия консолидированных переломов, их локализации и вида. Использованы информационно-аналитические и статистические методы.

Полученные результаты

В исследованных случаях причинами смерти были удавление петлей и руками (29, 0%), повешение (14, 0%), сочетанная тупая травма шеи и туловища от ударов тупыми объектами (11,

0%) и другие причины (25, 0%). В 21, 0% случаев на момент исследования органокомплексов шеи причина смерти не установлена в виду резко выраженных гнилостных изменений трупов. В 576 случаях (21, 0%) обнаружены консолидированные (сросшиеся) переломы подъязычной кости, хрящей гортани и трахеи в виде полных переломов, часто со смещением отломков, надломов и трещин, представленных «мозолями» из костной и соединительной ткани. Консолидированные переломы выявлены у мужчин в 67, 0%, у женщин – в 33, 0%. Наибольшие число случаев с консолидированными переломами отмечено как у мужчин, так и у женщин в возрасте от 18 до 39 лет. Изолированные повреждения одного из элементов органокомплекса установлены в 44, 0% случаев, сочетанные – в 56% случаев. Изолированные повреждения перстневидного хряща встретились в 46, 2%, щитовидного хряща - в 44, 2%, полуколец трахеи – в 6, 3%, подъязычной кости - в 3, 2%. Среди сочетанных повреждений наиболее часто выявлены консолидированные переломы щитовидного и перстневидного хрящей (41, 0%). Повреждения подъязычной кости в основном располагались в области больших рогов и соединений их с телом, щитовидного хряща - верхних рогов и пластинок, перстневидного хряща – дуги в местах соединения с пластинкой и самой пластинки, полуколец трахеи – их концевых отделов.

Выводы

У лиц, погибших от закрытой тупой травмы шеи и других причин, в каждом пятом случае выявляются консолидированные переломы одного или нескольких анатомических объектов органокомплекса шеи (подъязычной кости, хрящей гортани и трахеи), которые свидетельствуют о том, что у потерпевших задолго до смерти была травма шеи, закончившаяся выздоровлением. Ввиду этого следует, что действующие нормативные документы по определению степени причиненного вреда здоровью человека в случаях тупой травмы шеи требуют существенной корректировки.

МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ КАК ИСТОЧНИК ДОКАЗАТЕЛЬСТВ В УСТАНОВЛЕНИИ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

Куксо А.Ю. 6к. 640гр. ПФ
Руководитель темы: *Панчук Ю.П.* доц. каф. патологической анатомии с курсом судебной медицины, к.м.н.
СПбГПМУ

Актуальность

Участвуя в предварительной оценке сведений, содержащихся в медицинских документах, мы столкнулись с интересным случаем связанным с установлением причины смерти.

Цель

В соответствии с представленными документами смерть гр. Н наступила в течение короткого времени: от момента ухудшения самочувствия до наступления смерти около 20 минут. Согласно акту судебно-медицинского исследования трупа гр. Н причиной смерти явилась острая коронарная недостаточность, развившаяся на фоне гипертонического криза и атеросклероза коронарных артерий. Однако данное умозаключение не основывалось на достоверных данных. Вместе с тем, в случае отсутствия каких-либо сведений о возможности наличия другой причины смерти, данное утверждение можно было считать условно достоверным.

Материалы и методы

Анализ медицинских сведений касающихся описываемых событий в медицинской карте указывает на то, что причиной смерти гр. Н было развитие анафилактической реакции, причинно связанной с применением инвазивного метода лечения (выполнения лечебно-медикаментозных блокад с применением препарата афлутопа, обладающего по своей химической структуре высокими аллергенными свойствами и новокаина с возможным

развитием аллергических реакций) с рисками возникновения неблагоприятных осложнений. В клинической картине которой ведущим был асфиктический синдромом.

Полученные результаты

Данное суждение подтверждается:

– закономерными клиническими проявлениями в виде: возникновения нарушения дыхания после повторного введения препарата с высокой сенсибилизирующей активностью (около 20 минут после инъекции), с последующей остановкой дыхания на фоне относительно нормальных гемодинамических показателей, развитием цианоза и акроцианоза в этот период как следствие острого нарушения проходимости дыхательных путей и газообмена в легких;

– гистологическими признаками: наличие бронхоспазма, обширных очагов ателектаза альвеол;

– обнаружением сужения голосовой щели на вскрытии трупа;

– наличие признаков отека Квинке, о чем свидетельствует ассиметричная припухлость левой части лица, вызванная отеком подкожно-жировой клетчатки;

– введением адреналина, как основного средства лечения лекарственного анафилактического шока с асфиктическим синдромом на фоне относительно нормальных гемодинамических показателей.

Выводы

Таким образом, решение задачи по установлению причины смерти гр. Н оказалось возможным только на основании анализа динамики изменений объективного состояния здоровья и проявления патологических процессов в хронологической последовательности после выполнения инъекций афлутопа с новокаином зафиксированных в медицинских документах и других источниках, содержащих необходимые доказательства.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ КОМБИНИРОВАННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ БАРБИТУРАТАМИ И ИНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ ПСИХОТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ

Трошин Е.Л. 5к. 511гр. ЛФ

Руководитель темы: *Петров Л.В.* доц. каф. судебной медицины, к.м.н.

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Актуальность

Острые отравления психофармакологическими препаратами занимают в настоящее время одно из ведущих мест в структуре острой химической травмы. Изучение специальной литературы показывает, что комбинированные отравления психофармакологическими препаратами и этанолом на настоящем этапе представляют малоизученную проблему.

Цель

Целью исследования является сравнение особенностей течения и исходов комбинированных отравлений барбитуратами и иными лекарственными средствами психотропного действия.

Материалы и методы

Объектами исследования послужили 146 актов судебно-медицинских исследований трупов лиц, поступивших в специализированный стационар по поводу острых отравлений. В актах анализировали: пол и возраст умерших; количество и структуру токсикантов, воздействовавших на организм; уровень сознания на момент поступления в стационар; сроки жизни в стационаре; результаты химико-токсикологического или судебно-химического исследований; непосредственная причина смерти. Анализируемые параметры заносили в специально разработанные таблицы. Для статистической обработки полученных данных использовались расчет среднего арифметического, средней ошибки средней арифметической; корреляцию, сравнение достоверности различий средних значений с помощью функции χ^2.

Полученные результаты

Исследованные наблюдения были разделены на две группы. Первую группу составили случаи изолированного отравления барбитуратами, вторую – наблюдения, в которых, помимо барбитуратов, было установлено действие иных лекарственных препаратов (бензодиазепины, азалептин, амитриптиллин, финлепсин), а также наличие этанола. Средний возраст умерших в исследованных группах достоверно не различался (p>0, 05). Во второй группе доля женщин достигала 80%, тогда как в первой группе это соотношение мужчин и женщин было почти равным. Структура непосредственных причин смерти в сравниваемых группах достоверно не различались (χ^2>0, 05). Доля скончавшихся в течение 1-х суток после поступления токсиканта была выше в первой группе наблюдений (χ^2<0, 05).В случаях изолированного отравления барбитуратами между уровнем сознания и длительностью постинтоксикационного отмечается положительная корреляционная связь, тогда как при комбинированном поражении эта связь не достоверна.В группе комбинированных поражений доля пострадавших с уровнем барбитуратов менее 1 мг% достоверно выше, чем в случаях изолированного действия (χ^2<0, 05).Коэффициент корреляции между концентрацией барбитуратов в крови и сроком жизни пострадавших в сравниваемых группах не различался – в обеих отмечалась положительная корреляционная связь.

Выводы

Установлено, что на течение и исход острых отравлений барбитуратами оказывает влияние присутствие в организме иных психофармакологических препаратов: одновременное присутствие двух и более препаратов снижает достоверность такого прогностического клинического критерия как уровень сознания и оказывает влияние на длительность постинтоксикационного периода.

Проведенные исследования показывают необходимость дальнейшего изучения особенностей комбинированных отравлений психофармакологическими препаратами.

САМОУБИЙСТВА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПУТЕМ ПОВЕШЕНИЯ

Юрцова Л.С. инт. 2013-го года каф. судебной медицины
Руководитель темы: *Праводелова А.О.* доц. каф. судебной медицины, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В странах всего мира уровень самоубийств подростков не только высок, но он еще и увеличивается. В последние 6-7 лет частота суицидов в России составляет 19-20 случаев на 100 тысяч подростков. Средний показатель в мире – 7 случаев на 100 тысяч. Это выводит нашу страну на одно из первых мест в списке стран, где подросткам наиболее свойственно суицидальное поведение. Наиболее частым способом совершения самоубийств является повешение. До сих пор нет четкой и честной статистики по этому поводу, что и определяет актуальность нашего исследования.

Цель

Целью работы явился анализ суицидов путем повешения среди детей и подростков Санкт-Петербурга в период за 2010-2013 годы по данным судебно-медицинских экспертиз и исследований трупов, статистических отчетов СПб ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы».

Материалы и методы

Использовались архивные материалы СПб ГБУЗ БСМЭ. Из статистических карт произведена выборка следующих показателей: пол и возраст погибших, месяц, сезон года, место совершения самоубийств, содержание алкоголя в крови. Применялись методы описательной статистики с расчетом интенсивных коэффициентов

Полученные результаты

Было проанализировано 85 случаев завершенных самоубийств детей и подростков путем повешения в 2010-2013 годах в Санкт-Петербурге, что составляет 3, 3% относительно всех случаев механической асфиксии и 5, 4% от всех случаев повешения за исследованный период. Наибольшее число случаев смерти детей и подростков от повешения отмечено в 2010 (30, 6%) и в 2102 (29, 5%) годах. В 2011 и 2013 годах эти показатели были ниже и составили 21, 1% и 18, 8% соответственно. Основанием для производства исследований погибших в 80% случаев были направления, в 20% случаев - постановления о назначении судебно-медицинских экспертиз. Исследования показали, что случаи смерти детей и подростков от повешения наблюдались в возрасте от 10 до 20 лет. Среди погибших лица мужского пола составили 82, 4%, лица женского пола — 17, 6%, т. е. юноши совершали самоубийства почти в 5 раз чаще, чем девушки. У юношей и девушек максимум самоубийств выпадает на возраст 18-20 лет (юноши - 51, 4%, девушки - 53, 3%). В большинстве случаев суициды совершались в квартирах (61, 2%), реже на улицах (14, 1%), в общественных местах (11, 8%) и в других местах (12, 9% - чердаки, подвалы, гаражи, парадные, лес). В 36, 5% случаев в момент совершения самоубийства погибшие находились, в состоянии алкогольного опьянения (юноши - 40%, девушки - 20%). Анализ внутригодовой динамики случаев смерти от повешения показал, что в 2010-2013 годах дети и подростки чаще погибали осенью (32, 9%), реже весной (27, 2%), летом (21, 2%) и зимой (18, 7%). При анализе числа погибших в различных районах Санкт-Петербурга установлено, что в целом за 4 года наибольшее число случаев наблюдалось в Выборгском — 18 случаев (17, 6%) и Приморском районах – 11 случаев (12, 9%), в остальных районах города наблюдалось от 1 до 8 случаев смерти в год.

Выводы

Таким образом, проведенные исследования показали, что в период с 2010 по 2013 года имеется тенденция незначительного снижения числа смертей детей и подростков от суицидов путем повешения в 2013 году. Среди погибших преобладали юноши в возрасте от 18 до 20 лет. Более трети погибших находились в состоянии алкогольного опьянения. Полученные результаты исследования свидетельствуют о необходимости коррекционной работы по социальной и психологической защите детей и подростков, оптимизация детско-родительских взаимоотношений, что позволит снизить количество детей с девиантным поведением и избежать их суицидальных попыток.

СМЕРТЕЛЬНЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ В СТРУКТУРЕ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2013 ГОДУ.

Петрова О.Ю. инт. 1-го года каф. судебной медицины
Руководитель темы: *Праводелова А.О.* доц. каф. судебной медицины, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В общей структуре смертности отравления занимают одно из ведущих мест, опередив в последние годы показатели смертности от других видов насильственной смерти.

Актуальность настоящего исследования обусловлена высокими показателями смертельных отравлений в Санкт-Петербурге.

Цель

Целью нашего исследования было изучение структуры смертельных отравлений по данным СПб ГБУЗ БСМЭ в 2013 году.

Материалы и методы

Из статистических карт производилась выборка следующих данных: пол, и возраст, дата смерти, место смерти, вид отравляющего вещества, Для расчета показателей использовались методы описательной статистики.

Полученные результаты

Проанализировано 1332 случая смертельных отравлений, которые составила почти 1/3 случаев насильственной смерти. Среди погибших подавляющее большинство составили мужчины (77, 6%) в возрасте от 2 до 91 года. Количество погибших женщин было в 3, 5 меньше (22, 4%), их возраст колебался от 5 до 102 лет.

Максимальное число смертей от отравлений отмечено в возрасте 30 - 40 лет (муж. - 40, 5%, жен. -30, 4%) и 21 - 30 лет (муж. – 20, 6%, жен. – 16, 7%). 90, 3% мужчин и 83, 3% женщин умерших отравлений находились в трудоспособном возрасте от 20 до 60 лет. Лица в возрасте от 2 до 16 лет погибли от отравления окисью углерода.

При анализе отравлений по виду отравляющего вещества установлено, что наибольшее число смертей - 51, 8% случаев произошло от отравления наркотиками (опиоиды, метадон, амфетамин, героин, кокаин), далее следуют отравления алкоголем – 399 случаев (29, 9%), окисью углерода -171 случаев (12, 8%), техническими жидкостями, едкими ядами 39 случаев (3, 0%), психотропными веществами -16 случаев (1, 2%). В 1, 3% случаев вид отравляющего вещества не был установлен.

Более подробно нами проанализированы отравления наркотическими и психотропными веществами. Среди погибших подавляющее большинство составили мужчины (83%). Количество умерших женщин было почти в 5 раз меньше (17%). В 51, 8% случаев (56% - муж., 36, 8% - жен.) смерть наступила от отравлений наркотическими ядами (опиоиды, метадон, амфетамин, кокаин, героин). Из них 66, 9% случаев (38, 6% - муж., 24, 8% - жен.) составили отравления метадоном, 29, 1% (16, 7% муж., 11, 4% - жен.) – опиоидами. В 2, 6% случаев (1, 5% - муж., 1, 0% - жен.) вид наркотического вещества не был установлен. Отравления бензодиазепинами отмечены в 0, 5% случаев (0, 2% - муж., 0, 8% - жен.), психостимуляторами – в 0. 4% (0, 3% -муж., 0, 6% - жен.), антидепрессантами – в 0, 3% случаев (0, 1% -муж., 0, 9% - жен.).

Наибольшее число отравлений наркотичекими и психотропными веществами, как сре-ди мужчин, так и женщин отмечено зимой (28%) и весной (27%), реже осенью (22, 9%) и ле-том (22, 1%). Большинство случаев отравлений зарегистрировано в Невском (16, 4%), Фрун-зенском (13, 4%) и Калининском (10, 2%) районах города, в остальных районах регистрировалось от 1 до 9 случаев смертельных отравлений в год.

Выводы

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало структуру смертельных отравлений в Санкт-Петербурге в 2013 году. Самым частым в структуре отравлений является отравление наркотиками, которые почти в 2 раза превысили отравления алкоголем. Среди погибших от отравлений наркотиками почти в 5 раза больше мужчин, чем женщин. Выявлена сезонная цикличность отравлений наркотиками, максимум которых приходится на зиму и весну.

СОСТОЯНИЕ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КРИМИНАЛИСТИКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

[1]*Ерохина А.А.* 6к. 640гр. ЛФ

Руководители темы: [2]*Назаров Ю.В.* асс. каф. судебная медицина, к.м.н., [1]*Теплов К.В.* медико-криминалистическое отд.

1 - СЗГМУ им. И.И. Мечникова

2 - СПб ГБУЗ БСМЭ

Актуальность

С момента основания первых физико-технических отделений в Бюро судебно-медицинской экспертизы, тогда ещё в СССР, прошло более 50 лет. В последующем все физико-технические отделения сменили свои названия и в структурах Бюро стали наименоваться - медико-криминалистическое отделение и претерпели некоторые структурные изменения с целью повышения уровня проводимых экспертиз.

Цель

К настоящему времени, основными задачами совершенствования медико-криминалистической экспертизы является повышение качества проводимых исследований и уменьшение сроков их выполнения. С этой целью проводится внедрение новых методик исследования и применение инновационного оборудования соответствующего уровню международных стандартов. В последние годы происходит активное освоение компьютерной техники и интегрированного программного обеспечения. Особенно широкое применение получили компьютерные программы для определения пола, возраста и роста неизвестных лиц по отдельным костям. Особые требования применяются к новым сотрудникам, которые должны демонстрировать не только хорошие профессиональные знания в области медицинской криминалистики, но и быть способными успешно применять их на практике. С этой целью выпускник медицинского вуза, в процессе обучения в интернатуре или ординатуре проходит стажировку в МКО на будущем рабочем месте.

Материалы и методы

В настоящее время, подготовка врачей - судебно-медицинских экспертов по медико-криминалистическим методам исследования приобрела устойчивый характер, не в последнюю очередь благодаря участию кафедры судебной медицины (зав. – проф. Е. С. Мишин) Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, и непосредственному содействию руководства Бюро.

В работе МКО СПб БСМЭ, на данный момент, все экспертизы проводятся на современном уровне науки и практики, особенно, в таких актуальных в последнее десятилетие направлениях, как повреждения из огнестрельного оружия самообороны, и исследование повреждений, причиняемых пилящим электроинструментом с высокоскоростным возвратно-поступательным движением полотна (электролобзики и сабельные электропилы).

Полученные результаты

В настоящее время, подготовка врачей - судебно-медицинских экспертов по медико-криминалистическим методам исследования приобрела устойчивый характер, не в последнюю очередь благодаря участию кафедры судебной медицины (зав. – проф. Е. С. Мишин) Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, и непосредственному содействию руководства Бюро.

В работе МКО СПб БСМЭ, на данный момент, все экспертизы проводятся на современном уровне науки и практики, особенно, в таких актуальных в последнее десятилетие направлениях, как повреждения из огнестрельного оружия самообороны, и исследование повреждений, причиняемых пилящим электроинструментом с высокоскоростным возвратно-поступательным движением полотна (электролобзики и сабельные электропилы).

Выводы

Таким образом, современный этап развития медицинской криминалистики в МКО Санкт-Петербургского бюро судебно-медицинской экспертизы характеризуется заметной долей современных подходов в исследованиях, что в целом способствует росту доказательного значения результатов судебно-медицинской экспертизы.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЙ, ПРИЧИНЕННЫХ БИТАМИ ДЛЯ ИГРЫ В БЕЙСБОЛ (ПО МАТЕРИАЛАМ МЕДИКО-КРИМИНАЛИСТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ).

Кузнецова И.И. инт. 1-го года каф. судебной медицины и правоведения
Руководитель темы: *Заславский Г.И.* проф. каф. судебной медицины и правоведения, д.м.н.
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Актуальность

Актуальность. В настоящее время правоохранительные органы обеспокоены ростом преступлений против личности с использованием бейсбольных бит и соответственно резким возрастанием количества травм, в том числе смертельных, что связано с массовым изготовлением бит, многократно превышающем спортивные потребности. Для выявления лиц,

причастных к преступлениям, нередко решающее значение приобретает судебно-медицинская дифференциальная диагностика следов и повреждений от воздействия битами.

Материалы и методы

Материалы и методы. 13 заключений медико-криминалистических отделений четырех ведущих региональных Бюро судебно-медицинской экспертизы России.

Использованные методы: аналитический, статистический.

В 11 случаях на экспертизу в качестве предполагаемого орудия травмы были предоставлены деревянные биты фабричного производства, покрытые краской. В 8 случаях нарушения целостности бит не зафиксированы. Одна бита была представлена в разрушенном виде (2 фрагмента). В 2-х случаях выявлено частичное разрушение бит и их защитного покрытия. В 2-х случаях на экспертизу предоставлены самодельные неокрашенные биты. Кроме того, в 3 случаях на экспертизу помимо деревянных бит, в качестве предполагаемого орудия травмы следствием дополнительно были предоставлены: бита металлическая телескопическая, а также металлическая труба, металлическая деталь (часть торцевого гаечного ключа), фрагмент деревянной совковой лопаты (неокрашенный черенок). В 4 случаях на битах были выявлены следы крови и в 1 – ущемленный волос. Среди повреждений преобладали ушибленные раны волосистой части головы (10 случаев), переломы костей свода и основания черепа (7 случаев). В 2 случаях имелись переломы костей предплечья. Лишь в одной экспертизе МКО вывод носил категоричный характер – возможность причинения повреждений битой была исключена. Остальные выводы носили предположительный характер (вероятность повреждения представленным орудием не исключалась), в то время как не был полностью выполнен необходимый объем медико-криминалистических исследований: не применялись методы выявления инородных включений, спектральные исследования (только в 1 случае был использован контактно-диффузионный метод), лишь в 3-х случаях проведены сравнительно-экспериментальные исследования.

Полученные результаты

Отмечено преобладание неопределенных выводов, что может быть связано с отсутствием единого экспертного подхода к исследованию повреждений, причиненных бейсбольными битами и неполнотой использования медико-криминалистических методов исследования.

Выводы

В целях увеличения доказательности выводов необходима разработка единого алгоритма методов исследования, включая весь комплекс медико-криминалистических методов исследования.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТРАВЛЕНИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2012 ГОДУ

Никитин А.В. орд. 2013-го года каф. судебной медицины
Руководитель темы: *Праводелова А.О.* доц. каф. судебной медицины, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В общей структуре смертности смерть от отравлений занимает одно из ведущих мест, опередив в последние годы показатели смертности от других видов насильственной смерти. В последние годы отравления наркотическими и психотропными веществами становится проблемой больших городов.

Актуальность настоящего исследования обусловлена стабильно высокими показателями смертельных отравлений в Санкт-Петербурге и отсутствием информации о структуре и факторах, способствующих их росту.

Цель

Целью нашего исследования было изучение структуры смертельных отравлений по данным СПб ГБУЗ БСМЭ в 2012 году. Из статистических карт производилась выборка следующих данных: пол, и возраст, дата смерти, вид отравляющего вещества, Для расчета

показателей использовались методы описательной статистики с расчетом интенсивных коэффициентов.

Материалы и методы

Проанализировано 1144 случая смертельных отравлений. Среди погибших подавляющее большинство составили мужчины (77, 5) в возрасте от 2 до 89 лет. Количество погибших женщин было в 3, 5 меньше (22, 5%), их возраст колебался от 4 до 99 лет.

Полученные результаты

Максимальное количество смертельных отравлений отмечено в возрастной группе 31 - 40 лет (муж. - 42, 2%, жен. -26, 7%) и в возрастной группе 21 - 30 лет (муж. - 25, 0%, жен. - 17, 5%). 90% мужчин и 80% женщин умерших отравлений находились в трудоспособном возрасте от 20 до 60 лет. Лица в возрасте от 2 до 11 лет погибли от отравления окисью углерода. При анализе отравлений по виду отравляющего вещества установлено, что наибольшее число смертельных отравлений 576 (50, 4%) случаев составили отравления наркотиками (морфин, метадон, амфетамин, кокаин), далее следуют отравления алкоголем – 211случаев (18, 4%), окисью углерода -176 случаев (15, 4%), психотропными веществами -76 случаев (6, 6%), техническими жидкостями, едкими ядами (2, 4%) и лекарственными веществами (1, 4%). В 5, 4% случаев вид отравляющего вещества не был установлен. Нами более подробно проанализирована самая многочисленная группа отравлений - наркотическими и психотропными веществами. Среди погибших подавляющее большинство составили мужчины (82, 8%). Количество умерших женщин было в 4, 8 раз меньше (17, 2%). Большее число мужчин и женщин находились в возрасте 31-40 лет (муж. - 54, 3%, жен. - 41, 3%) и 21-30 лет (муж. 33, 0-%, жен. 32, 2 -%). То есть 95% умерших мужчин и 78% женщин находились в трудоспособном возрасте от 20 до 50 лет. В 89, 3% случаев (90, 8% - муж., 81, 8% - жен) смерть наступила от отравлений наркотическими ядами (морфин, метадон, амфетамин, кокаин, канабиоиды). Из них 44, 1% случаев (45, 0% - муж., 39. 7% - жен.) составили отравления метадоном, 32, 1% (33, 8% муж., 33, 1% - жен.) – морфином. В 13, 1% случаев (14. 0% - муж. 9, 0% - жен) вид наркотического вещества не был установлен. Отравления снотворными (бензодиазепины, реладорм) наблюдались в 13, 6% случаев (13, 3% - муж., 14, 0% - жен.), психостимуляторами – в 1, 6% (1, 5% -муж., 1, 7% - жен.), антидепрессантами – в 1, 4% случаев (1, 2% -муж., 2, 5% - жен.). Наибольшее число отравлений наркотичекими и психотропными веществами отмечено осенью (30, 6%) и летом (27, 7%), реже зимой (21, 6%) и весной (20, 1%).

Выводы

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало структуру смертельных отравлений в Санкт-Петербурге, в которой отравления наркотиками занимают ведущее место. Подавляющее число среди погибших составили мужчины трудоспособного возраста.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ АНАЛИЗ СУИЦИДОВ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 2010-2013 ГОДЫ

Кухаренок И.И. инт. 2013-го года каф. судебной медицины
Руководитель темы: *Праводелова А.О.* доц. каф. судебной медицины, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

По официальной статистике, каждый год кончают жизнь самоубийством 1 100 000 человек. Поэтому проблема суицидов в разные возрастные периоды находится в центре внимания как отечественных, так и зарубежных исследователей, тем более что в последние годы значительно увеличилось число суицидальных действий среди лиц молодого возраста. Этим и определяется актуальность нашего исследования

Цель

Целью работы явился анализ суицидов среди молодежи Санкт-Петербурга в период за 2010-2013 годы. В задачи исследования входил ретроспективный анализ случаев по полу,

возрасту, способу самоубийства, сезону, году, району города, содержанию алкоголя в крови погибших. Для работы использовался архивный материал СПб ГБУЗ БСМЭ.

Материалы и методы

Из результатов нашего исследования следует, что за 4 года в Санкт-Петербурге было совершено 306 зарегистрированных случаев суицида среди молодежи. Из них наибольшее количество пришлось на 2010 год – 94 случая (30, 7%), наименьшее в 2012 году – 64 случая (20, 9%). Наиболее частым способом совершения самоубийств было повешение, как в целом за 4 года – 223 случаев (72, 9%), так и по всем годам в отдельности – от 45 до 69 случаев в год. Второе место занимает падение с высоты – 51 случай за 4 года (16, 7%), от 9 до 16 случаев в год. На третьем месте отравления – 21 случаев (6, 9%) от 4 до 7 случаев в год.

Наибольшее число самоубийств путем повешения наблюдалось в 2010 году, падения с высоты – в 2010 году, отравлений – в 2013 году. Самоубийства другими способами (повреждения, причиненные острыми предметами, огнестрельным оружием, железнодорожным транспортом, нетипичное повешение) в эти годы встречались от 1 до 4 случаев. Среди погибших наибольшее число составили лица мужского пола – 242 человека (79%). Большинство погибших были в возрасте от 20 до 25 года (59, 2%).

Полученные результаты

Анализ сезонной динамики суицидов показал, что за исследованные годы наибольшее количество случаев наблюдалось осенью (35, 0%)) и летом (24%), реже весной (21, 0%) и зимой (20%). В 43, 1% случаев суициденты находились в состоянии легкой и средней степени алкогольного опьянения, 2/3 из которых были лица мужского пола

При анализе числа суицидов по районам Санкт-Петербурга установлено, что в целом за 4 года наибольшее число случаев наблюдалось в Приморском районе – 37 случаев (12, 1%). Установлены различия числа суицидов по районам города по годам, так в 2010 году большинство самоубийств было совершено в Приморском районе – 17 случаев (18, 1%), в 2011 году – в Красносельском районе – 11 случаев (13, 3%), в 2012 и 2013 годах - в Выборгском районе – 8 и 11 случаев соответственно (12, 5% и 16, 9%).

Выводы

Таким образом, полученные нами данные показали, что в 2010-2013 годах наибольшее количество суицидов со смертельным исходом среди молодежи Санкт-Петербурга наблюдалось в 2010 году. Наиболее частым способом самоубийства, как среди мужчин, так и среди женщин, явилось повешение. Среди погибших превалировали мужчины в возрасте от 20 до 25 лет. Почти половина погибших находилась в состоянии алкогольного опьянения, большинство из них были мужчины.

ЭКСПЕРТНАЯ РАБОТА НА КАФЕДРЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ ВМЕДА В 2013 ГОДУ

Цыбулько А.Л. 6к. 1гр. 1 взвод
Руководитель темы: *Панчук Ю.П.* доц. каф. Судебная медицина, к.м.н.
Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова

Актуальность

В 2013 году на кафедре судебной медицины ВМедА произведено 88 судебно-медицинских исследования трупов, из них – 86 трупов лиц, умерших в клиниках академии, 2 труп поступили на исследование с места происшествия. Исследованы 5 случаев смерти от заболеваний и 5 случаев отравлений.

Цель

Распределение трупов поступивших из клиник было следующим: военно-полевой хирургии (ВПХ) - 44 (на 11 меньше, чем в 2012 году), термических поражений (ТП) - 29 (на 9 меньше, чем в 2019 году), военно-полевой терапии - 5, нейрохирургии - 2, другие клиники - 6. Уменьшение общего количества трупов связано с проведением ремонтных работ в подразделениях. Преобладание трупов из клиник ВПХ и ТП соответствует в целом структуре предыдущих лет. Среди повреждающих факторов основными были механический и термический.

Из 47 человек, умерших в клиниках академии в 2013 году от механических повреждений, на транспортную травму пришлось наибольшее количество пострадавших – это 26 человек (55, 3% от всей механической травмы). По сравнению с 2012 годом (79, 7%), в 2013 году (78, 7) на 1% уменьшилась доля смертельных исходов от сочетанной травмы, соответственно увеличилась доля изолированных повреждений (с 20, 3% до 21, 3%). При сочетанных травмах наиболее часто были травмированы 4 сегмента тела – это 27, 7% (13 случаев) от всей механической травмы. При этом чаще всего повреждались голова, грудь, живот и конечности.

Материалы и методы

В 2013 году доля судебно-медицинских исследований трупов из клиники термических поражений составила 33, 7% от общего количества исследуемых трупов поступивших из клиник академии, в то время как в 2012 году эта доля составляла 32, 5% (по сравнению с 2012 годом доля приходящаяся на умерших от термической травмы увеличилась на 1, 2%).

На кафедре в 2013 году было проведено 66 комиссионных экспертиз (в 2012 году их чисто составляло 106). Прослеживается снижение комиссионных экспертиз в сравнении с прошлым годом. Из них экспертизы с установленными недостатками оказания медицинской помощи составили 33 случаев (50%, в 2012 г. – 28%).

Полученные результаты

За год на кафедре судебной медицины было проведено 360 экспертиз живых лиц (в 2012 году таких экспертиз было 310). Среди освидетельствованных в 2013 г. военнослужащих не было. В это число вошли 210 мужчины (58, 4%) и 150 женщин (41, 6%). У освидетельствованных в 2013 году вред здоровью человека не определялся в 45, 6% (164) случаев; - легкий вред здоровью был определен в 23, 9% (86) экспертиз; вред здоровью средней тяжести – 25, 3% (91); - тяжкий вред здоровью – 5, 3% (19).

За прошедший год выявлено 2 дефекта лечения и диагностики в клиниках академии, что на 1 случай больше по сравнению с прошлым годом.

Выводы

Таким образом, в анализе деятельности кафедры судебной медицины ВМедА особого внимания заслуживает факт роста с установления профессиональных недостатков оказания медицинской помощи, что требует более глубокого понимания врачами принципов правоотношений с пациентами и роли медицинской документации как источника доказательств в уголовном и гражданском судопроизводстве.

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ЛЕГГ-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА

[1]*Стегунова Н.А.* 5к. 1506гр. ЛФ, [1]*Сагьдиев А.И.* 5к. 1506гр. ЛФ
Руководители темы: [2]*Османалиев И.Ж.* асс. каф. Травматология и Ортопедия,
к.м.н., [1]*Лобашов В.В.* ожоговое отд.
1 - КазГМУ, Казань
2 - Детская республиканская клиническая больница Республики Татарстан

Актуальность

Болезнь Легг-Кальве-Пертеса является разновидностью асептического некроза головки бедренной кости, поражая детей школьного возраста (5-12 лет), преимущественно мальчиков, что приводит к ранней инвалидизации. При асептическом некрозе, вследствие вазоконстрикции и врожденной недоразвитии сосудистой сети, формируется патологический тип кровообращения, что приводит к состоянию хронической ишемии тканей головки бедренной кости. Определяющим в ишемии костной ткани является нарушение оттока венозной крови с ухудшением микроциркуляции.

Цель

Исследование изменения кровообращения у пациентов с болезнью Пертеса на различных стадиях заболевания, за счет измерения микроциркуляции до, во время и после консервативного лечения.

Материалы и методы

Оценка состояния микроциркуляции крови проведена при помощи аппарата «ЛАКК-02» методом лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ). Исследовали 6 пациентов (4мальчика, 2 девочки), в возрасте от 5 до 17 лет, из них 2 во время лечения, 2 - до лечения, и 2 - после получения лечения пролонгированной перидуральной анальгезией 3 и 6 месяцев назад. Производились измерения величины среднего потока крови (M) в интервалах времени, среднее колебание перфузии (σ), а также коэффициент состояния микроциркуляции (Kv) в областях большого вертела, коленного сустава и первого пальца стопы в обеих конечностях.

Полученные результаты

При анализе была установлена прямая зависимость улучшения микроциркуляции области пораженного тазобедренного сустава после лечения пролонгированной перидуральной анальгезией на 152% и 140%, что обуславливает эффективность данного лечения. Во время стандартного консервативного лечения зарегистрированы: незначительное улучшение микроциркуляции (45%) у пациента 17 лет и выраженное улучшение (162%) у пациентки 6 лет. Снижение микроциркуляции отмечено у впервые выявленных пациентов на 68%. Различия микроциркуляции в области коленных суставов и области стоп у всех пациентов не выражены.

Выводы

ЛДФ может служить методом, позволяющим измерить микроциркуляцию у пациентов с болезнью Пертеса и оценить эффективность лечения.

АЛЛОПЛАСТИКА ДИСТАЛЬНОГО СУХОЖИЛИЯ ДВУХГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА

Ошомкова Л.В. 5к. 537гр. ЛФ

Руководитель темы: *Филиппов К.В.* доц. каф. травматологии, ортопедии и военно-полевой ирургии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Методы замещения дефектов сухожилий и укрепления сухожильного шва собственными тканями при застарелых и отрывных повреждениях сухожилий двуглавой мышцы плеча пользуются большой популярностью. Вместе с тем, методы аутопластики с использованием местных тканей (несвободная аутопластика) имеют пока ограниченное применение. Отсутствие крупных аутотрансплантатов для замечания больших дефектов сухожилий вынуждают применять методы свободной аутопластики фасциальными или сухожильными трансплантатами. В качестве аутотрансплантатов используют лоскуты широкой фасции бедра, сухожилие ладонного апоневроза и сухожилие полусухожильной мышцы.

Цель

Внедрение в широкую практику аллогенных трансплантатов открыло большие перспективы в совершенствовании новых методик лечения подкожных разрывов сухожилий двуглавой мышцы плеча, особенно застарелых повреждений с большими дефектами.

Полученные результаты

В клинике травматологии, ортопедии и ВПХ СЗГМУ им. И. И. Мечникова используется метод транспозиции повреждённого сухожилия с помощью аллотрансплантата с костным фрагментом. Линейным разрезом по сгибательной поверхности нижней трети плеча обнажают проксимальный конец повреждённого сухожилия. Освобождают его от рубцовых тканей. Делают два дополнительных линейных разреза по разгибательной поверхности предплечья и обнажают локтевую кость. В локтевой кости просверливают поперечный канал, в который проводят сухожильный аллотрансплантат сгибателя первого пальца стопы с костным фрагментом на конце. Сухожильным проводником аллотрансплантат медленно протягивается в межкостном промежутке в рану сгибательной поверхности плеча. Сгибается и супинируется

предплечье, сшиваются оба сухожилия "бок в бок". Верхняя часть трансплантата проводится через созданный тоннель в мышечном брюшке, заворачивается вниз и подшивается "бок в бок" к восстановленному стволу сухожилия. После операции иммобилизация повязкой Турнера продолжается 4 недели. Описанный метод использовался при лечении 27 больных с положительными результатами.

Выводы

Методы ауто- и аллопластики позволяют успешно восстанавливать дистальное сухожилие двуглавой мышцы плеча на всём протяжении при больших дефектах, дегенеративных изменениях и отрывных повреждениях.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ АРТРИТОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Комаренко О.В. 6к. 652гр. ЛФ, *Черкасов А.Ю.* 5к. 533гр. ЛФ
Руководитель темы: *Линник С.А.* проф. каф. травматологии, ортопедии, ВПХ, д.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Гнойный артрит коленного сустава — это острое воспалительно-гнойное заболевание, поражающее все структуры сустава. Данная нозологическая форма может привести к тяжелой инвалидизации и потере функции конечности. По данным нашей клиники гнойный артрит коленного сустава составляет около 3, 5% от всех гнойно-воспалительных заболеваний опорно-двигательной системы.

Цель

В большинстве случаев гнойный артрит коленного сустава носит вторичный характер и возникает после открытых повреждений нижней конечности в области колена, а так же как нагноение после операций на коленном суставе. Общая тяжесть и течение болезни обусловлены анатомическими особенностями коленного сустава, прежде всего наличием большого количества заворотов, ухудшающих возможности дренирования и формированием гнойных затеков в мягких тканях. Первичный артрит коленного сустава может носить и первичный характер, как проявление хрониосепсиса при наличии очагов в других костях скелета при полилокальной форме остеомиелита.

Материалы и методы

В диагностике гнойного артрита коленного сустава ведущую роль занимают данные клинических проявлений, рентгенологические, бактериологические и физические методы исследования. В клинике травматологии и ортопедии СЗГМУ им. И. И. Мечникова с 2000 по 2013 гг. находились на лечении 65 больных в возрасте от 19 до 70 лет с гнойным артритом коленного сустава. У 29 гонит возник после открытых переломов и переломовывихов, у 6-после огнестрельных ранений, у 5-с хрониосепсисом. Отдельно стоят послеоперационные гнойные артриты, которые были у 25 больных после эндопротезирования коленного сустава. Значительные трудности представляет лечение гнойных артритов коленного сустава с наличием костных секвестров и гнойных затеков.

Полученные результаты

Всем больным осуществляли артротомию коленного сустава и хирургическую обработку. Артродез сустава с помощью аппарата Илизарова, в том числе с остеотомией костей голени для ликвидации костного дефекта выполнен 41 больному. 12 больным удалось купировать гнойный процесс путем проточно-промывного дренирования сустава. В 12 случаях выполнено раннее реэндопротезирование коленного сустава.

Выводы

Положительные исходы получены в 76% случаев.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ПОЛИЛОКАЛЬНОЙ ФОРМЫ ОСТЕОМИЕЛИТА

[1]*Иржанский А.А.* 5к. 549гр. ЛФ, [2]*Вострилов И.М.* 5к. 524гр. ПФ
Руководитель темы: [1]*Ромашов П.П.* доц. каф. травматология, ортопедия и ВПХ, к.м.н.
1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова
2 - СПбГПМУ

Актуальность

На сегодняшний день лечение пациентов с множественными формами остеомиелита является актуальной проблемой, требующей дальнейшей дискуссии по определению тактики ведения больных.

Цель

Вместе с тем известно, что только комплексный подход к лечению этой тяжелой группы пациентов позволяет достичь положительных, в том числе функциональных, результатов, снизить частоту рецидивов заболевания, осложнений со стороны других органов и систем, а также сократить длительность реабилитационного периода.

Материалы и методы

Среди 120 пациентов с полилокальным остеомиелитом, находившихся под нашим наблюдением в течение 4-х лет в клинике травматологии и ортопедии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, были больные с гематогенной, посттравматической и послеоперационной формами остеомиелита.

Полученные результаты

В большинстве случаев остеомиелитический процесс локализовался в 2-х (50, 6%), у 37, 9% больных – в 3-х и у 11, 5% в 4-х сегментах. Лечение таких больных было комплексным и включало радикальную хирургическую обработку очагов остеомиелита (одномоментную – 83 случаев, последовательную – 37 случаев) с использованием пластического замещения сформированных полостей (в виде мышечной пластики, костной аутопластики, замещения полости искусственными материалами («Остеосет-Т», «ЛитАр»), пластики местными тканями), антибактериальную, иммуномодулирующую, дезинтоксикационную терапию, физиотерапевтическое лечение, лечебное питание, оксигенобаротерапию, лечебную физкультуру. Рецидивы остеомиелита наблюдались у 21 (18, 9%) пациентов, у 8 (7%) из них – неоднократно. Положительные результаты лечения достигнуты у 102 (85, 6%) больных, неудовлетворительные результаты со стойким нарушением функции – у 17 (14, 4%) пациентов.

Выводы

Таким образом, дифференцированный и комплексный подход к лечению больных с множественными гнойными поражениями костно-мышечной системы позволяет достичь положительных результатов у большинства пациентов.

КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ФИЗИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТРОЗОМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.

Егорова Е.В. доц. каф. физиотерапии и медицинской реабилитации,
к.м.н., *Жукофф О.В.*, *Чернова Е.В.* орд. 2012-го года каф. физиотерапии и медицинской реабилитации,*Байрамова Л.Г.* 6к. 649гр. ЛФ
Руководитель темы: *Шиман А.Г.* проф. каф. физиотерапии и медицинской реабилитации, д.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Одним из частых хронических заболеваний костно-мышечной системы является артроз тазобедренного сустава (коксартроз). Заболевание носит хронический, часто рецидивирующий характер. В комплексном лечении больных коксартрозом большое значение придается физическим факторам. Однако данные об эффективности использования методов физиотерапии при данной патологии противоречивы. В этой связи весьма актуальным является разработка новых высокоэффективных методов лечения с использованием комбинированных методик физиотерапии.

Цель

Повышение эффективности лечения больных с коксартрозом при помощи низкочастотной магнитотерапии и ультрафонофореза геля «Нурофен».

Материалы и методы

Обследовано 80 пациентов с коксартрозом I и II стадии, из них женщины 53 (66, 3%), мужчины 27 (33, 7%), в возрасте от 45 до 75 лет. Пациенты I (основной) группы (40 человек) получали лекарственную терапию, магнитотерапию (МТ) и ультрафонофорез (УФФ) нурофена. Лечебный комплекс пациентов II (контрольной) группы (40 человек) ограничивался применением медикаментозных средств. Наиболее часто больные коксартрозом предъявляли жалобы на выраженный болевой синдром в пораженном суставе при движениях (96, 7%), лишь у 3, 3% случаев он был умеренный. Проведен анализ болевого синдрома при помощи модифицированного опросника Мак-Гилла. Наибольший уровень интенсивности боли по сенсорной шкале (в среднем 2, 68± 0, 52 балла) был отмечен при ноющей (2, 34± 0, 83 балла) и тупой боли. При использовании визуально-аналоговой шкалы установили, что средний показатель интенсивности болевого синдрома до лечения составил 57, 38± 0, 38 мм. Суммарный показатель болевого синдрома по индексу Лекена составил в среднем 5, 86± 0, 16 балла. В комплексном лечении больных использовали лекарственную терапию и физические факторы. Фармакотерапия включала аналгетики, нестероидные противовоспалительные, сосудистые препараты, хондропротекторы и витамины С, В1, В6, В12. Комбинированное воздействие МТ и УФФ геля «Нурофен» осуществляли последовательно при помощи аппаратов (установка УМТИ- 3Ф «Колибри-Эксперт» и «УЗТ- 1. 01Ф»).

Полученные результаты

При проведении сравнительного анализа эффективности лечебных мероприятий у больных с коксартрозом I и II стадии более выраженная положительная динамика выявлена в I группе, соответственно у 94, 4% и 86, 3% ($p< 0, 05$), а во II группе только у 57, 1% и 42, 3% ($p> 0, 05$) больных. Снижение интенсивности болевого синдрома в среднем наступало в основной группе к 3-4 дню, тогда как в контрольной группе к 10-12 дню от начала лечения. Статистический анализ показал, что улучшение клинических показателей было достоверным практически по всем оцениваемым показателям в I группе. Увеличение амплитуды движений в суставе было максимально выражено в I основной группе ($p< 0, 05$) и не достигало уровня статистической достоверности по критерию Стьюдента в контрольной группе.

Выводы

Разработана методика последовательного применения магнитотерапии и ультрафонофореза нурофена, использование которой в комплексном лечении больных с коксартрозом позволяет купировать болевой синдром или снизить его выраженность, увеличить амплитуду движений.

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Иржанский А.А. 5к. 549гр. ЛФ

Руководитель темы: *Пташников Д.А.* проф. каф. травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В настоящее время при дегенеративно-дистрофических заболеваниях тазобедренного сустава (ТБС), медиальных переломах шейки бедренной кости широко применяется эндопротезирование, которое значительно ускоряет активизацию больных в послеоперационном периоде. Ошибки, осложнения, которые встречаются во время операций и в послеоперационном периоде могут привести к тяжёлым последствиям. Наиболее тяжёлым осложнением является глубокое нагноение раны с развитием гнойного коксита.

Материалы и методы

В клинике травматологии и ортопедии клинической больницы им. Петра Великого наблюдалось 102 больных с гнойным воспалением после различных видов эндопротезирования.

Полученные результаты

У 40% обследованных больных с инфекционными осложнениями наблюдалась стабильность эндопротеза. Данной группе больных выполнялось оперативные вмешательства с целью санации очага гнойной инфекции. Выполнялось радикальная хирургическая обработка в сочетании с антибиотикотерапией, пред- и послеоперационной терапией, физиотерапией, лечебной физкультурой. Основной целью проводимых манипуляций являлось сохранение эндопротеза. У 60% наблюдалась нестабильность эндопротеза. У больных данной группы проводилась хирургическая обработка очага остеомиелита, удаление эндопротеза, внедрение проксимальной части бедра в вертлужную впадину и наложение гипсовой тазобедренной повязки на 4 месяца. Целью данной операции являлась ликвидация гнойного осложнения и достижение анкилозирования ТБС. . У 20% больных данной группы наблюдался рецидив гнойного процесса. У 58% больных данной группы было достигнуто анкилозирование с последующим восстановлением опороспособности конечности и у 22% - образовался неоартроз. У 16% через 1. 5 года после затухания гнойного процесса выполнено ревизионное эндопротезирование, что приводило к улучшению качества жизни пациентов.

Выводы

Нарушение техники операции и послеоперационного ведения больного могут привести к тяжёлым осложнениям.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АДГЕЗИВНЫМ КАПСУЛИТОМ ПЛЕЧА.

Егорова Е.В. доц. каф. физиотерапии и медицинской реабилитации, к.м.н., *Жирнов В.А.*, *Нечаева М.В.* асс. каф. физиотерапии и медицинской реабилитации, *Карпекина Е.П.* 6к. 649гр. ЛФ
Руководитель темы: *Шиман А.Г.* проф. каф. физиотерапии и медицинской реабилитации, д.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Одной из наиболее часто встречающейся патологией верхнего плечевого пояса является адгезивный капсулит плеча (АКП). Значительная распространенность и высокие темпы роста заболевания делают актуальным изучение данной патологии с учетом качества жизни. Качество жизни (КЖ) является интегральной характеристикой психологического, физического, эмоционального функционирования пациента. Динамика КЖ показывает эффективность лечения больных этой группы.

Цель

Изучение качества жизни больных с адгезивным капсулитом плеча.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 40 пациентов с АКП в фазе обострения. Больные были в возрасте от 25 до 68 лет. По половому составу 24 (60, 0%) лиц мужского и 16 (40, 0%) женского пола. Среди мужчин преобладали лица, занятые преимущественно физическим трудом. Продолжительность заболевания составляла от 1 до 7 лет. Клиническая картина заболевания была типичной и характеризовалась наличием болевого синдрома в области плечевого сустава, усиливающегося при отведении руки и закладывании ее за спину. Для оценки качества жизни больных применяли короткую версию Опросника Здоровья (SF- 36), а также специализированный Европейский Опросник EQ-SD. При помощи опросника SF-36 пациенты оценивали и соотносили свое состояние и самочувствие с некоторыми признаками в многоступенчатой шкале, которая отражает физическое, ролевое функционирование боли, жизнеспособность, общее здоровье, эмоциональное, социальное функционирование, психологическое здоровье. При помощи опросника EQ-SD пациентами оценивалось свое состояние с учетом шкал самообслуживания, подвижности, привычных занятий, дискомфорта и боли.

Полученные результаты

Анализ КЖ пациентов, опрошенных с помощью опросника SF-36, позволил установить, что до начала лечения 37 человек (92, 5%) оценивали свое здоровье, как плохое, и значительно хуже, чем год назад. Имевшиеся нарушения в состоянии здоровья, связанные с АКП, прежде всего, боли, значительно ограничивали выполнение физических нагрузок, особенно тяжелых, при этом пациентам приходилось прилагать дополнительные усилия при выполнении привычной работы, либо вовсе отказываться от некоторых ее видов. Нарушения в сферах эмоционального и социального функционирования были менее выражены, однако и в данной области немалая часть больных отмечала, что они, в связи со своим заболеванием, чувствовали себя измученными, обессиленными, подавленными, упавшими духом. Такое состояние мешало активно общаться с людьми и вызывало у них затруднения в повседневной деятельности. Анализ КЖ пациентов, опрошенных с помощью опросника EQ-SD, позволил установить, что до начала лечения у 38 человек (95, 0%) качество жизни было снижено из-за дискомфорта, вызванного наличием боли. Эти нарушения в состоянии здоровья, связанные с болевым синдромом, значительно ограничивали самообслуживание. Нарушения в психоэмоциональной сфере (тревога, депрессии), а также возможность передвижения (мобильность) были менее, что вполне коррелирует с данными опросника SF-36.

Выводы

Адгезивный капсулит плеча оказывает негативное влияние на качество жизни большинства больных.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЕГО ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.

Алиев Н.С. 5к. 531гр. ЛФ
Руководитель темы: *Быстрый К.Н.* доц. каф. травматология, ортопедия и ВПХ, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Проблема гнойных хирургических инфекций в настоящее время является важнейшей проблемой современной медицины и здравоохранение. В многочисленных исследованиях, посвященных изучению гнойных осложнений в травматологии и ортопедии недостаточно освещены причины и ошибки, приводящие к их возникновению.

Цель

Под нашим наблюдением находилось 1692 больных с остеомиелитом. До поступления в клинику 75, 8% больных безуспешно оперировались по нескольку раз (до 29), что свидетельствует об упорности заболевания и трудности лечения. В связи с большим количеством гнойных осложнений при операции на опорно-двигательный аппарате мы решили изучить причины, приводящие к развитию послеоперационного остеомиелита и выработать меры их профилактики.

Материалы и методы

Все причины разделены на 5 групп: организационные, тактические, технические, санитарно-эпидемиологические и соматические. Организационные причины связаны с организацией лечения ортопедо-травматологических больных и наблюдались в 6, 3% случаев. Тактические ошибки, связанные с неправильной тактикой лечения больных (8, 1%). Технические причины, связанные с выполнением самой операции, встречаются наиболее часто (42, 7%). Санитарно-эпидемиологические причины, связанные с санитарно-эпидемиологическим состоянием клиники. Соматические причины, связанные с состоянием иммунной реактивности больных с местными трофическими расстройствами оперированной конечности.

Полученные результаты

В основу комплексного лечения хронического послеоперационного остеомиелита должны быть положены следующие основные принципы: радикальная хирургическая обработка очага остеомиелита (РХООО), пластика костной полости, иммобилизация оперированной конечности, борьбы с микрофлорой гнойного очага, повышение защитных сил организма больного, восстановительное лечение. РХООО заключается в удалении из гнойного очага некротизированных и нежизнеспособных тканей, инородных тел, в пределах кровоснабжаемых здоровых тканей. Комплексное лечение хронического послеоперационного остеомиелита с соблюдением основных принципов хотя в каждой конретной клинической ситуации какие-то из них могут быть главным, возможно добиться излечения остеомиелита.

Выводы

Правильная клиническая оценка состояния больного и пораженного сегмента, соответствующий подбор тактики лечения, своевременная коррекция лечебных мероприятий определяет эффективность лечения больных с хроническим послеоперационным остеомиелитом.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА OSTEOSET ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ КОСТНЫХ ПОЛОСТЕЙ

[1]*Иржанский А.А.* 5к. 549гр. ЛФ, [2]*Вострилов И.М.* 5к. 524гр. ПФ
Руководитель темы: [1]*Линник С.А.* проф. каф. травматологии, ортопедии, ВПХ, д.м.н.
1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова
2 - СПбГПМУ

Актуальность

По данным различных авторов, от 6 до 51. 8% случаев переломы длинных костей в процессе лечения осложняются несращением и развитием ложных суставов, гнойные

осложнения составляют от 2 до 63. 9%. В клинике травматологии и ортопедии СЗГМУ им. И. И. Мечникова с 2007 по настоящее время был пролечен 161 больной с использованием препарата OSTEOSET-T для заполнения остеомиелитических полостей. Все больные до поступления в клинику неоднократно безуспешно оперировались по поводу остеомиелита.

Материалы и методы

Всем больным проводилась радикальная хирургическая обработка очага остеомиелита с последующим замещением образовавшейся костной полости препаратом OSTEOSET-T. Объем полости варьировался от 3 мл до 50 мл. В случае большего объема полости использовались комбинированные методы пластики. В чистом виде препарат применен у 114 больных, у 17 — в сочетании с костным губчатым аутотрансплататом в виде «щебня», у 30 — в сочетании с миопластикой. Рана ушивалась наглухо в 150 случаях, в 11 — полностью ушить рану не удалось в связи с дефицитом кожных покровов.

Полученные результаты

В ближайшем послеоперационном периоде раны зажили первично у 142 больных. Из них у 51 пациентов наблюдалось серозное отделяемое между швами сроком до 6 недель. В 19 случаях раны заживали вторично (в 8 в связи с расхождением кожных швов, в 11 в связи с невозможностью полного закрытия раны). Проведенные исследования отделяемого на флору в анаэробных и аэробных условиях во всех случаях роста микрофлоры не дали. В случае вторичного заживления раны проводилась санация раны левомиколем, физиотерапия. В 4 случаях потребовалась повторная операция, что было связано, по-видимому, с нерадикальностью хирургической обработки гнойного очага. При рентгеновском контроле через 4 недели наблюдалась частичная резорбция гранул, через 8 недель полная резорбция гранул с образованием четко очерченной тени рубцовой плотности, через 42 недели отмечалось уменьшение объема остаточной полости. При гистологическом исследовании через 1 год после операции в месте куда был помещен препарат OSTEOSET-T обнаруживались зрелые, новообразованные костные структуры, в толще которых “замурованы” частицы внедренного инородного материала в виде мелкодисперсных базофильных масс.

Выводы

Полученные результаты позволяют рекомендовать применение препарата OSTEOSET-T как один из малотравматичных вариантов замещения костных полостей, образующихся после радикальной хирургической обработки очага остеомиелита.

ПРОГНОЗ И ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

[1]*Иржанский А.А.* 5к. 549гр. ЛФ, [2]*Вострилов И.М.* 5к. 524гр. ПФ
Руководитель темы: [1]*Ткаченко А.Н.* проф. каф. травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, д.м.н.
1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова
2 - СПбГПМУ

Актуальность

Контингент людей, пострадавших от травм и больных ортопедическими заболеваниями, продолжают оставаться многочисленными во всем мире, уступая по численности лишь контингенту больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Интенсивное развитие хирургии в последние годы позволило оперировать больных старших возрастных групп с сопутствующими заболеваниями, обуславливающими низкие функциональные резервы организма (Неверов В. А. с соавт., 2007). Данные о возможностях прогноза, предупреждения и лечения гнойных осложнений эндопротезирования тазобедренных суставов остаются противоречивыми, поэтому изучение прогнозирования и профилактики инфекционных осложнений области хирургического вмешательства (ИОХВ) при эндопротезировании тазобедренного сустава (ЭПТБС) является актуальной темой научных медицинских исследований.

Цель

Низкие функциональные резервы у людей пожилого и старческого возраста, переносящих данную операцию, и сопутствующая соматическая патология оказываются очевидными предпосылками к неблагоприятному течению в послеоперационном периоде. Данное обстоятельство обуславливает необходимость поиска критериев выбора технологий предоперационной подготовки, выполнение операций и ведения раннего послеоперационного периода при ЭПТБС больным старших возрастных групп.

Материалы и методы

Основу исследования составили данные 586 больных пожилого и старческого возраста, которым в СПб ГБУЗ "Госпиталь для ветеранов войн" с 01. 01. 2000 по 31. 12. 2013 выполнено первичное ЭПТБС. Целью исследования является разработка алгоритмов профилактики инфекционных осложнений области хирургического вмешательства для больных старших возрастных групп при проведении им операции ЭПТБС, и проанализировать структуру инфекционных осложнений в зоне хирургического вмешательства у контингента в возрасте от 60 лет и старше.

Полученные результаты

Клинические наблюдения разделены на две группы пациентов: 1) больные, у которых послеоперационный период проходил без гнойных осложнений со стороны операционной раны (483 случая – 92, 9%);

2) пациенты, у которых в послеоперационном периоде констатировано инфекционное осложнение в зоне хирургического вмешательства - (37 наблюдений – 7, 1%). Установлено, что основными критериями прогноза гнойно-воспалительных осложнений, выявляемых до операции, является: пол, возраст, характер труда, группа крови пациентов, наличие дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава, данные о текущем состояние больного (сведения о наличие сопутствующей патологии, инвалидности и физическом развитии), показания к ЭПТБС, условия проведения оперативного вмешательства (время года, экстренность госпитализации, срок и характер предоперационной подготовки). Критериями интраоперационного прогноза являются: метод и риск анестезии, тип эндопротеза и вид его фиксации, длительность операции, сведения об интраоперационной кровопотере и осложнениях во время проведения ЭПТБС.

Выводы

Разработанные алгоритмы профилактики ИОХВ применяются как на этапе предоперационной подготовки, так и после артропластики тазобедренного сустава и включают в себя индивидуальный прогноз развития гнойно-воспалительных осложнений, адекватную состоянию пациента предоперационную подготовку и послеоперационное ведение.

УРОЛОГИЯ

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

[1]*Султанова Ф.М.* 3к. 347гр. ЛФ, [2]*Шакеров Э.А.* инт. 2013-го года каф. №2 хирургии усовершенствования врачей

Руководители темы: [1]*Тагиров Н.С.* отд. урологии, [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 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова

2 - Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова

3 - Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы

Актуальность

В ходе исследования было опрошено 208 пациентов, госпитализированных для стационарного лечения по поводу урологической патологии; находящиеся на стационарном

лечении на момент опроса составили первую, а опрошенные через год после госпитализации - вторую. Использовался один из наиболее популярных общих опросников для исследования качества жизни - SF-36.

Цель

Результаты опроса показали, что пациенты с урологической патологией весьма низко оценивают состояние своего здоровья в целом: подавляющее большинство считают его посредственным или плохим. Стационарное лечение не приводит к улучшению самооценки здоровья: среди госпитализированных пациентов свое здоровье как хорошее и отличное оценили 12, 9%, а как посредственное и плохое - 87, 1%, среди же опрошенных через год и более после госпитализации - 9, 4% и 90, 6% соответственно. Говоря о динамике состояния своего здоровья на момент опроса по сравнению с таковым за год до опроса, более половины (51, 8%) пациентов, проходящих лечение в стационаре, отметили его ухудшение, в том числе 15, 6% - значительное; улучшилось состояние здоровье у трети респондентов (36, 3%), в том числе у 15, 6% - значительно; 11, 9% изменений не заметили. Среди пациентов, выписанных из стационара, распределение несколько более благоприятно: 38, 5% отмечают улучшение, 33, 7% - ухудшение, а 27, 8% - отсутствие изменений.

Материалы и методы

Ограничения физических нагрузок в течение обычного дня из-за состояния здоровья имеются у подавляющего большинства больных. Так, в той или иной степени испытывают затруднения с тяжелыми физическими нагрузками 99, 2% пациентов, находящихся на стационарном лечении, и 98, 2% - выписанных из стационара; с умеренными физическими нагрузками - 89, 3% и 86, 8% соответственно. Принципиальных различий по данным параметрам между пациентами, начавшими и прошедшими стационарное лечение, не выявлено.

Полученные результаты

Испытывали затруднения в работе или другой повседневной деятельности из-за физического состояния в последние 4 недели перед опросом три четверти пациентов первой группы и более 80% - второй. В частности, 72, 4% и 80, 6% опрошенных пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела, 79, 8% и 83, 8% выполнили меньше, чем хотели, 76, 9% и 87, 5% были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности, у 77, 2% и 89, 7% были трудности при выполнении своей работы или других дел.

Выводы

Важно отметить, что не только физическое, но и эмоциональное состояние, связанное с болезнью, в значительной степени снижает качество жизни пациентов с урологической патологией. Так, затруднения в работе или другой повседневной деятельности по данной причине в последние 4 недели перед опросом испытывали около 70% опрошенных, в т. ч. пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела, 70, 4% пациентам, находящимся на момент опроса в стационаре и 79, 3%, проходившим стационарное лечение ранее, выполнили меньше, чем хотели 71, 4% и 66, 2% пациентов соответственно, выполнили свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно, - 66, 4% и 66, 2%.

Положительный эмоциональный фон отмечался среди госпитализированных пациентов всех возрастов с урологической патологией гораздо реже, чем негативный. Так, все время или большую часть времени чувствовали себя бодрыми 14, 7% опрошенных, спокойными и умиротворенными - 14, 3%, счастливыми - 11, 4%, полными сил и энергии - 6, 4%. В то же время, постоянно сильно нервничали 17, 7%, чувствовали себя уставшими 15, 9%, измученными - 14, 0%, упавшими духом и печальными - 8, 9%, такими подавленными, что ничто не могло взбодрить, 3, 9%. Во второй исследуемой группе наблюдается аналогичное распределение. Физическое или эмоциональное состояние мешало проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе (в течение последних 4 недель перед опросом) трем четвертям (75, 3%) пациентов, в том числе 42, 2% - немного, 16, 9% - умеренно, 10, 2% - сильно, а 6, 0% - очень сильно. Только 11, 8% пациентов первой группы и 7, 0% - второй группы физическое состояние никогда не мешало активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.), что является немаловажным компонентом качества жизни. В то же время, 21, 8% и 41, 1%

респондентов соответственно отметили, что оно мешает им иногда, 26, 1% и 14, 6% - что редко, 26, 9% и 27, 8% - что большую часть времени, а 13, 4% и 9, 5% физическое состояние не дает активно общаться с людьми постоянно.

Каждый пятый (21, 4%) из пациентов, опрошенных через год и более после госпитализации, то есть имеющих достаточно большой стаж болезни, оценивает свое заболевание как тяжелое, три четверти (74, 8%) -средней тяжести и лишь 3, 8% - как легкое. Как показал опрос, около половины (45, 2%) пациентов воспринимают свое заболевание спокойно, смирились с ним; около трети (32, 5%) воспринимают болезнь как тяжелое испытание, и лишь 7, 7% чувствуют себя полноценными людьми.

Можно заключить, что, урологические заболевания в значительной степени снижают качество жизни больных. В этом снижении играют роль все основные компоненты - физические, психические и социальные, что необходимо учитывать урологу при оказании специализированной помощи. При этом, принимая во внимание большую роль негативных психоэмоциональных факторов у пациентов с урологической патологией, особенно старшего возраста, в их реабилитации целесообразно шире применять психотерапевтическое лечение.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ДОПЛЕРА С ЦВЕТНЫМ КАРТИРОВАНИЕМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Балашов А.Е. 6к. 632гр. ЛФ
Руководители темы: *Топузов М.Э.* проф. каф. урологии, д.м.н., *Водопьян С.С.* асп. 3-го года каф. урологии
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Цель

Улучшение диагностики рака предстательной железы с использованием ультросонографии с применением цветного доплеровского картирования и исследования в режиме энергетического доплера.

Материалы и методы

В СЗГМУ им. И.И. Мечникова, в клинике урологии был проведен анализ основных статистических показателей (чувствительности и специфичности), характеризующих диагностические возможности трансректальной доплерографии, в том числе в сравнении с обычным трансректальным ультразвуковым исследованием. В исследовании было включено 125 больных. Критериями включения в исследование являлись следующие параметры: возраст пациентов от 35-80 лет, показатели ПСА крови в референтных значениях 4-10 нг/мл, сумма баллов IPSS 0-19. 125 человек были распределены на 2-е группы: 1-й группе больных выполнялось обычное трансректальное ультразвуковое исследование, 2-й группе трансректальное исследование с доплерографией. В последующем всем больным выполнялась трансректальная 12-ти точечная мультифокальная биопсия простаты.

Полученные результаты

В ходе обследования в первой группе пациентов (n=62) было выявлено 22 случая (17, 6%) рака предстательной железы и 40 случаев (32%) доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Во второй группе пациентов (n=63) было выявлено 30 случаев (24%) рака предстательной железы и 23 случая (18, 4%) доброкачественной гиперплазии предстательной железы. По результатам выполненных исследований было установлено, что в первой группе специфичность метода составила 24%, чувствительность 76%, а во второй группе специфичность составляла 78%, чувствительность 84%.

Выводы

Таким образом, можно сделать вывод, что в отличие от обычной трансректальной ультросонографии, трансректальная доплерография предстательной железы обладает более высокой специфичностью в диагностике рака простаты. Современные возможности ультразвуковой диагностики с использованием цветного доплеровского картирования и

исследования в режиме энергетического доплера существенно расширяет возможности ранней диагностики рака предстательной железы, что определяет дальнейшую тактику лечения пациента.

ПРИМЕНЕНИЕ МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОЧКАХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ветров В.Р. 6к. 7гр. ЛФ
Руководители темы: *Липатов В.А.* доц. каф. оперативной хирургии и топографической анатомии, д.м.н., *Братчиков О.И.* проф. каф. урология, д.м.н.
КГМУ, Курск

Актуальность

Актуальными вопросами в оперативной урологии, продолжает оставаться внедрение органосохраняющих операций. Основным этапом таких вмешательств является достижение окончательного гемостаза, что снижает риск послеоперационных осложнений, которые влияют на выживаемость органа, его регенерацию.

Цель

Разработать и выбрать в условиях эксперимента оптимальный образец имплантата для органосохраняющих операций на почках.

Материалы и методы

Эксперимент проводили на кроликах породы шиншилла, которые были разделяны на 2 группы, по 5 особей в каждой. Затем под эпидуральной анестезией через поясничный разрез осуществлялся доступ к почке. Выполняли линейную резекцию каудального полюса почки (без повреждения чашечно-лоханочной системы) и имплантировали образец соответствующей экспериментальной группы (гемостатическая губка КМЦ (карбоксиметилцеллюлоза) и гемостатическая губка коллагеновая, армированные сеткой поливинилиденфторида). Почку укладывали в почечное ложе, рану ушивали послойно и накладывали асептическую повязку. Через 14 дней выводили животных из эксперимента с последующей аутопсией. Статистическую обработку данных проводили при помощи критерия Стьюдента и Манна-Уитни.

Полученные результаты

У животных первой группы визуально отмечалось отсутствие видимых изменений почек, признаков ишемии, мочевых свищей, формирование зрелого рубца, функции органа не нарушены. У животных второй группы визуально отмечалось увеличение размера почки, визуальные признаки ишемии, напряжение капсулы, синюшный цвет, плохое формирование рубца. У животных обеих групп прорезывания швов не отмечалось.

Выводы

Таким образом, основываясь на данных аутопсии, гемостатический имплант КМЦ (карбоксиметилцеллюлоза) армированный сеткой из поливинилиденфосфата имеет большие преимущества перед коллагеновым имплантом, армированным сеткой из поливинилиденфосфата. Первый образец позволяет добиться более выраженного гемостаза, предотвращает прорезывание швов, что в послеоперационном периоде ускорит регенерацию органа и поможет исключить большинство послеоперационных осложнений.

ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ И СИНДРОМОМ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ.

Сурдина А.Д. 6к. 642гр. ЛФ, *Топузов М.Э.* проф. каф. урологии, д.м.н., *Клюев А.Н.* асп. 3-го года каф. хирургических болезней № 1
Руководитель темы: *Топузов М.Э.* проф., д.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Паховые грыжи – одно из наиболее распространенных заболеваний в хирургии и занимают первое место среди грыж брюшной стенки. У пациентов с выполненной герниопластикой острая задержка мочи развивается в 38% случаев.

Цель

Улучшить результаты герниопластики путем снижения послеоперационных осложнений и сократить срок его пребывания в стационаре.

Материалы и методы

За период с 2009 года по 2013 год в клинике кафедры госпитальной хирургии им. Оппеля В. А. было выполнено 350 герниопластик по поводу паховой грыжи. Возраст обследуемых пациентов колебался от 42 до 80 лет. Больным выполнялась ненатяжная герниопластика по Лихтенштейну и лапароскопическая предбрюшинная пластика. Мы изучали послеоперационные осложнения, которые выражались в острой задержке мочи в раннем послеоперационном периоде и в дальнейшем были купированы при помощи консервативной терапии. Нами были сформированы две группы по 50 больных старше 55 лет с симптомаи нижних мочевых путей. При этом первая группа получала тамсулозин 400 мг в предоперационном периоде, начала приема за 5 дней до операции, во второй группе больные получали плацебо.

Полученные результаты

Всего из представленных двух групп больных, острая задержка мочи возникла у 9 пациентов, при этом в первой группе не смогли самостоятельно мочиться 3 (6%) пациента, а во второй 6 (12%) пациентов. Следовательно, сопутствующий синдром нижних мочевых путей увеличивает риск развития ишурии в послеоперационном периоде, а профилактическое назначение альфа-1-адреноблокаторов (тамсулозин 400 мг) за 5 дней до операции уменьшает риск развития этого осложнения с 12% до 6%.

Выводы

Всем пациентам, страдающим синдромом нижних мочевых путей, которым предстоит герниопластика по поводу паховой грыжи имеет смысл назначать альфа-1-адреноблокаторы с целью профилактики развития острой задержки мочи в раннем послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

[1]*Султанова Ф.М.* 3к. 347гр. ЛФ, [2]*Шакеров Э.А.* инт. 1-го года каф. №2 хирургии усовершенствования врачей
Руководители темы: [1]*Тагиров Н.С.* отд. урологии, [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 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова
2 - Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова
3 - Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы

Актуальность

В ходе исследования было опрошено 208 пациентов, госпитализированных для стационарного лечения по поводу урологической патологии; находящиеся на стационарном лечении на момент опроса составили первую, а опрошенные через год после госпитализации -

вторую. Использовался один из наиболее популярных общих опросников для исследования качества жизни - SF-36.

Цель

Результаты опроса показали, что пациенты с урологической патологией весьма низко оценивают состояние своего здоровья в целом: подавляющее большинство считают его посредственным или плохим. Стационарное лечение не приводит к улучшению самооценки здоровья: среди госпитализированных пациентов свое здоровье как хорошее и отличное оценили 12, 9%, а как посредственное и плохое - 87, 1%, среди же опрошенных через год и более после госпитализации - 9, 4% и 90, 6% соответственно. Говоря о динамике состояния своего здоровья на момент опроса по сравнению с таковым за год до опроса, более половины (51, 8%) пациентов, проходящих лечение в стационаре, отметили его ухудшение, в том числе 15, 6% - значительное; улучшилось состояние здоровье у трети респондентов (36, 3%), в том числе у 15, 6% - значительно; 11, 9% изменений не заметили. Среди пациентов, выписанных из стационара, распределение несколько более благоприятно: 38, 5% отмечают улучшение, 33, 7% - ухудшение, а 27, 8% - отсутствие изменений.

Материалы и методы

Ограничения физических нагрузок в течение обычного дня из-за состояния здоровья имеются у подавляющего большинства больных. Так, в той или иной степени испытывают затруднения с тяжелыми физическими нагрузками 99, 2% пациентов, находящихся на стационарном лечении, и 98, 2% - выписанных из стационара; с умеренными физическими нагрузками - 89, 3% и 86, 8% соответственно. Принципиальных различий по данным параметрам между пациентами, начавшими и прошедшими стационарное лечение, не выявлено.

Полученные результаты

Испытывали затруднения в работе или другой повседневной деятельности из-за физического состояния в последние 4 недели перед опросом три четверти пациентов первой группы и более 80% - второй. В частности, 72, 4% и 80, 6% опрошенных пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела, 79, 8% и 83, 8% выполнили меньше, чем хотели, 76, 9% и 87, 5% были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности, у 77, 2% и 89, 7% были трудности при выполнении своей работы или других дел.

Важно отметить, что не только физическое, но и эмоциональное состояние, связанное с болезнью, в значительной степени снижает качество жизни пациентов с урологической патологией. Так, затруднения в работе или другой повседневной деятельности по данной причине в последние 4 недели перед опросом испытывали около 70% опрошенных, в т. ч. пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела, 70, 4% пациентам, находящимся на момент опроса в стационаре и 79, 3%, проходившим стационарное лечение ранее, выполнили меньше, чем хотели 71, 4% и 66, 2% пациентов соответственно, выполнили свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно, - 66, 4% и 66, 2%.

Положительный эмоциональный фон отмечался среди госпитализированных пациентов всех возрастов с урологической патологией гораздо реже, чем негативный. Так, все время или большую часть времени чувствовали себя бодрыми 14, 7% опрошенных, спокойными и умиротворенными - 14, 3%, счастливыми - 11, 4%, полными сил и энергии - 6, 4%. В то же время, постоянно сильно нервничали 17, 7%, чувствовали себя уставшими 15, 9%, измученными - 14, 0%, упавшими духом и печальными - 8, 9%, такими подавленными, что ничто не могло взбодрить, 3, 9%. Во второй исследуемой группе наблюдается аналогичное распределение. Физическое или эмоциональное состояние мешало проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе (в течение последних 4 недель перед опросом) трем четвертям (75, 3%) пациентов, в том числе 42, 2% - немного, 16, 9% - умеренно, 10, 2% - сильно, а 6, 0% - очень сильно. Только 11, 8% пациентов первой группы и 7, 0% - второй группы физическое состояние никогда не мешало активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.), что является немаловажным компонентом качества жизни. В то же время, 21, 8% и 41, 1% респондентов соответственно отметили, что оно мешает им иногда, 26, 1% и 14, 6% - что редко,

26, 9% и 27, 8% - что большую часть времени, а 13, 4% и 9, 5% физическое состояние не дает активно общаться с людьми постоянно.

Каждый пятый (21, 4%) из пациентов, опрошенных через год и более после госпитализации, то есть имеющих достаточно большой стаж болезни, оценивает свое заболевание как тяжелое, три четверти (74, 8%) -средней тяжести и лишь 3, 8% - как легкое. Как показал опрос, около половины (45, 2%) пациентов воспринимают свое заболевание спокойно, смирились с ним; около трети (32, 5%) воспринимают болезнь как тяжелое испытание, и лишь 7, 7% чувствуют себя полноценными людьми.

Выводы

Можно заключить, что, урологические заболевания в значительной степени снижают качество жизни больных. В этом снижении играют роль все основные компоненты - физические, психические и социальные, что необходимо учитывать урологу при оказании специализированной помощи. При этом, принимая во внимание большую роль негативных психоэмоциональных факторов у пациентов с урологической патологией, особенно старшего возраста, в их реабилитации целесообразно шире применять психотерапевтическое лечение.

РОЛЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЧЕЧНОГО СОСОЧКА В ПАТОГЕНЕЗЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

[1]*Болсуновский К.М.* 6к. 661гр. факультет иностранных учащихся, [1]*Никифорова К.И.* 1к. 157гр. лечебебный, [2]*Зубарев Д.В.* 1к. 190гр. Стоматологический фак-т
Руководитель темы: [1]*Топузов М.Э.* проф. каф. урологии, д.м.н.
1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова
3 - ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Актуальность

Мочекаменная болезнь, или уролитиаз, — одно из наиболее частых урологических заболеваний и встречается не менее чем у 1-3% "населения, причем наиболее часто у людей в трудоспособном возрасте — 20-50 лет. Больные уролитиазом составляют 30-40% всего контингента урологических стационаров. В настоящее время в развитых странах мира из 10 млн. человек 400 тыс. страдают мочекаменной болезнью.

Цель

Изучить нормальное строение почечного сосочка и его патологические изменения при мочекаменной болезни.

Материалы и методы

Проводилось морфологическое исследование материала полученного при 20 аутопсиях лиц молодого и среднего возрастов (22-35 лет) без видимой патологии почек и верхних мочевыводящих путей.

Изготавливались гистологические препараты из проксимальных отделов чашечки в области сосочков. Использовалась стандартная проводка по спиртам и заливкой в парафин. Срезы окрашивались гематоксилином и эозином, для определения состояния волокон соединительной ткани методами по ван Гизону, Маллори, Шифф реактивом, альциановым синим, по Косу на кальцинаты.

Полученные результаты

При гистологическом исследовании зоны сосочка в 25% случаев (5 из 20) выявлены единичные микрокальцинаты, располагающиеся под эпителием канальцев в соединительнотканной строме почки. В свою очередь строма отечна, отмечалось умеренное диффузное разряжение волокон, а также нежное окрашивание альциановым синим, указывающее на наличие мукоидного набухания, т. е. начальных этапов дезорганизации соединительной ткани. Грубых проявлений повреждения стромы выявлено не было.

Выводы

На начальных этапах литогенеза происходит образование множества комплексов с мочевыми солями как на слизистой оболочке почечных сосочков, так и в просвете собирательных сосочков в виде цилиндров.

Обнаруженные в результате исследования признаки мукоидного набухания в сочетании с образованием микрокальцинатов требуют дальнейшего изучения возможной роли дезорганизации соединительной ткани почечной стромы в инициации камнеобразования в почках.

ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

ВЛИЯНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА НА ЗДОРОВЬЕ РАБОТАЮЩИХ

Торопов Д.А. 2к. 252гр. ЛФ, *Федоровская Ю.С.* 2к. 252гр. ЛФ
Руководитель темы: *Крутикова Н.Н.* асс. каф. общей и военной гигиены, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Одной из актуальных медико-социальных проблем в настоящее время является сохранение и укрепление здоровья работающего населения. В современных международных и Российских федеральных программах среди приоритетных направлений политики государства предусмотрены мероприятия по охране и укреплению здоровья работающих путем улучшения условий труда во всех сферах производственной деятельности населения (Измеров Н. Ф., 2005; Онищенко Г. Г., 2007). Существенным элементом в решении этих задач является изучение заболеваемости работников предприятий.

Цель

Изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) работающих, занятых на канализационных насосных станциях ГУП «Водоканал Санкт-Петербурга» и работающих, занятых на производстве картона в ЗАО «СПб КПК».

Материалы и методы

Нами было сформировано 2 основные группы наблюдения: 1 группу составили 899 человек, работающих на ЗАО «СПб КПК», 2 группу составили 240 работающих на канализационных насосных станциях ГУП «Водоканал Санкт-Петербурга» и 3 контрольная группа, в которую входила администрация предприятий – 324 человека. В качестве числовых характеристик ЗВУТ использовались: частота (распространенность) случаев заболеваний, повлекших временную нетрудоспособность; число дней временной нетрудоспособности, на 100 работающих за год; средняя продолжительность одного случая заболевания; кратность случаев ЗВУТ за год.

Полученные результаты

Общий кровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности составил 79, 7 случаев и 1136, 3 дня на 100 работающих за год. Средняя продолжительность одного случая – 14, 3 дня. Согласно результатам наблюдения, с высокой степенью статистической достоверности ($p<0, 05$), относительно больший уровень заболеваемости работников определялся в основных группах наблюдения по сравнению с контрольной (76, 7% в 1 группе, 65, 8% во 2 группе и 29, 6% в контрольной).

Углубленная оценка заболеваемости работающих на ЗАО «СПб КПК» и КНС ГУП «Водоканал Санкт-Петербурга» показала, что наибольший прирост заболеваемости с ВУТ произошёл за счёт увеличения частоты болезней органов дыхания. На втором и третьем месте по значимости в приросте патологической пораженности для работников ЗАО «СПб КПК» были болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани и системы кровообращения соответственно, а для рабочих КНС ГУП «Водоканал Санкт-Петербурга» болезни глаза и придаточного аппарата и инфекционные и паразитарные заболевания соответственно. В контрольной группе структура ЗВУТ отличалась в сравнении с основными группами: на первом

месте стояли болезни органов дыхания, на втором месте – травмы, на третьем месте болезни системы кровообращения.

Выводы

Сравнительный анализ комплекса медико-статистических показателей по ЗВУТ работающих на ЗАО «СПб КПК» и КНС ГУП «Водоканал Санкт-Петербурга» свидетельствует о повышенном уровне заболеваемости рабочих обследованных предприятий по сравнению с контрольной группой – администрацией этих предприятий. С помощью углубленного изучения показателей заболеваемости, установлено очевидное неблагоприятное воздействие факторов производства на здоровье работников.

МЕТАЛЛЫ В ПИТЬЕВЫХ ВОДАХ Г. ИВАНОВО И ОЦЕНКА РИСКА ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ

Плеханова Е.В. 5к. 6гр. ПФ

Руководитель темы: *Лутай Г.Ф.* проф. каф. гигиены с основами экологии человека и военной гигиены, д.м.н.

ИвГМА, Иваново

Актуальность

Металлы, определяемые в питьевых водах, потребляемых населением, определены широким спектром по влиянию на органолептические свойства, обладают токсичностью и представляют потенциальную канцерогенную опасность.

Цель

Целью настоящего исследования явилась характеристика питьевой воды по содержанию металлов и оценка риска здоровью населения.

Материалы и методы

В водной среде определялись следующие металлы: Fe, Mn, Cu, Zn, Al, Mo, Ni, Cd, Pb, As, Sr, Se. В соответствии с критериями опасности металлов (ПДК, референтная доза, класс опасности) в группу металлов, подлежащих непосредственному анализу, включены те из них, которые определяют компоненту питьевых вод - безвредность: Al, As, Cd, Sr, Se, Ni, Cr. Такие металлы, как мышьяк, свинец и кадмий по классификации Международного агентства по изучению рака, относятся к канцерогенам.

Полученные результаты

В соответствии с критериями опасности металлов (ПДК, референтная доза, класс опасности) в группу металлов, подлежащих непосредственному анализу, включены те из них, которые определяют компоненту питьевых вод - безвредность: Al, As, Cd, Sr, Se, Ni, Cr. Наибольшая весомость в формировании токсической опасности принадлежит кадмию (81. 64%), селену (8. 17%), свинцу (8. 17%) и мышьяку (1. 64%). Вклад остальных металлов составлял некоторую долю от единицы. Суммационный показатель отношений металлов I и II классов опасности к их предельно допустимым концентрациям составлял 1. 93, тогда как он не должен превышать единицы. При этом следует заметить, что фактическое содержание металлов в питьевой воде ни в одном случае превышал ПДК. Аналогичные результаты получены при расчете неканцерогенных рисков. Индекс опасности (HI) как сумма коэффициентов опасности (HQ) достигал 1. 51 при допустимом значении равном 1. Наиболее высокая HQ определена у мышьяка (0. 98), никеля (0. 479), селена (0. 095). Стронций и кадмий имели практически одинаковые HQ (0. 06). Индивидуальный канцерогенный риск (CR) мышьяка составил 0, 8*10-4, свинца – 2, 8*10-6, кадмия – 2, 3*10-6. Для питьевой воды согласно рекомендациям ВОЗ в качестве допустимого значения используют величину 1*10-5. Эта величина по классификации МАИГ превышает приемлемый риск в целом для населения, подлежит постоянному контролю и требует дополнительных мероприятий по его снижению.

Выводы

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о недостаточной водоподготовке питьевой воды, ее качество может представлять риск развития как неканцерогенных, так и канцерогенных эффектов у населения.

ОЦЕНКА ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ ПОЧВ ГОРОДА ХОЛМСКА

Ким А.В.
Руководитель темы: *Аликбаева Л.А.* доц. каф. общей, военной, радиационной гигиены и медицинской экологии, д.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Важное гигиеническое значение для определения качества и степени безопасности для человека почвы урбанизированных территорий, а также разработки мероприятий по снижению химических и биологических загрязнений имеет оценка эпидемической опасности почвы.

Цель

Целью исследования явилась эпидемическая оценка почвы города Холмска для характеристики процессов ее самоочищения.

Материалы и методы

С 2011 по 2013 гг. в восьми мониторинговых точках в летний период года проводился забор проб почв и оценивались микробиологические и паразитологические показатели (индекс БГКП, индекс энтерококков, патогенные бактерии в т. ч. сальмонеллы и яйца, личинки гельминтов). За период наблюдения проведено более 500 исследований 140 проб почвы.

Выбор мониторинговых точек основывался на их расположении к инфраструктурным объектам города и проводился на территории повышенного риска: две точки в селитебной зоне, две на территории площадок детских образовательных организаций, точка в зоне отдыха городского населения (Приморский бульвар), две точки на территории лечебно-профилактических учреждений (Холмская центральная районная больница и Дальневосточный окружной медицинский центр), одна точка располагалась в санитарно-защитной зоне морского порта.

Полученные результаты

В течение всего периода наблюдений с 2011-2013 гг. исследованные образцы почвы, отобранные в мониторинговых точках соответствовали требованиям МУ 2. 1. 7. 730-99 «Гигиеническая оценка качества почвы населенных мест» и СанПиН 2. 1. 7. 2197-07 «Санитарно-эпидемиологические требования к качеству почвы» по микробиологическим показателям.

Однако, в мониторинговых точках на территории детской дошкольной образовательной организации, Дальневосточного окружного медицинского центра и школьной образовательной организации в 2012 и 2013 гг. наблюдались единичные случаи обнаружения жизнеспособных яиц гельминтов Toxocara mystax и Ascaris lumbricoides.

В мониторинговой точке, расположенной на территории Приморского бульвара наблюдалось на фоне уменьшения истинных представителей почвенных микроорганизмов (Индекс БГКП – 10 кл/г в 2011г., 10 кл/г в 2012г., 1 кл/г в 2013г.; индекс энтерококков – 10 кл/г в 2011г., 1 кл/г в 2012г., 1 кл/г в 2013г.), увеличение положительных находок патогенных гельминтов (яйца и личинки гельминтов (жизнеспособные), что свидетельствует о высокой биологической нагрузке на почву рекреации Приморского бульвара.

Выводы

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о необходимости дополнительных мероприятий по оздоровлению почв Приморского бульвара, а также обусловливает актуальность дальнейшего изучения состояния почвы г. Холмска с дальнейшей разработкой профилактических и организационных мероприятий на перспективу обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в случае неблагоприятной эколого-гигиенической ситуации в условиях антропотехногенной нагрузки на окружающую среду.

ПЫЛЬЦА ДЕРЕВЬЕВ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Логунова Ю.Р. 3к. 12гр. ЛФ, *Холдаенко О.К.* 3к. 12гр. ЛФ
Руководитель темы: *Гамова И.В.* доц. каф. клинической иммунологии и аллергологии, к.м.н.
СГМУ им.В.И.Разумовского, Саратов

Актуальность

Среди разнообразных природных факторов окружающей среды, влияющих на здоровье человека, существенное воздействие оказывает пыльца растений. Максимально высокую концентрацию пыльцы в воздухе (до 20-25 тыс. пыльцевых зерен в м3) обеспечивают кустарники и деревья, широко произрастающие в большинстве регионов России. В условиях интенсивного и нарастающего антропогенного загрязнения окружающей среды, связанного, прежде всего, с развитием промышленного производства и увеличением автотранспорта, потенциально патогенные пыльцевые зерна, являющиеся мощными аллергенами, приобретают более агрессивные свойства и становятся причиной неуклонного роста распространенности респираторных аллергических заболеваний.

Цель

Целью исследования явилось выявление сенсибилизации к основным аллергенам деревьев у взрослых пациентов с симптомами респираторной патологии, проживающих в крупном промышленном городе.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов определения содержания в сыворотке крови аллергенспецифических иммуноглобулинов Е к основным аллергенам деревьев, сорных и злаковых трав у 100 взрослых пациентов с респираторными симптомами, обследованных в университетской клинике в 2013 году. Исследование проведено методом иммуноблоттинга с использованием стандартной респираторной панели аллергенов («Rida Allergy Screen», R-BIOPHARM, Germany).

Полученные результаты

Сенсибилизация к пыльце деревьев выявлена у 34% обследованных, что отражает значимую роль этих ингаляционных аллергенов в развитии респираторных аллергических заболеваний. Наиболее высокий уровень сенсибилизации обнаружен к мажорному аллергену березы (79, 4%), однако изолированная гиперчувствительность к березе определяется редко – в 8, 8% случаев. Значительно чаще, у 64, 7% пациентов, на фоне высокого класса чувствительности к березе отмечается перекрестная реактивность к пыльце орешника, ольхи и дуба. Повышенный уровень специфических иммуноглобулинов Е к аллергенам деревьев часто сочетается с сенсибилизацией к пыльце злаков (в 47% случаев) и сорных трав (у 53% пациентов).

Выводы

Пыльца деревьев является мощным аллергеном и вызывает высокий уровень сенсибилизации у взрослых городских пациентов с патологией верхних дыхательных путей. Отмечена доминирующая роль мажорного аллергена березы в спектре выявленной сенсибилизации и высокая частота перекрестных реакций с другими пыльцевыми аллергенами. Своевременная современная диагностика с использованием респираторной панели аллергенов необходима для составления точного плана элиминационных мероприятий и назначения оптимальной базисной терапии аллергического заболевания.

ФАРМАКОЛОГИЯ

АНТИДИАБЕТИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ НОВОГО ИНКРЕТИНОМИМЕТИКА ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ IN VIVO И IN VITRO.

Лукин Ф.Д. 3к. 310гр. МПФ
Руководители темы: *Макаренко И.Е.* асп. 2-го года каф. биологической и общей химии, *Вишневецкая Т.П.* доц. каф. фармакологии, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В настоящее время сахарный диабет (СД) является одной из самых актуальных медицинских и социальных проблем, что обусловлено угрожающими масштабами распространенности, тяжестью осложнений и преждевременной смертностью вследствие этого заболевания. По данным всемирной организации здравоохранения, в мире насчитывается более 150 млн. больных диабетом. Исходя из актуальности проблемы, перспективным является поиск новых препаратов, предназначенных для лечения данной патологии.

Цель

Целью данной работы являлась оценка антидиабетических эффектов нового инкретиномиметика природного происхождения (ингибитора дипептидилпептидазы 4 типа (ДПП 4)) in vivo и in vitro.

Материалы и методы

В исследовании in vitro была установлено специфическая ингибирующая активность исследуемого препарата в отношении ДПП 4. Применение инкретиномиметика природного происхождения при соотношении 7500 мг препарата/МЕ фермента привело практически к 100% ингибированию. Исследование in vivo проводили на аутбредных мышах-самцах, в условиях экспериментального (стрептозотоцин-индуцированного) сахарного диабета.

Полученные результаты

Было установлено, что при лечебном применении (в течение 10 дней) исследуемый препарат проявляет умеренный сахороснижающий и антиоксидантный эффекты.

Выводы

Полученные данные открывают перспективу дальнейшего изучения нового инкретиномиметика, как перспективного препарата для лечения сахарного диабета, обладающего антиоксидантной активностью.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ РЕГУЛОН И РИГЕВИДОН НА СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ.

Прокудина О.А. 3к. 337гр. ЛФ
Руководители темы: *Неженцева Е.Л.* доц. каф. акушерства и гинекологии №1, к.м.н., *Вишневецкая Т.П.* доц. каф. фармакологии, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Гормональный гемостаз монофазными низкодозированными комбинированными оральными контрацептивами (КОК) является основным показанием при лечении дисфункциональных маточных кровотечений в репродуктивном возрасте.

Цель

Целью данной работы является оценка эффективности гемостаза КОК «Регулон» и «Ригевидон» при лечении дисфункциональных маточных кровотечений посредством дифференцированного отбора больных репродуктивного периода, а также определение абсолютных и относительных противопоказаний и побочных явлений.

Материалы и методы

В ходе работы обследовано 30 больных репродуктивного периода. Изучены гинекологический статус, преморбидный фон и наследственный тромбофлебический анамнез, данные гистологии шейки матки и цервикального канала, УЗИ органов малого таза, М-эхо, коагулограмм. Проведена терапия препаратом «Регулон» или «Ригевидон» (30мкг этинилэстрадиола и 0, 15 мг прогестина) по следующей схеме: 1 таб. 5 р/день через час на первые сутки, 1 таб. 4р/день на вторые сутки, 1таб. 3р/день на третьи, 1 таб. 2р/день на четвертые и по 1таб. в следующие двое суток. После проведенной терапии выполнено УЗИ органов малого таза и М-эхо.

Полученные результаты

Исследование показало, что причинами нарушения гонадотропной функции могут быть: стресс 93, 3%, прерывание беременности 60%, ожирение 20%, синдром поликистозных яичников 16, 7%, инфекции 16, 7%. Ювенильные кровотечения отмечались у 60% обследуемых. По данным инструментального исследования гиперплазия эндометрия зарегистрирована у 66, 7% больных, персистенция фолликулов у 90%. В результате терапии у 93, 3% состояние улучшилось, прекратились кровянистые выделения и тянущие боли внизу живота. Среди побочных эффектов наблюдались: тошнота 20%, повышение аппетита 13, 3% в первые сутки. У больной с ГБ выявлено повышение АД и вязкости крови, нормализовавшиеся после отмены препарата.

Выводы

Таким образом, для применения гормонального гемостаза при лечении больных с дисфункциональными маточными кровотечениями, в основе которых персистенция фолликулов и гиперплазия эндометрия, необходимо проводить дифференциальный диагноз с нарушениями гемостаза и органическими маточными кровотечениями. Гормональная терапия должна проводиться с учетом возраста, преморбидного состояния и под контролем УЗИ и лабораторных данных. В настоящее время лучшими препаратами для гормонального гемостаза являются монофазные низкодозированные КОК, которые, в отличие от препаратов I и II поколения, снижают атерогенный потенциал крови, реже вызывают гипертензию, гипергликемию, тромбоз и эмболию, так как эти изменения имеют дозозависимый эффект. В дальнейшем планируется изучить возможность применения КОК нового поколения у больных с сахарным диабетом.

ВЛИЯНИЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ НА ЦИРКАДНЫЕ РИТМЫ

Тихонова А.И. 3к. 339гр. ЛФ

Руководители темы: *Вишневецкая Т.П.* доц. каф. фармакологии, к.м.н., *Васильев Я.И.* доц. каф. анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В последнее время в практической анестезиологии и в научных исследованиях, посвященных анестетикам, особое внимание уделяется изучению отдаленных последствий анестезии. В частности, влиянию анестетиков на когнитивные функции пациентов, в том числе на цикл «сон-бодрствование». В литературных источниках имеются сведения, что применение ингаляционных анестетиков имеет ряд преимуществ по сравнению со средствами для неингаляционного наркоза. Однако влияние конкретных анестетиков на высшую нервную деятельность остается еще недостаточно изученным.

Цель

Предметом исследования являлось влияние изофлурана на восприятие времени и состояние сна. Объектом исследования выступили пациенты ОАРИТ ХП № 1, четверым из которых накануне исследования была проведена анестезия изофлураном. Исследование включало работу с медицинской документацией и наблюдение за пациентами в течение дня на следующие сутки после анестезии. Всем пациентам утром и вечером были заданы одинаковые вопросы, вечером был предложен дополнительно снотворный препарат.

Материалы и методы

Исследованы пациенты 58, 64, 75 и 80 лет, 2 мужчин, 2 женщины. Им были проведены операции: субтотальная резекция желудка (мужчина, 58 лет), правосторонняя гемиколэктомия (женщина, 80 лет), операция типа Гартмана (женщина, 75 лет) и атипичная резекция правого легкого (мужчина, 64 года). Длительность анестезии соответственно операциям составляла 4. 5 часа, 2. 2 часа, 5. 4 часа, 1. 8 часа. Пациентам были заданы три простых вопроса: который час? сейчас утро или вечер? чувствуете ли Вы повышенную по сравнению с обычным уровнем сонливость?

Полученные результаты

Результаты собеседования показали, что на первые два вопроса ни один из пациентов не ответил правильно, на третий вопрос трое пациентов утром ответили - "да", один - "нет", вечером все ответили "нет". Один пациент попросил дополнительно снотворный препарат. Полученные данные позволяют утверждать, что у всех пациентов после общей анестезии нарушилось восприятие времени.

Выводы

Исследование скрининговое и не позволяет делать каких-либо далеко идущих выводов, однако в дальнейшем работа будет продолжена и вероятно, позволит выявить связь между использованием изофлурана и нарушением циркадных ритмов.

КОРРЕКЦИЯ ПРО- И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ У ЖЕНЩИН

[1]*Султанова Ф.М.* 3к. 347гр. ЛФ, [2]*Вавилова К.В.* 6к. 608гр. ПФ, [2]*Ангелова Е.М.* 5к. 510гр. ПФ
Руководители темы: [2]*Пахомов А.А.* асс. каф. акушерства и гинекологии, к.м.н., [1]*Тайц А.Н.* асс. каф. акушерства и гинекологии, 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]*Мельников А.С.* отд. гинекологии, к.м.н., [1]*Вишневецкая Т.П.* доц. каф. фармакологии, к.м.н.

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова
2 - СПбГПМУ
3 Городская больница Святого Великомученика Георгия

Актуальность

Поскольку при перитоните интенсификация перекисного окисления липидов происходит на фоне резкого подавления механизмов антиоксидантной защиты, то применение эффективных методов коррекции про- и антиоксидантных систем в условиях гнойного перитонита является весьма актуальным.

Цель

Особый интерес в этом отношении представляет препарат из группы антиоксидантов – цитофлавин. Оптимизируя энергетический потенциал клетки, и нормализуя процессы пероксидации, он повышает ее устойчивость и препятствует дистрофическим процессам.

Под наблюдением находилось 56 больных с гнойным перитонитом, лечение которых включало удаление или санацию источника перитонита, нормализацию электролитного и белкового баланса, антибактериальную терапию в условиях гнойного перитонита является весьма актуальным.

Материалы и методы

Экспериментальные исследования, проведенные нами, убедительно подтвердили эффективность цитофлавина в лечении перитонита. Цитофлавин вводили 36 пациенткам внутривенно в дозе 5, 0 мл 10% однократно в течение 5-7 дней после оперативного лечения.

Контрольная группа (20 женщин) получали весь необходимый спектр лечебных мероприятий, но цитофлавин в комплексную терапию не входил

Полученные результаты

Больным выполнялись клинические и биохимические исследования на 1-ые, 3-и, 5-е и 7-ые сутки послеоперационного периода. В сыворотке крови определяли уровень малонового диальдегида (МДА), молекул средней массы (МСМ), восстановленного глутатиона.

Значения МДА в основной группе составляли: на 1-е сутки – 4, 1±0, 42; 3-и – 4, 17±0, 44; 5-е – 3, 8±0, 41; 7-е - 3, 3±0, 35; в контрольной: 1-е -5, 13±0, 47; 3-и – 5, 4±0, 61; 5-е 4, 9±5, 3.

Значения МСМ в основной группе составляли: на 1-е сутки – 0, 52±0, 09; 3-и – 0, 57±0, 11; 5-е – 0, 33±0, 08; 7-е 0, 26±0, 09; в контрольной: 1-е – 0, 52±0, 09; 3-и – 0, 69±0, 01; 5-е – 0, 64±0, 08; 7-е – 0, 60±0, 09.

Восстановленный глутатион в основной группе на 1-е сутки составлял 19, 2±2, 9; 3-и – 18, 9±2, 6; 5-е 19, 3±2, 3; 7-е – 19, 7±2, 8; в контрольной группе: 1-е сутки – 17, 7±2, 7; 3-и 15, 1±2, 6; 5-е – 16, 3±2, 3; 7-е 15, 0±2, 9.

Представленные исследования показали, что интенсивность накопления МДА и МСМ имеет однонаправленный характер. Уровень восстановленного глутатиона в контрольной группе снижался на 3-5 сутки, что по нашему мнению, связано с активацией процессов пероксидации в условиях гнойного перитонита.

Снижение восстановленного глутатиона в основной группе не наблюдалось, что вероятно связано с активацией цитофлавином процессов восстановления глутатиона.

Клинические наблюдения свидетельствуют о способности милдроната подавлять явления эндогенной интоксикации и тем самым уменьшать вероятность развития легочной, печеночной и энтеральной недостаточности в условиях гнойного перитонита

Выводы

Таким образом, цитофлавин в комплексном лечении перитонита предотвращает нарушение энергетичесеого обмена и повышает антиоксидантный статус организма и, как следствие, позволяет улучшить результаты лечения больных с гнойным перитонитом.

МОДЕЛИРОВАНИЕ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

Богданова Т.Ю. 3к. 343 гр.гр. ЛФ, *Михайлова А.Н.* 3к. 315 гр.гр. МПФ
Руководители темы: *Соллертинская Т.Н.* проф. каф. фармакологии,
д.м.н., [1]*Вишневецкая Т.П.* доц. каф. фармакологии, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Синдром хронической усталости (СХУ) (Chronic Fatigue Syndrome - CFS) - новая "болезнь цивилизации", признак времени и закономерный результат хронического стресса, переутомления и стремления уложиться в сразу несколько жесточайших графиков. Этот синдром характеризуетсячувством непроходящей усталости, когнитивными расстройствами и дезадаптацией. Предположительно среди факторов риска можно отметить последствия современного ритма жизни, т. е. хронический стресс, напряженная работа, гиподинамия, неблагоприятная эколого-гигиеническая обстановка, и, в целом, факторы, негативно влияющие наосновные интегральные системы организма: нервную, эндокринную и иммунную.

Цель

Изучение синдрома хронической усталости очень актуально по ряду причин: в мире СХУ страдают около 18 млн. человек, существенно страдает качество жизни людей, затруднена дифференциальная диагностика, точный патогенез заболевания неясен, имеются только теоретические сведения, хотя знание патогенетических основ заболевания необходимо для адекватной коррекции и лечения СХУ. Моделирование СХУ позволит провести анализ новых

лекарственных препаратов для адекватной терапии данного синдрома. Экспериментальные исследования по моделированию СХУ на животных различного уровня организации в научной литературе отсутствует. Имеются лишь единичные работы, посвященные изучению влияния иммунных стимулов на нарушенные функции интегративных систем организма. Этот вопрос очень важен с клинической точки зрения, так как СХУ наблюдается при паркинсонизме, рассеянном склерозе, онкологии. Одним из тяжелейших проявлений данного заболевания являются высокая степень утомления, нарушение когнитивных функций, эмоциональная лабильность, что при отсутствии лечения переходит в апатию и депрессию. В настоящее время применяются только средства симптоматической терапии: ноотропы, иммуномодуляторы, витаминотерапия, однако, они не снимают чувство усталости и не восстанавливают нарушенные когнитивные функции. Цель: создание модели СХУ на крысах с основным упором на изучение возможной роли пептидных препаратов в его коррекции.

Материалы и методы

Для создания модели СХУ крысы подвергаются стрессорному воздействию как физическому (длительное пребывание в станке, длительное пребывание в холодной воде), так и психологическому (монотонная длительная работа). Для подтверждения успешного моделирования СХУ используется метод условных рефлексов; инструментальные методы – регистрация ЭКГ и пневмограммы.

Выводы

Полученные результаты помогут в дальнейшем провести адекватную оценку новых лекарственных препаратов для коррекции СХУ.

МОДЕЛИРОВАНИЕ СКРЫТОГО (ЛАТЕНТНОГО) САХАРНОГО ДИАБЕТА У МЫШЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЫСОКОКАЛОРИЙНЫХ ДИЕТ

Отян А.С. 3к. 321гр. МПФ, *Фалеев Р.Н.* 3к. 322гр. МПФ
Руководители темы: *Касторнова А.Е.* асп. 1-го года каф. фармакологии, *Макаренко И.Е.* асп. 2-го года каф. биологической и общей химии
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В настоящее время признан тот факт, что особенности питания, независимо от возраста, могут играть важную роль в провоцировании скрытых изменений метаболизма, которые часто осложняются латентной формой сахарного диабета. При ее наличии поджелудочная железа вырабатывает достаточное количество инсулина, но при этом идет снижение скорости усвоения глюкозы тканями. Данная ситуация может привести к развитию сахарного диабета при отсутствии своевременного диагностирования и адекватного лечения. Скрытый (латентный) диабет протекает бессимптомно и диагностируется на основании выявления диабетического типа проб на толерантность, к глюкозе, поэтому целесообразно моделирование данной патологии, для дальнейшего исследования патогенеза заболевания и проверки эффективности лекарственных препаратов, применяемых для лечения.

Цель

Целью данного исследования являлось отработка модели скрытого сахарного диабета, вызванного применением стандартных высококалорийных диет с разным содержанием жиров (45% и 60%, производства Research Diets, Inc, США).

Материалы и методы

Исследование выполнено на 60 аутбредных мышах-самках (массой 25 г). Животные были распределены на 3 группы по 20 животных в каждой. Контрольные животные (группа 1) получали «Корм для содержания лабораторных животных» ПК-120-1. Экспериментальные животные: группа 2 – МС 45 получали диету D12451 (диета с 45% содержанием жиров) и группа 3 – МС 60 получали диету D12492 (диета с 60% содержанием жиров). Животные получали соответствующую диету в течение 21 недели. На протяжении всего исследования у животных еженедельно контролировали уровень глюкозы периферической крови и массу тела. На 21 неделе был проведен глюкозо-толерантный тест (ГТТ). В течение исследования было

выполнено гистологическое исследование поджелудочной железы на 4, 5, 6 и 21 неделе, путем одновременной эвтаназии 25% животных из каждой группы.

Полученные результаты

В ходе эксперимента установлено, что применение 60% диеты начиная с 12 недели, приводило к увеличению массы тела мышей на 21% относительно контрольной группы. Начиная с четвертой недели исследования у животных экспериментальных групп, уровень глюкозы был в среднем на 60% выше исходного. По результатам ГТТ следует отметить, что на фоне подъема уровня глюкозы у всех опытных животных, в группе МС 60 пиковая величина была значительно выше, чем в контрольной группе (15 ммоль/л против 11 ммоль/л) и возврат к исходным значениям был более поздним. Вышеописанные изменения свидетельствует о нарушении толерантности к глюкозе, наличия у данных животных скрытого сахарного диабета. По результатам гистологического исследования уже с 4 недели эксперимента у животных в группе МС 45 в поджелудочной железе отмечали выраженное разрастание жировой ткани с умеренной атрофией инсулоцитов, у животных МС 60 напротив, была усиленная пролиферация островкового аппарата, с увеличением их количества и объема

Выводы

Таким образом, применение высококалорийных диет позволило смоделировать у животных скрытый сахарный диабет, с характерной для этой формы толерантностью к глюкозе и начальным структурным и функциональным изменениям в поджелудочной железе.

МОДЕЛИРОВАНИЕ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ИШЕМИИ МИОКАРДА.

[1]*Зеленер А.О.* 3к. 317гр. МПФ

Руководители темы: [2]*Байрамов А.А.* проф., д.м.н., заведующий НИЛ клинической эндокринологии [1]*Вишневецкая Т.П.* доц. каф. фармакологии, к.м.н.

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова

2 - Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А.Алмазова

Актуальность

В настоящее время смертность от острого инфаркта миокарда с сопутствующим заболеванием «сахарный диабет 2 типа (СД2)» остается очень высокой. Специфических методов предотвращения ишемического повреждения миокарда у пациентов с СД2 в настоящее время не существует. Поэтому изучение вопросов поиска и применения препаратов, обладающих не только сахароснижающей активностью, но и воздействующих на патогенетические механизмы ишемического-реперфузионного повреждения миокарда, являются актуальными задачами фармакотерапии.

Цель

Целью нашего исследования является оценка фармакологических свойств некоторых препаратов при ишемическом-реперфузионном повреждении миокарда у крыс с экспериментальной моделью сахарного диабета 2 типа (СД2).

Материалы и методы

Экспериментальную модель неонатального стрептозоцинового СД2 у крыс вызывали по методу (Islam M. S., Loots du T., 2009), путем однократного интраперитонеального введения стрептозотоцина, растворенного в цитратном буфере (pH 5, 5), в дозе 65 мг/кг новорожденным крысам-самцам линии Wistar в возрасте 4-5 дней. В качестве критерия тяжести патологии использовали уровень сахара в крови.

Модель перфузии изолированного сердца крысы по Лангендорфу с воспроизведением глобальной ишемии–реперфузии проводили путем остановки сердца, его присоединении к модифицированному аппарату Лангендорфа и осуществлении ретроградной перфузии через канюлю, введенную в аорту. Перфузию осуществляли раствором Кребса–Хенселейта под постоянным давлением гидростатического столба 80 мм. рт. ст. и в условиях t–const (37±0, 5ºC) pH-const (7, 3–7, 4). В качестве критерия тяжести ишемии миокарда использован морфо-

гистологический метод, с помощью которого мы оценим размеры ишемии и влияние лекарственных препаратов.

Полученные результаты

В результате проведенного исследования установлено, что при моделировании СД2, процент получения модели СД2 составил 95% (из 100 крыс у 95 особей сформировался СД2). В норме уровень глюкозы в крови у крыс составляет 6, 6 ммоль/л. После формирования стрептозоцинового СД2 уровень глюкозы в крови вырос до 10, 5-12 ммоль/л (на 59% и 82% соответственно). В дальнейших исследованиях мы предполагаем определить эффективность препаратов таурина при лечении сочетанной патологии ишемии миокарда и СД2.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИНГИБИТОРА ФИБРИНОЛИЗА В ТЕРАПИИ УРГЕНТЫХ НЕГРАВИДАРНЫХ МЕТРОРАГИЙ

[1]*Султанова Ф.М.* 3к. 347гр. ЛФ, [2]*Вавилова К.В.* 6к. 608гр. ПФ, [2]*Ангелова Е.М.* 5к. 510гр. пф
Руководители темы: [3]*Лапкина Г.Я.* доц. каф. фармакологии, к.м.н., [2]*Мельников А.С.* отд. гинекологии, к.м.н., [1]*Пахомов А.А.* асс. каф. акушерства и гинекологии, к.м.н., [1]*Смирнов А.А.* каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, [2]*Татаркин В.В.* асс. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, [1]*Тайц А.Н.* асс. каф. акушерства и гинекологии, к.м.н.

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова
2 - СПбГПМУ
3 - Городская больница Святого Великомученика Георгия

Актуальность

Ургентные негравидарные метроррагии (УНМ) являются одной из основных причин экстренной госпитализации в гинекологические отделения многопрофильных стационаров. В недавнем систематическом обзоре ассоциации Cochrane, включившем данные 211 рандомизированных контролируемых испытаний (20781 участник) отмечено, что ингибиторы фибринолиза значительно уменьшают объем кровопотери и потребность больных в гемотрансфузиях, при этом их использование не сопровождается увеличением числа тромботических осложнений.

Цель

Изучить эффективность препарата транексамовой кислоты («Транексам») в терапии УНМ.

Материалы и методы

Материалом для исследования послужили данные обследования 60 пациенток репродуктивного возраста, которые поступили в стационар с маточным кровотечением. Больные были распределены на три группы. Первая – 20 пациенток, которым вводили препарат транексановой кислоты при поступлении без кюретажа матки. Вторая – препарат транексамовой кислоты вводили после кюретажа матки как дополнительное средство гемостаза. Третья группа – контрольная (выполняли кюретаж без введения препарата транексамовой кислоты)

Полученные результаты

Особый интерес заслуживает эффективность применения транексамовой кислоты при кюретаже матки, так как это основной алгоритм при УНМ. Динамика количества выделений в послеоперационном периоде имела значительные отличия. Так, например, во второй группе кровотечение полностью остановлено у 18 пациенток (90%), в третьей группе продолжающиеся выделения отмечены в течение не менее 24 ч. после операции (р менее 0, 05). Статистически значимые отличия между группами проявлялись достоверным снижением концентрации гемоглобина при отсутствии введения транексама. Концентрация гемоглобина до операции составляла 118 г/л и через сутки после операции - 110 г/л (группа 2), до операции 122 г/л и через сутки после операции 98 г/л (группа 3), содержание гематокрита - 36, 9% и 30, 4% в группе № 2; 36, 1% и 28, 6% в третьей группе соответственно.

Выводы

Использование препарата транексамовой кислоты при УНМ обеспечивает статистически значимый гемостатический эффект, обусловленный ингибицией фибринолиза. Введение стандартной дозы препарата транексамовой кислоты 1000 мг позволяет добиться значимого гемостатического эффекта, сократив время пребывания в стационаре и суммарную кровопотерю. Полученные результаты позволяют рекомендовать препараты транексамовой кислоты при лечении УНМ.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛИПРИСТАЛА АЦЕТАТА В ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

[1]*Султанова Ф.М.* 3к. 347гр. ЛФ

Руководители темы: [2]*Лапкина Г.Я.* доц. каф. фармакологии, к.м.н., [1]*Тайц А.Н.* асс. каф. акушерства и гинекологии, к.м.н.

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова

2 - СПбГПМУ

Актуальность

Миома матки является доброкачественной гормончувствительной гладкомышечной опухолью и встречается у 20—40% женщин репродуктивного возраста и у 50% женщин за 50 лет. Преобладает эта патология в возрастной группе 30—40 лет. В связи с этим актуальным является вопрос о медикаментозном лечений этой патологии, а также системном применении лекарств в качестве предоперационной подготовки при органосохраняющих операциях.

Цель

Оценить эффективность улипристала ацетата в предоперационной подготовке пациенток с диагнозом «миома матки»

Материалы и методы

Было пролечено 12 пациенток в возрасте от 26 до 51 года с диагнозом «миома матки» различной локализации: субмукозная миома матки, интрамуральное расположение миоматозных узлов и множественная миома матки, которым планировалось оперативное лечение.

Полученные результаты

В группе больных - 7 пациенток с диагнозом «субмукозная миома матки», 4 - «интрамурально расположенный узел миомы матки», 2 – «множественная миома матки», средний диаметр самого большого миоматозного узла 4, 1. Среднее изменение общего объема миомы после лечения составило: –21, –12% и 3%. Среднее уменьшение размера опухоли после 13 нед лечения составило 36% в группе. Пациенткам было произведено органосохраняющее оперативное лечение с (гистерорезекция субмукозного узла, лапароскопическая миомэктомия). У пациенток с сопутствующей анемией (60%), вызванной гиперполименорреей, к моменту оперативного лечения отмечалось восстановление нормального уровня гемоглобина.

Выводы

В настоящее время улипристал ацетат в дозе 5 мг в день с продолжительностью приема 13 недель является эффективным лекарственным средством при лечении миомы матки, сопровождающейся выраженной клинической симптоматикой, у женщин репродуктивного возраста с целью подготовки их к хирургическому лечению. Полученные результаты показали перспективу дальнейшего использования улипристала ацетата в лечении миомы матки.

ХИРУРГИЯ

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ

Михайлов Н.И. 6к. 12гр. ЛФ
Руководитель темы: *Матвеев В.И.* проф. каф. госпитальная хирургия, д.м.н.
ВГМА им. Н.Н.Бурденко, Воронеж

Актуальность

Медико-социальная значимость цереброваскулярных заболеваний обусловлена высокой летальностью, которая достигает 40-50%, а так же инвалидизацией, отмечающейся в 75% случаев (Крылов В. В. и соавт. 2010). Вопрос выбора метода лечения гипертензивных внутримозговых гематом (ГВМГ) остается спорным. Так как по статистике исходы консервативного и хирургического лечения ГВМГ существенно не отличаются, хирургическое удаление внутримозговых гематом под видеоконтролем, в сочетании с радикальностью и минимальной травмой мозга, является одним из наиболее перспективных методов лечения ГВМГ.

Цель

Изучение результатов хирургического лечения ГВМГ.

Материалы и методы

Проведен анализ 25 клинических случаев пациентов с ГВМГ, прооперированных в нейрохирургическом отделении Воронежской областной клинической больнице № 1 в период с сентября 2012г. по ноябрь 2013г. Все наблюдения были разделены на 2 группы, в зависимости от метода хирургического лечения. В 1-ю группу вошли 6 пациентов, которым удаление ГВМГ проводилось с применением эндоскопической техники. 2-ю группу составили 19 больных, которые были оперированы прямым методом, т. е. с трепанацией черепа и неизбежной кортикотомией. Всего в обеих группах было 16 мужчин, 9 женщин в возрасте от 30 до 76 лет. Средний возраст составил 54, 7 лет. Оценка результатов лечения проводилась на момент выписки из стационара по шкале исходов комы Глазго. Для статистического анализа применялись критерии Манна-Уитни и Мак-Нимара.

Полученные результаты

Объем ГВМГ оперированных больных составил от 50 до 102мл. Наличие гематом, объемом более 59мл, оказалось прогностически неблагоприятным (p<0, 01).Смещение срединных структур головного мозга более 5мм наблюдалось у 12 пациентов и неблагоприятно повлияло на результаты лечения (p<0, 05).В группе оперированных эндоскопическим методом полный регресс неврологических нарушений у 1 пациента (16, 5%); выздоровление с минимальным неврологическим дефицитом у 3 пациентов (50%); инвалидизация - у 2 (33%).В группе пациентов, где оперативное вмешательство проводилось прямым методом – полный регресс неврологических нарушений наблюдался у 2 больных (10, 5%); хорошее восстановление у 6 пациентов (31, 5%); инвалидизация у 5 (26, 5%); летальный исход - у 6 (31, 5%).Различия между 1ой и 2ой группой по уровню сознания и объему гематомы при поступлении оказались не значимыми.

Выводы

Признаками, неблагоприятно влияющими на прогноз заболевания, являются смещение срединных структур головного мозга на 5мм и более, объем гематомы более 59мл. Сроки и вид хирургического лечения оказались также прогностически значимыми.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ НА УРОВНЕ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ

Борта К.Е. 4к. 436гр. ЛФ, *Ибрагимов С.А.* 4к. 436гр. ЛФ
Руководитель темы: *Иванов М.А.* научн.сотр. каф. общая хирургия, д.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Из числа реконструктивных вмешательств на аорто-подвздошном сегменте наибольшее распространение получили шунтирующие операции, пришедшие на смену эндартерэктомии вслед за появлением сосудистых протезов. Однако удаление измененной интимы продолжает использоваться, в том числе на фоне расширения возможностей эндоваскулярной хирургии, способной скоррегировать отслойку интимы и другие проблемы эндартерэктомии.

Цель

Уточнить ближайшие и отдаленные результаты эндартерэктомии на уровне подвздошных артерий.

Материалы и методы

В основу работы легли наблюдения за итогами реконструктивных операций на аорто-подвздошном сегменте у 80 пациентов, которым были выполнены полузакрытые эндартерэктомии в 1998 – 2004 гг. В качестве метода исследования результатов операции использовался опрос пациентов и их родственников, а также изучение результатов дуплексного сканирования, ангиографии, КТ – и МРТ – ангиографии за период времени после операции.

Полученные результаты

В исследуемой группе лиц 92% составили мужчины и 8% – женщины в возрасте от 33 до 74 лет. Из 80 человек у 51 пациента имела место стенокардия II функционального класса, сердечная недостаточной II ст. по NYHA - у 58 больных, постинфарктный кардиосклероз - у 8 человек, мерцательная аритмия - у 26 больных, церебро-васкулярная болезнь - у 19 человек, тяжелые варианты ХОБЛ - у 40 больных.

У оперированных лиц в 45% наблюдений зарегистрировано поражение наружной подвздошной артерии, в 20% – общей подвздошной артерии и 35% случаев общей и наружной подвздошных артерий. В 45% наблюдений показанием для вмешательства послужила субокклюзия анализируемого сегмента.

Вслед за выполненным вмешательством летальный исход был зарегистрирован у 2-х больных, в течение первого года после операции у 4-х пациентов, в сроки от 1 года до 5 лет погибли 16 пациентов (20%), с пятого по десятый год после операции еще 16 пациентов (20%), спустя 10 лет и более после операции – 31 пациент (38, 75%), В общей сложности летальный исход зарегистрирован в течение упомянутого времени у 86, 2% оперированных. У 24 больных причиной смерти были злокачественные новообразования, у 25 – кардиоваскулярные события (у 13 пациентов – ОНМК, у 7 пациентов – инфаркт миокарда и нарушения ритма, у 4-х пациентов – ТЭЛА, у 1 – мезентериальный тромбоз). Причиной смерти 18 пациентов стали другие заболевания.

Выводы

Эндартерэктомия выполнялась самой тяжелой категории больных, для которой шунтирующие вмешательства не были переносимы. Более оправдан подобный вариант реконструкции при поражении наружной подвздошной артерии. Исходы трудно признать неудовлетворительными: абсолютное большинство оперированных лиц погибло не в результате тромбоза оперированного сегмента, а от других причин.

ВЕЛИЧИНА КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА СОННОЙ АРТЕРИИ КАК МАРКЕР ТЯЖЕСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Щур М.С. 5к. 535гр. ЛФ
Руководитель темы: *Зелинский В.А.* асс. каф. общая хирургия
СЗГМУ им И.И.Мечникова

Актуальность

Крупные эпидемиологические исследования показали, что величина комплекса интима-медиа (КИМ) общей сонной артерии (ОСА) является независимым предиктором риска развития острого нарушения мозгового кровообращения, инфаркта миокарда и внезапной смерти. Однако, работы посвященные взаимосвязи между величиной КИМ ОСА и периферическим атеросклерозом (ПА) немногочисленны, а их результаты - противоречивы.

Цель

Изучить взаимосвязь между величиной КИМ ОСА и особенностями течения ПА.

Материалы и методы

в исследование было включено 53 больных ПА (мужчин – 45 (84, 9%), женщин – 8 (15, 1%)). Средний возраст пациентов составил 63, 2±8, 4 лет. Всем пациентам было проведено ультразвуковое дуплексное сканирование аорты, артерий таза, нижних конечностей и каротидного бассейна. В зависимости от величины КИМ СА пациенты были разделены на две группы: I-ю (основную) группу составили 26 человек, КИМ ОСА у которых была больше 1, 3 мм, II-ю (контрольную) группу - 27 больных с величиной КИМ ОСА менее 1, 3 мм. При анализе учитывались гемодинамически значимые поражения сосудов, к которым мы относили – окклюзии и/или стенозы артерий более 70% по диаметру. Для удобства интерпретации полученных результатов, а также с точки зрения «хирургического интереса», данные ангиографических исследований структурировались по сегментам, а анализу подвергалась каждая конечность.

Полученные результаты

Статистически обе группы не различались между собой по возрасту, полу, демографическим характеристикам и общепринятым факторам риска ПА. Анализируя полученные результаты, следует отметить, что у пациентов основной группы ишемия конечности была более выражена, что подтверждалось клинически и по среднему значению лодыжечно-плечевого индекса (0, 52±0, 16 vs. 0, 74±0, 14 – в контроле (p<0, 01)).Кроме того, полученные нами данные выявили существенные различия в преимущественной локализации и морфологических особенностях атеросклеротического процесса в исследуемых группах.Так, почти у половины пациентов основной группы был отмечен множественный характер поражения аорто-артериального русла с преимущественной локализацией процесса в аорто-подвздошном и бедренно-подколенном сегменте.Также, у пациентов I группы изолированное поражение артериального русла статистически чаще наблюдалось в аорто-подвздошном сегменте (50% vs.29.6% - в контроле (p<0.01)), а во II группе – преобладали поражения бедренно-подколенного сегмента (37, 1% vs.29.6% - в I группе (p<0.05)).Уместно указать, что у пациентов основной группы достоверно значимо преобладали окклюзионные формы поражения аорто-артериального русла (68.7%), а процесс зачастую носил двухсторонний характер (69, 2% vs.37, 0% - в контроле (p<0.05)).

Выводы

Полученные нами данные позволили предположить, что распространенность и тяжесть ПА имеет тесную взаимосвязь с величиной КИМ ОСА. По мере увеличения величины КИМ ОСА чаще наблюдался множественный характер поражения аорто-артериального русла, который проявлялся в сочетанном поражении нескольких сегментов с морфологическим преобладанием окклюзионнных форм, а также более тяжелой ишемией конечности.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ЖЕНСКОГО ПОЛА

Бондаренко П.Б. 4к. 444гр. ЛФ, *Подсуслонникова Е.Д.* 3к. 320гр. МПФ, *Мятечкина К.В.* 3к. 319гр. МПФ, *Зайцев В.В.* 6к. 637гр. ЛФ
Руководитель темы: *Иванов М.А.* доц. каф. общей хирургии, д.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Частота встречаемости периферической артериальной болезни (PAD) у женщин достигает высоких значений и приближается к таковой у мужчин. Тяжелому атеросклеротическому поражению сосудов способствуют высокие темпы жизни современного общества, психоэмоциональная нагрузка, особенности питания. Существовавшее ранее мнение о защитных свойствах женских половых гормонов не находит своего подтверждения, а общее число женщин, пострадавших от осложнений атеросклеротического процесса, неуклонно растет. Изменить подобное течение событий способна лишь ранняя диагностика PAD у лиц женского пола, что может помочь лечению атеросклероза консервативными средствами.

Цель

Определить предрасполагающие обстоятельства развития PAD у лиц женского пола.

Материалы и методы

В основу работы легли наблюдения за 80 пациентками, страдающими PAD с проявлениями хронической ишемии IIб – IV ст. по Fontein – А. В. Покровскому. В контрольную группу вошли 30 больных мужского пола, у которых были выявлены признаки PAD. Наряду с клиническими тестами использовались современные методики инструментальной диагностики: дуплексное сканирование, КТ-ангиография, МРТ-ангиография, ЭХО - кардиография, ЭКГ - мониторирование, изучение функции внешнего дыхания. Анализировались стенотические и окклюзионные поражения на уровне подколенной артерии.

Полученные результаты

Диастолическое артериальное давление выше 85 мм рт. ст. достоверно ($p<0, 05$) увеличивало частоту развития критического стеноза подколенной артерии у пациенток PAD, что не отмечалось у мужчин.Среди лиц женского пола критические стенозы и окклюзии встречались достоверно чаще на фоне повышения индекса массы тела ($p<0, 05$), тогда как у больных с периферическим атеросклерозом мужского пола подобной закономерности не выявлено.Анализ влияния уровня физической активности на развитие периферического атеросклероза у женщин (в отличие от лиц мужского пола) продемонстрировал отсутствие критических стенозов и окклюзий в случае умеренной и высокой ежедневной физической активности ($p<0, 05$).

Обсуждение.

Различия среди факторов риска PAD у мужчин и женщин всегда предполагались, но литературный поиск дает противоречивые результаты вплоть до отсутствия какой-либо разницы.

Выводы.

К предрасполагающим обстоятельствам развития PAD у женщин следует отнести ожирение, высокое диастолическое артериальное давление и отсутствие ежедневной физической активности, что позволяет использовать целенаправленную программу реабилитационных мероприятий.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРОФИЛАКТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ

Босиева А.Р. 4к. 401гр. ПФ, *Моураова О.А.* 4к. 402гр. ПФ
Руководитель темы: *Хутиев Ц.С.* проф. каф. общей хирургии с онкологией, д.м.н.
СОГМА, Владикавказ

Актуальность

Рак молочной железы является одной из самых актуальных медицинских и социальных проблем, привлекающей внимание исследователей из-за повсеместной нарастающей заболеваемости и высокой смертности женщин.

Цель

Совершенствование методов профилактики, ранней диагностики и лечения РМЖ в РСО-Алания.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ 1238 историй болезни и сведения о больных злокачественными новообразованиями (форма № 7 и № 35) за 20 лет, скрининг РМЖ путем анкетирования и маммографии.

Полученные результаты

В 1993 году в РСО-Алания РМЖ имел место у 159 (11, 1% от всех больных злокачественными новообразованиями), что составляет 45, 8 на 100 тысяч населения. В фертильном возрасте (18-49 лет) РМЖ отмечен у 23%, трудоспособном (18-54 года) у 40, 9% и пенсионном (55 и старше) у 59, 1%. Пик заболеваемости отмечен в возрастной группе 50-54 года (131, 0) и 65-69 лет (125, 1 на 100 тысяч женского населения). Усредненный «грубый» показатель заболеваемости в трудоспособном возрасте составил 53, 4 и в пенсионном 103, 2 на 100 тысяч женского населения. Стандартизованный (мировой стандарт) 34, 1 на 100 тысяч женского населения. Продолжительность жизни 5 лет и более составила 55, 1%. Число умерших на 1-м году с момента установления диагноза 19 (12, 0%).

Смертность в фертильном возрасте изучена у 114 больных РМЖ. В фертильном возрасте I-II стадии 5 лет и более прожили 40 (35, 1%) и менее 5 лет 74 (64, 9%). РМЖ I-II стадии в 50 лет и старше – 342 пациента. В I стадии – 8. В течение 5 лет из них умерли – 6 (75, 0%) и 5-10 лет – 2 (25, 0%). РМЖ – 2 стадии 334 больных. В течение 1 года умерли – 38 (11, 4%), 1 – 3, 5 – 152 (45, 5%), 3, 5 – 5 лет – 42 (12, 6%), 5 -10 лет – 82 (24, 7%) и более 10 лет – 20 (6, 0%). В течение 5 лет умерли 232 (69, 5%) и после 5 лет – 102 (30, 54%) пациента. С РМЖ I-II стадии в 50 лет и старше 5 лет и более прожили 104 (30, 4%) и менее 5 лет – 238 (69, 6%). РМЖ был выявлен у 296 (12, 4%).

В 2012 году в фертильном возрасте РМЖ наблюдался у 20%, трудоспособном у 33, 5% и пенсионном 66, 6%. Пик заболеваемости приходится на возрастные группы 65-69 лет (234, 2) и 70-74 года (233, 9 на 100 тысяч женского населения). Абсолютное число больных РМЖ в 2012 году увеличилось в 1, 9 раза. «Грубый» показатель заболеваемости в 2012 году составил 78, 1 (в 1, 7 раза), а стандартизованный (мировой стандарт) 49, 0 (1, 5 раза) больше показателей 1993 года. Продолжительность жизни 5 лет и более составила 60, 5%. Число на 1-м году с момента установления диагноза 20 (6, 9%).

Выводы

Число больных РМЖ в республике в 2012 году по сравнению с 1993 годом увеличилось в 1, 9 раза. Заболеваемость с 45, 8 до 78, 1 (на 100 тысяч женского населения), т. е. в 1, 7 раза. Прогноз на ближайшие 20 лет не утешителен, число больных будет расти и достигнет в 2032 году до 453 женщин, т. е. увеличится почти в 2 раза.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Цомартова М.В. 5к. 514гр. ЛФ, *Бондарь В.А.* 5к. 514гр. ЛФ
Руководитель темы: *Хутиев Ц.С.* проф. каф. общей хирургии с лучевой диагностикой и лучевой терапией, д.м.н.
СОГМА, Владикавказ

Актуальность

Во многих странах мира наметился значительный рост заболеваемости раком предстательной железы (РПЖ). В 2011 г. в РФ зарегистрировано 28552 больных с впервые в жизни установленным диагнозом РПЖ 32, 26 на 100 000 мужского населения, мировой стандарт тогда как в 2001г. было всего 12 788 больных или 15, 34 на 100 000 мужчин. За 11 лет прирост заболеваемости составил 146, 94%, а среднегодовой темп прироста 8, 13%. РПЖ в 2011г. составили 5, 1% всех опухолей, занимая 6 место, а в структуре онкозаболеваемости у мужского населения он составил 11, 9%, переместив на 2-е ранговое место

Цель

Анализ заболеваемости и смертности от РПЖ и совершенствования методов профилактической и лечебно-диагностической помощи больным.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ сведений о больных злокачественными новообразованиями в РСО-Алании за 23 года по отчетным формам № 35 и № 7. Продолжительность жизни по историям болезни 163 умерших больных от РПЖ.

Полученные результаты

С 1990 по 2012 гг. в Республиканском онкологическом диспансере (РОД) РСО-Алания на лечении находилось 40, 768 больных злокачественными новообразованиями, из них 18, 660 (445, 77%) мужчин и 22108 (54, 23%) женщин. Рак простаты у мужчин составил 1194 (6, 4%), т. е. вырос с 19 (2, 79%-1990г.) до 122 (11, 28%-2012г.) и занял 3-е ранговое место после рака кажи и рака легкого. "Грубый" показатель заболеваемости РПЖ в РСО-Алания вырос с 6, 19 на 100 000 мужчин (1990г.) до 37, 32 (2012г.), т. е. увеличился в 6, 03 ращза. Прирост составил 502, 9%. В 2012 г. в РСО-Алания "грубый" показатель заболеваемости составил 37, 32, а среднероссийский показатель -43, 19 на 100 000 мужского населения. то есть "грубый" показатель заболеваемости в РСО-Алания ниже среднероссийского в 1, 15 раза. Стандартизованный показатель заболеваемости в 2012 г в РСО-Алания составил 25, 64 (на 100 000) по сравнению с 1990г. (6, 34) увеличился в 4, 04 раза. Прирост составил 304, 42%. Среднегодовой темп прироста в РСО-Алании составил 12, 93%, что в 1, 54 раза выше среднероссийского показателя (8, 39). По нашим прогнозам число больных в 2032г. число больных РПЖ в РСО-Алания достигает 226, а "грубый" показатель заболеваемости 68, 91 на100 000 мужчин и увеличится по сравнению с 2012г. в 1, 85 раза (на 84, 64%). Грубый показатель смертности в РСО-Алания с 1990г. по 2012 вырос в 2, 11 раза (5, 51 в 1990г и 11, 63 в 2012г). Прирост за 23 года составил 111, 07%, что более чем в 3 раза превышает среднероссийский показатель (28, 82%). Среднегодовой темп прироста в РСО-Алания составил 12, 69%, что в 4, 4 раза выше среднероссийского (2, 88%). Итак в республике наметился стремительный рост заболеваемости и смертности от РПЖ в последние 10 лет. "Грубый" показатель заболеваемости в 2012г. 37, 32 по сравнению с 1990г (6, 19) увеличился в 6 раз, а прирост составил 600%. Стандартизированный показатель заболеваемости в РСО-Алания в 2012г. (25, 64) по сравнению с 1990г. (6, 34) увеличился в 4 раза, а прирост составил 400%. "Грубый" показатель смертности в 2012г. (19, 58) по сравнению с 1990г (4, 24) увеличился в 4, 5 раза, а прирост составил 450%. Число умерших от РПЖ в РСО-Алания, по нашим прогнозом, 2032г. достигнет 118, а "грубый" показатель смертности 35, 98 на 100 000 мужчин и увеличится по показатель смертности 35, 98 на 100 000 мужчин и увеличится по сравнению с 2012г в 1, 84 раза (на 83, 75%). Стандартизированный показатель смертности в РСО-Алании в 2012 гг. (11, 63) по сравнению с 1990г (4, 24) увеличился в 2, 8 раза, а прирост составил 280%. По 163 историям болезни умерших 5 лет и более прожили 17, 5%, 82, 5% умерли до 5 лет.

Выводы

Заболеваемость и смертность от РПЖ приобрели стремительный рост и являются серьезной проблемой онкологической службы РСО-Алания. Через 20 лет заболеваемость увеличится в 1, 8 раза. Пятилетняя выживаемость остается низкой.

ДОСТУП ПО Н. И. ПИРОГОВУ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В ПРОЕКЦИИ ЩЕЛИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Горгадзе Д.Л. 5к. 21гр. ЛФ, *Костюкович С.В.* 5к. 20гр. ЛФ, *Лагодская Л.И.* 4к. 3гр. ЛФ
Руководитель темы: *Василевский В.П.* доц. каф. хирургических болезней №1, к.м.н.
ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Актуальность

Вопросы выбора вариантов реваскуляризации так называемых «труднодоступных» патологических процессов ограниченных артериальных сегментов, которые расположены в проекции щели коленного сустава, а также позадимыщелковых сосудистых участков до сих пор остаются проблемными и не имеют однозначных ответов.

Цель

Выявление оптимальных способов хирургического восстановления ограниченных окклюзионных поражений и реконструкций прямых травматических повреждений подколенной артерии (в особенности участков, расположенных в проекции щели коленного сустава) из дорзального (заднего) доступа (по Н. И. Пирогову) к сосудистым магистралям.

Материалы и методы

В ангиохирургическом отделении клиники за последние 2 года в находилось 4 пациента с изолированными сегментарными окклюзионно-стенотическими процессами. Также имелось 2 пострадавших с травматическим повреждением подколенной артерии вышеупомянутой локализации. В лечении данных пациентов применена реконструктивно-восстановительная хирургия из заднего оперативного доступа. Прооперированные пациенты – мужчины в возрасте от 28 до 69 лет. Ликвидация патологических состояний им выполнена в результате диссекции сосудисто-нервного пучка из операционного доступа в подколенной ямке. Доступ через Fossa Goberi не столь удобен при ранениях подколенной артерии ввиду того, что дает весьма ограниченные возможности ревизии всего сосуда, особенно это ощутимо в дистальном отделе. Частота использования заднего доступа составляет 1, 6-2, 5% по отношению ко всем реконструкциям с использованием подколенной артерии в год (данные сосудистого отделения УЗ «Гродненская областная клиническая больница» за 2013/2014 гг).

Полученные результаты

У 4 пациентов с хроническими окклюзиями и явлениями критической ишемии тканей реваскуляризацию конечности осуществили путем открытой эндартерэктомии (у двух из них была выполнена протяженная до 8-9 сантиметров венозная аутопластика) из подколенного артериального сегмента в проэкции щели коленного сустава. Еще у 2 человек имелись признаки формирующейся пульсирующей гематомы, которая явилась следствием повреждения подколенных и берцовых магистралей в результате прямой закрытой травмы и колото-резаной ножевой раны. Наличие в этих случаях одновременно явлений острой артериальной недостаточности обусловило необходимость аутовенозного протезирования подколенной артерии и подколенно-заднебольшеберцового протезирования в течение первых часов от момента поступления в специализированное отделение. Во всех описанных случаях достигнут положительный клинический эффект с возобновлением определяемой пульсации в дистальных отделах берцовых артерий. Полноценное восстановление в сочетании с низкой травматичностью тканей показали безусловную целесообразность использования заднего доступа для выполнения дезоблитерирующих вмешательств на позадимыщелковых сосудистых сегментах. Также данный доступ уместен для опорожнение от напряженных гематом активной зоны нижней конечности.

Выводы

Полученный положительный результат при применении оптимальных вышеописанных техник для лечения критической и декомпенсированной ишемии нижних конечностей, определяют целесообразность их использования в ангиохирургической практике. Проведение минимальных по объему и одновременно клинически полноценно эффективных хирургических вмешательств приводит не только к непосредственно оптимистичному прогнозу, но и определяет сохранение перспективности последующих реконструкций, равно как и даёт основание для комфортного продолжения жизненных стандартов.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ ОТ РАКА ЖЕЛУДКА В РСО-АЛАНИЯ В 1993-2012ГГ.

Годзоева А.О. 4к. 404гр. ЛФ

Руководитель темы: *Хутиев Ц.С.* проф. каф. хирургические болезни №1, д.м.н.

СОГМА, Владикавказ

Актуальность

Рак желудка (РЖ) относится к числу наиболее распространенных онкологических заболеваний.

Цель

Изучение заболеваемости, смертности и совершенствование методов лечебно-диагностической помощи при РЖ в республике.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ 448 историй болезней больных РЖ и сведения РОД о больных со злокачественными новообразованиями за последние 20 лет (Форма 35 и 7).

Полученные результаты

Рак желудка (РЖ) относится к числу наиболее распространенных онкологических заболеваний. За 20 лет в Республиканском онкологическом диспансере (РОД) зарегистрировано 2500 больных РЖ. Из них мужчин -1405 (56, 18%) и женщин -1095 (43, 82%). Минимальная заболеваемость РЖ за этот период времени составила 13, 22 (2011г.) и максимальная 23, 0 (1993г), в среднем 18, 04 на 100 тысяч населения. В Российской Федерации этот показатель составил 31, 15, что в 1, 73 раза больше. Усредненный показатель заболеваемости РЖ в динамике по пятилетним интервалам выглядит: в 1993-1997 годы у мужчин -23, 0, у женщин -16, 87 и у обоих полов 19, 78 на 100 тыс. населения, 1998-2002гг.: у мужчин 21, 3, у женщин 14, 8, у обоих полов 17, 9 на 100 тыс. населения. 2003-2007 годы: у мужчин -21, 31, женщин -14, 62 и у обоих полов-17, 77 на 100 тыс. населения. В 2008-2012 годы: у мужчин-20, 33, женщин-13, 59 и у обоих полов -16, 73 на 100 тыс. населения. Усредненный показатель заболеваемости РЖ в последней пятилетке по сравнению с первой снизилась у мужчин в 1, 13 раза (на 13, 1%), у женщин в 1, 24 раза (24, 1%) и обоих полов в 1, 18 раз (на 18, 2%). В 1993 году РЖ в структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями составил 9, 0% и занимал 4-е ранговое место после рака кожи, легкого и молочной железы (2-е место у мужчин после рака легкого и 3-е место у женщин после рака кожи и молочной железы). Заболеваемость у мужчин составила 27, 7, у женщин 18, 71 и у обоих полов 23, 0 на 100 тыс. населения. В 2012 году заболеваемость у мужчин составила 20, 8, у женщин 16, 09 и у обоих полов 18, 27 на 100 тыс. населения. В 1993 году активная выявляемость РЖ составила всего 1, 54%, а морфологическая верификация диагноза у 63, 07% больных. В I-II стадии 28, 46%, III- 31. 54% и IV стадии у 40% пациентов. На конец отчетного года на учете состояло 246 (37, 2 на 100 тыс. начеления) человек. По официальным данным 5 лет и более прожило 83 (33, 74%) больных. Число умерших в отчетном году из числа учтенных составило 114 (10, 69%). Из числа впервые взятых на учет на 1-м году с момента установления диагноза умерло 73 (56, 15%). Хирургическое лечение из вновь взятых на учет получило только 21, 54%, а комбинированное и комплексное - 22, 22% больных. В 2012 году активно на профилактических осмотрах РЖ выявлен всего 0, 81% больных. Гистологическая верификация диагноза составила 94, 57%, что в 1, 5 раза больше показателя 1993 года. В I-II стадии заболевание выявлено в 20, 93%, III- 40, 31% и IV стадии в

38, 76% случаев. То есть, низкой осталась ранняя выявляемость (I-II стадии) и высокой запущенность (III-IV) заболевания. На учете на конец отчетного года состояло 358 (50, 7 на 100 тыс. населения) больных. Продолжительность жизни 5 лет и более составила 169 (47, 2%), т. е. увеличилась по сравнению с 1993 годом в 2, 24 раза и приблизилась к показателю г. Москвы 51, 3 (2004г). Число умерших в отчетном году из числа учтенных составило 99 (8, 0%). На 1-м году с момента установления диагноза умерло 47 (40, 17%), что несколько ниже показателя 1993 года. Хирургическое лечение получили только 20, 15%, а комбинированное и комплексное 16, 28%. Нами изучена продолжительность жизни по 448 историям болезни умерших в период 2007-2011гг. По этим данным в течение 1-го года с момента установления диагноза умерло 227 (61, 8%), от 1 до 3 лет -104 (23, 2%), от 3 до 5 лет -26 (5, 8%) и 5 лет и более прожили 41 (9, 2%).

Выводы

Приведенные данные не вселяют оптимизма и являются основанием для внедрение скрининговых программ ранней диагностики и адекватного лечения, а также совершенствования методов оказания онкологической помощи больным этой локализации рака.

ЗАДАЧА: ИСКЛЮЧИТЬ РИСК ОБЛИТЕРАЦИИ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ПРИ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКЕ

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

Руководитель темы: [1]*Маслакова Н.Д.* доц. каф. хирургических болезней №1, к.м.н.

ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Актуальность

В мире 3-7% населения страдают от грыж, причем из всех - 85% приходится на долю паховых грыж. Пластика по Лихтенштейну стала самым выбираемым хирургами методом в лечении паховых грыж. Полипропиленовая сетка прорастает соединительной тканью, тем самым обеспечивая плотность задней стенки и отсутствие рецидивов в последующем. Однако недостаточно данных о влиянии аллотрансплантанта на семенной канатик.

Цель

Рациональный выбор аллогерниопластики паховых грыж, изолирующий семенной канатик от эндопротеза.

Материалы и методы

Разработать и применить на практике дополнение к пластике по Лихтенштейну в виде мышечного отграничения семенного канатика от имплантата. Исследовать с помощью УЗДГ кровотока в сосудах семенного канатика и яичка в до- и послеоперационный период. На базе ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» было прооперировано 68 пациентов с паховыми грыжами (из них 9 рецидивных), мужчины в возрасте от 35 до 82 лет. 53 пациентам произведена пластика по Лихтенштейну, у 15 выполнена собственная модификация, заключающаяся в следующем: сшиваются сухожилие внутренней косой мышцы с поперечной, затем укладывается сетка, в которой выполняется полукружное отверстие для семенного канатика, для предотвращения его сдавления, затем на него подворачивается внутренняя косая мышца и пришивается к паховой связке, что позволяет исключить прямой контакт канатика с сеткой.

Полученные результаты

Для исследования были организованы две группы. Пациентам первой группы выполнялась герниопластика по Лихтенштейну, пациентам второй – ее модификация. В отдаленных результатах до 4 лет рецидивов в обеих группах не наблюдалось. Но сразу в послеоперационном периоде отметили: первая группа - инфильтрат семенного канатика 1, отек мошонки 3, во второй группе – отек мошонки 1. Исследования показателей кровотока в артериальном и венозном русле семенного канатика с помощью ультразвуковой доплерографии изучены у 8 пациентов (3 - пластика по Лихтенштейну, 5 – модификация) в до- и послеоперационном периоде. До операции у пациентов пульсационный индекс равнялся - 2, 8, индекс резистентности - 0, 86, что превышало норму, возможно, это связано с давлением содержимого грыжевого мешка на семенной канатик. В послеоперационном периоде в 1-й

группе во 2-й группе – повышение пиковой линейной скорости кровотока с 10, 2 до 11, 6 смс, повышение объемной скорости кровотока с 8, 5 до 1, 2 млмин. зарегистрировано понижение индекса резистентности до 0, 76 и пульсационного индекса до 2, 4. Уровни тестостерона, лютеинизирующего гормона и фолликулостимулирующего гормона были в норме у всех пациентов второго этапа исследования. Мы сделали спермограмму 3 пациентам, у которых в 2012 году была проведена модификация герниопластики по Лихтенштейну. Полученные результаты в пределах нормы

Выводы

Полученные данные убедительно доказывают, что применяемая нами модификация герниопластики не травматизируют семенной канатик, сосуды не претерпевают патологической трансформации, а результаты спермограммы подтверждают, что наша модификация не влияет на фертильную функцию у мужчин.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Калымаго М.В. 5к. 542гр. ЛФ, [2]*Бруй Т.А.* 5к. 544гр. ЛФ
Руководитель темы: *Брагина З.Н.* доц., к.м.н.
БГМУ, Минск, Белоруссия

Актуальность

По данным канцер-регистра за 2012г. в структуре всех злокачественных новообразований среди женского населения Республики Беларусь рак молочной железы (РМЖ) занимает второе место (17. 7%). Заболеваемость РМЖ населения РБ на 2012 год составляет 72. 1 о/оооо, смертность - 23. 7 о/оооо, скорректированная пятилетняя выживаемость равна 71. 9%. Весьма высокий показатель отношения смертности к заболеваемости (32. 8%) свидетельствует о серьезности и высокой актуальности проблемы улучшения результатов лечения.

Цель

Определить иммуногистохимическую характеристику различных форм и степеней рака молочной железы.

Задачи:

1. Изучить возрастную структуру пациенток с РМЖ, размер и локализацию опухоли.
2. Выявить частоту встречаемости различных гистологических форм рака молочной железы.
3. Определить процентное соотношение опухолей имеющих положительные результаты анализов определения рецепторов опухоли к эстрогену и прогестерону, эпителиальных факторов роста Ki 67 и Her-2 neu.

Материалы и методы

Проведено клинико-морфологическое исследование 198 удаленных молочных желез от женщин, оперированных по поводу рака молочной железы в УЗ «МГКОД» с сентября по декабрь 2012 года.

Полученные результаты

Возраст пациенток колебался от 29 до 86 лет, наиболее часто РМЖ наблюдался в возрасте от 55до 59 лет. Мультифокальный рост опухоли был выявлен в 4, 5% случаев. Чаще опухоль локализовалась в левой молочной железе – 52. 5%, а в правой молочной железе в 47. 5% случаев.

Выводы

1. Средний возраст пациентов составил 60±12, 4 лет.
2. У 78 (39. 4%) пациенток опухолевый процесс локализовался в верхне-наружном квадранте.
3. Средний диаметр опухоли в группе от 15 до 49 лет составил 22. 9±9. 5мм, в группе от 50 и более лет – 21. 8±11. 45.

4. Инфильтрирующая протоковая карцинома составила 75. 8%, другими формами были: инфильтрирующая дольковая карцинома - 13. 1%, тубулярный рак - 4%, медуллярный - 4%, слизистый -3%.
5. Рецепторы к эстрогенам выявлялись в 116 (58. 6%) случаев, прогестерону в 121 (61, 1%). HER-2/neu положительные в 54 (27. 3%), Ki67 положительные в 20 (10%) случаев.

ИММУНОСУПРЕССИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ

Сулейменова А.Ж. инт. 2-го года каф. хирургии
Руководитель темы: *Аужанов Д.Б.* асс. каф. хирургии
ГМУ города Семей, Семипалатинск, Казахстан

Актуальность

Спаечная болезнь занимает одно из ведущих мест в структуре осложнений абдоминальной хирургии. Значимость её растёт в связи с постоянным ростом числа и объёма операций на органах брюшной полости. Однако до сих пор многие вопросы как патогенеза, так диагностики и лечения требуют дальнейшего совершенствования. Одну из главных ролей в процессе спайкообразования играют иммунологические процессы, обусловленные изначальным иммунным статусом у больных.

Цель

Основной целью работы является определение влияния иммуносупрессирующего препарата на процесс спайкообразования.

Материалы и методы

Нами проведены клинико-лабораторные исследования на 10 крысах. Произведено моделирование спаечной болезни у 8 крыс. Предварительно были определены показатели иммунного статуса, которые принялись как норма. Крысы были разделены на две группы: контрольная - 4 крысы и испытуемая - 4 крысы.

Всем крысам была произведена внутрибрюшная операция с моделированием спайкообразования. Первая группа выведена из исследования на 6-е сутки с проведением исследования иммунологического статуса и аутопсией с проведением патогистологического исследования спаек. Второй группе после операции проводилась иммуносупрессия. Испытуемая группа также выведена из исследования на 6-е сутки с определением иммунного статуса и патогистологическим исследованием.

Полученные результаты

Полученные результаты иммунологических показателей, а также данные патогистологического анализа свидетельствуют о ведущей роли влияния иммунных процессов на образование постоперационных спаек брюшной полости. Иммуносупрессия приводит к значительному уменьшению выраженности спаечного процесса брюшной полости, что является благоприятным прогностическим фактором.

Выводы

Данное исследование является начальным этапом проводимой работы по исследованию иммуносупрессии в лечении и профилактике спаечной болезни. Планируется изучить процесс спайкообразования у групп с гипо- и гипериммунореактивностью, влияние иммуносупрессии в данных группах, подобрать оптимальную дозу иммуносупрессирующего препарата, определить показания и противопоказания к данному методу. По окончании работы предполагается выделение основных показателей иммунного статуса, определение которых до операции, позволит прогнозировать выраженность спаечного процесса в послеоперационном периоде.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ПРЯМОЙ ОКСИМЕТРИИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Бруй Т.А. 5к. 544гр. ЛФ, *Калымаго М.В.* 5к. 542гр. ЛФ
Руководитель темы: *Клюйко Д.А.* асс., к.м.н.
БГМУ, Минск, Белоруссия

Актуальность

Наиболее сложной задачей в экстренной хирургии является ранняя диагностика заболевания. Комплексное применение клинико-лабораторных методов, ультразвукового исследования, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии у больных позволяет выработать достаточно эффективный лечебно-диагностический алгоритм. Тем не менее, ни один из существующих в настоящее время методов диагностики не отвечает требованиям минимальной инвазивности и полноценной объективной оценки синдрома «острого живота».

Цель

Выявить влияние наиболее часто встречающихся заболеваний внутренних органов на тканевое дыхание кожи передней брюшной стенки.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели исследовали 309 пациентов, получили и проанализировали результаты 2426 перкутанных измерений, полученных методом прямой оксиметрии. Измерения проводили на коже передней брюшной стенки тотчас под левой реберной дугой по среднеключичной линии контактным способом с помощью перкутанного оксиметра ТСМ 400.

Полученные результаты

среди их заболеваний наиболее значительное воздействие на оксиметрическую картину оказывают анемия. Выявлена прямая корреляция слабой силы со скоростью массопереноса кислорода (r=0, 23, p<0, 001), обратная корреляция слабой силы с парциальным давлением кислорода (r=-0, 22, p<0, 001).Аналогично влияет на оксиметрическую картину наличие асцита: прямая корреляция слабой силы со скоростью массопереноса кислорода (r=0, 22, p<0, 001), обратная корреляция слабой силы с парциальным давлением кислорода (r=-0, 20, p<0, 001).Те же корреляционные закономерности были выявлены при изучении влияния цирроза печени, гипертрофии миокарда, ишемической болезни сердца, гастрита и язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

Выявлена прямая корреляция слабой силы между наличием инфильтрата забрюшинного пространства и скоростью массопереноса кислорода (r=0, 15, p=0, 0024) и обратная корреляция слабой силы с парциальным давлением (r=-0, 16, p=0, 0015). Так же прямая корреляция слабой силы выявлена при анализе кальцифицирующего панкреатита и скорости массопереноса кислорода (r=-0, 17, p<0, 001), и обратная корреляция слабой силы с парциальным давлением (r=-0, 16, p=0, 0015).Такие характеристики воспалительного процесса как выпот в брюшной полости (p=0, 09), флегмона забрюшинного пространства (p=0, 045) и индуративный панкреатит (p=0, 19) не оказывают влияния на оксиметрическую картину.

Кроме этого на состояние микроциркуляции оказывают воздействие сопутствующие заболевания в частности анемия, ишемическая болезнь сердца и цирроз печени. Степень влияния представленных заболеваний требует дальнейшего изучения для более четкой и всесторонней интерпретации данных перкутанной оксиметрии.

Выводы

Применение прямой оксиметрии позволяет сузить круг диагностического поиска. Панкреонекроз и анемия оказывают наиболее существенное влияние на оксигенацию кожи передней брюшной стенки.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СРОКИ РАЗВИТИЯ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кислицына О.Н. асп. 1-го года каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, *Топузов Р.Э.* асп. 2-го года каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, *Ерохина А.А.* 6к. 640гр. ЛФ
Руководитель темы: *Ерохина Е.А.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Результаты оперативного лечения рака толстой кишки зависят от многих факторов, в том числе от характера послеоперационных внутрибрюшных осложнений (ПВБО). Диагностика их трудна, что задерживает сроки хирургической коррекции.

Цель

Оценить клинические проявления, а также значимость инструментальных методов в диагностике послеоперационных внутрибрюшных осложнений у больных, оперированных по поводу колоректального рака.

Материалы и методы

Изучены результаты лечения 1355 больных, перенесших хирургические вмешательства на толстой кишке по поводу верифицированного рака, из которых у 139 отмечены ПВБО. В послеоперационном периоде проводился клинико-лабораторный мониторинг. Обращали внимание на жалобы больных, вздутие живота, замедление перистальтики, лихорадку и другие клинические проявления осложнений. Оценивали показатели клинико-лабораторных и инструментальных исследований.

Полученные результаты

ПВБО развивались чаще у мужчин - 14, 1%, чем у женщин – 7, 7%. Причем у мужчин увеличение осложнений наблюдалось преимущественно в возрасте 50-59 лет (24%). Среди них было больше больных с перитонитом без четко выявленного источника (80%), с кровотечениями (72, 7%), абсцессами (64%). Чаще осложнения развивались при первично-множественном раке и при локализации опухоли в поперечной ободочной кишке и селезеночном изгибе. Чаще ПВБО наблюдались после операций с формированием кишечных анастомозов (12%). При экстренных хирургических вмешательствах количество ПВБО не намного больше, чем при плановых, но летальность значительно выше и достигала 8, 3%.

Первые клинические признаки развивающихся ВБО появлялись на 3-5 сутки после операции, за исключением внутрибрюшного кровотечения и мезентериального тромбоза, которые отмечены в первые двое суток. Отчетливые перитонеальные симптомы отмечались далеко не у всех, что затрудняло диагностику. Появление одного какого-либо симптома не всегда являлось признаком развивающегося осложнения. А совокупность нескольких клинических проявлений всегда свидетельствовала о неблагополучном течении послеоперационного периода. Появление тревожных клинических признаков являлось показанием к использованию инструментальных методов. Ультразвуковое исследование и компьютерная томография оказались необходимыми в диагностике у большинства больных с абсцессами брюшной полости и распространенным перитонитом, у 17% пациентов с несостоятельностью кишечных швов. Рентгенологический метод помог подтвердить наличие ранней послеоперационной кишечной непроходимости в 72% наблюдений. Данные инструментальных методов исследования сопоставлялись с клинической картиной развивающегося осложнения и в совокупности диагностировали ПВБО.

Выводы

Проведенное исследование показало значимость оценки клинических симптомов и особенно их сочетания и динамики в диагностике ПВБО у больных раком толстой кишки. Выделены наиболее опасные сроки развития внутрибрюшных осложнений: 3-5 сутки послеоперационного периода. Раннее распознавание клинических симптомов, особенно их сочетания, позволяло своевременно применить необходимые инструментальные методы для подтверждения диагноза и выполнения хирургической коррекции ПВБО.

КОМБИНИРОВАННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ В ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ

Мельченко Н.А. 5к. 12гр. ЛФ
Руководитель темы: *Маслакова Н.Д.* доц. каф. хирургических болезней №1, к.м.н.
ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Актуальность

Повсеместный рост антибиотикорезистентности микроорганизмов диктует необходимость в разработке новых методов воздействия на микрофлору раневых поверхностей. Одним из них является метод фотодинамической терапии (ФДТ). Метод ФДТ основан на применении лекарственных препаратов – фотосенсибилизаторов и низкоинтенсивного лазерного излучения с длиной волны, соответствующей пику поглощения фотосенсибилизатора (ФС). Под действием ФС кислород переходит в синглетную форму – чрезвычайно активное соединение, повреждающее микробную клетку, что обусловливает возможность использования фотодинамической реакции для лечения ран различного генеза.

Цель

Изучить влияние ФДТ 1% спиртовым раствором хлорофиллипта в сочетании с комбинированным магнитосветолазерным излучением инфракрасной области спектра на заживление гнойных ран.

Материалы и методы

На базе ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» пролечено 42 пациента (38 мужчин, 4 женщины) с гнойными ранами. Первая группа (контрольная) – 28 пациента, вторая группа (опытная) – 14 пациентов. 1-ой группе проводилось традиционное лечение. 2-ая группа получала лечение с местной аппликацией 1% спиртового раствора хлорофиллипта, после оперативной санации гнойного очага, его асептической обработки, в сочетании с комбинированной магнитосветолазерной терапией (установка «Люзар-МП»). Использовалось излучение инфракрасной области спектра λ=845 нм, индукция магнитного поля 50-60 мТл, экспозиция 10-15 мин. Сеансы облучения проводились в ежедневном режиме.

Полученные результаты

Для оценки течения раневого процесса использовались планиметрические методы, качественный и количественный бактериологический контроль; оценивались клинические признаки. У 2-ой группы наблюдалось ускорение некролитической фазы раневого процесса, уменьшение количества фибринозных наложений, появление первых грануляций и краевой эпителизации в 3-3, 5 раза быстрее; отсутствовала лимфорея. Скорость заживления раны оценивали по тесту Л. Н. Поповой на 3-и сутки. Процент уменьшения площади раны за сутки для 1-ой группы составил 4-5% (в среднем 4, 3%), для 2-ой группы – 6-7% (в среднем 6, 4%). Время очищения раны, рост активной грануляции, время подготовки раны к наложению вторичных швов 1-ой группы 12, 5±7, 5 суток, 2-ой группы 4, 5±2, 5 суток. Из раневого экссудата выделены S. aureus, S. epidermidis, E. colli, P. aeruginosa. После 2-3 сеансов ФДТ отмечено значительное уменьшение общей микробной обсемененности раны (при оценке по Д. М. Штейнбергу). Динамическое исследование препаратов-отпечатков раневой поверхности свидетельствует о значительном уменьшении лейкоцитарной реакции, флора скудная, единичные кокки в различных местах препарата. Срок пребывания больных в стационаре сократился в 1, 5-2 раза с 17, 5±5, 5 койко-дня у 1-ой группы до 12, 5±5, 5 койко-дня у 2-ой группы.

Выводы

ФДТ 1% спиртовым раствором хлорофиллипта в сочетании с комбинированным магнитосветолазерным излучением инфракрасной области спектра обладает выраженным антибактериальным эффектом, увеличивает скорость заживления раны в 1, 5 раза, сокращает среднюю продолжительность госпитализации в 1, 5-2 раза.

КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Мельченко Н.А. 5к. 12гр. ЛФ
Руководитель темы: *Маслакова Н.Д.* доц. каф. хирургических болезней №1, к.м.н.
ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Актуальность

Лечение воспалительных процессов мягких тканей, в последние годы, затрудняет рост резистентности к антибиотикотерапии у пациентов, появлению полиантибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, проблемы нефро-, гепато-, нейротоксичности антибактериальных препаратов. В поиске новых методов лечения значительный интерес и перспективы представляет использование метода фотодинамической терапии (ФДТ). Динамический ультразвуковой контроль в процессе лечения позволяет оценить его эффективность, корректировать лечение, выявлять и купировать возможные осложнения.

Цель

Изучить влияние ФДТ 2% масляным раствором хлорофиллипта в сочетании с комбинированным магнитосветолазерным излучением инфракрасной области спектра на течение воспалительного процесса мягких тканей в стадии инфильтрации по данным ультразвукового исследования (УЗИ).

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ». 28 пациентам с воспалительными процессами мягких тканей разной локализации было проведено УЗИ. Ультразвуковая картина определялась в виде гипоэхогенных неоднородных структур, без четких границ, диаметром до 20 см, между которыми визуализировались эхонегативные жидкостные образования диаметром от 8 до 35 мм. УЗ-заключение сформулировано как картина воспалительного инфильтрата мягких тканей. 9 (32, 3%) больным – 1-ая группа (контрольная) - проводилась традиционная консервативная терапия. 19 (67, 7%) пациентам – 2-ая группа (опытная) - получали лечение с местной аппликацией 2% масляного раствора хлорофиллипта в сочетании с комбинированной магнитосветолазерной терапией (установка «Люзар-МП»). Использовалось излучение инфракрасной области спектра λ=845 нм, индукция магнитного поля 50-60 мТл, экспозиция 20-25 минут в зависимости от размеров инфильтрата. Для диагностики использовали УЗИ, которые выполнялись на аппарате «HITACHI» с применением линейного датчика с частотой 7, 5 МГц, работающего в реальном масштабе времени. Динамические УЗИ у пациентов 2-ой группы выполнялись на 3-и, 5-е, 7-е и 12-е сутки. Контрольное УЗИ пациентам 1-ой группы проводилось на 7-е сутки.

Полученные результаты

УЗ-динамика у пациентов 2-ой группы положительная. На 3-и сутки инфильтрат визуализировался в виде неоднородного объемного гипоэхогенного образования, с жидкостными включениями диаметром до 25 мм. Деструктивных изменений не выявлено. На 5-е сутки визуализировались неоднородные образования без четких границ с пониженной или неравномерной эхогенностью, с единичными жидкостными включениями диаметром 10-15 мм. На 7-е сутки визуализировались неоднородные образования с пониженной эхогенностью. На 12-е сутки определялись остаточные неоднородные структуры неравномерной эхогенности. Ни одного случая абсцедирования не выявлено. У 1-ой группы на 7-е сутки размер инфильтрата по данным УЗИ составил в среднем 64, 7% от исходного, у 2-ой группы – 45, 3%.

Выводы

Анализ ультразвуковой картины позволяет сделать заключение о том, что при использовании ФДТ 2% масляным раствором хлорофиллипта в сочетании с комбинированным магнитосветолазерным излучением инфракрасной области спектра воспалительный процесс разрешается в 1, 5 раза быстрее, в среднем на 4-5 дней раньше наступает регрессия в течение раневого процесса, чем при использовании традиционных методик.

МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

[1]*Яцкевич В.К.* 5к. 8гр. ЛФ, [1]*Жуковский Ю.В.* 5к. 40гр. ЛФ, [1]*Батаев С.А.* асс. каф. хирургических болезней №1, [2]*Жандаров К.Н.* отд. проктология
Руководитель темы: [1]*Батаев С.А.* асс. каф. хирургических болезней №1
1 - ГрГМУ, Гродно, Белоруссия
2 – ГОКБ, Гродно, Белоруссия

Актуальность

Несмотря на существование большого числа методов хирургической коррекции, операции жёсткой фиксации, в том числе операции с использованием новейших сетчатых эксплантатов, проблема лечения пролапса тазовых органов, остаётся весьма актуальной. Выпадение прямой кишки, выпадения матки и влагалища, патологии ректовагинальной перегородки, ректоцеле, эвенто- и цистоцеле и их сочетания, с большим спектром клинических проявлений, в том числе различных степеней инконтиненции, ведут к снижению трудоспособности и значительно влияют на социальную адаптацию, особенно возрастных, пациентов. Это, а так же отсутствие идеального способа хирургической коррекции, является трудноразрешимой задачей, решением которой плотно занимаются различные специалисты: урологи, гинекологи и хирурги-проктологи.

Цель

Продемонстрировать собственный опыт лечения пациентов с различными формами пролапса тазовых органов с использованием аллопротезирования.

Материалы и методы

За период времени с 2010 по 2013 год на базе проктологического отделения УЗ «ГОКБ» были прооперированы пациенты с различными видами пролапса тазовых органов. Во всех случаях для объективизации диагноза тазового пролапса и уточнение его вида применялись УЗИ органов малого таза (промежностное, трансвагинальное и трансректальное) и латеральная проктография, для лечения этих пациентов использовалось сочетание способа лапароскопической видео ассистированной ректокольпопексиии пластики ректовагинальной перегородки с использованием сосудистого протеза по разработанным кафедрой методикам.

Основными этапами операций были: 1. Рассечение брюшины в области ректовагинальной (у пациентов мужского пола, в 2 случаях, ректовезикальной) складки. 2. Выделение прямой кишки по переднебоковым поверхностям на различную длину, вплоть до мышц поднимающих задний проход. 3. Рассечение брюшины в области мыса крестца и выделение его до надкостницы. 4. Фиксирование бранш протеза к боковым стенкам прямой кишки и к шейке матки. 5. Подтягивание прямой кишки кверху с последующей фиксацией в подготовленном ложе к надкостнице мыса крестца герниостеплером или несколькими швами Darvin 1. 0, под контролем пальца через минидоступ над лоном. 6. В случаях ректоцистоцеле, производилась предварительная дополнительная пластика полипропилленовой сеткой.

Полученные результаты

В послеоперационном периоде осложнений не было, швы снимались на 7-е сутки, дренаж из малого таза удалялся на 2-е. Больные были осмотрены после операции, выполнялась УЗИ и латеральная проктография с оценкой нормализации физиологического положения и функционирования органов малого таза. Данных за рецидивпролапса не было. Субъективно результатами лечения больные удовлетворены, что оценивалось с помощью специализированных опросников. Неприятных ощущений и дискомфорта не отмечали.

Выводы

Анализируя результаты лечения данной группы пациентов, страдающих различными видами пролапса тазовых органов, установлено, что использование лапароскопических и видеоассистированных методик для реконструктивных операций с пластикой эксплантатами, при данной патологии может вполне конкурировать с классическими методами пластики в виду малой травматичности, отсутствие осложнений связанные с передней и задней кольпорафией, при выполнении пластики классическим методом, так же гофрированные бранши протеза более

эластичны и создаюттак называемый запас подвижности, что не вызывает дискомфорта, болей и нарушение функции органов малого таза в дальнейшем.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Жилина Ю.А. 4к. 418гр. МПФ, *Хардиков М.А.* 5к. 544гр. ЛФ
Руководитель темы: *Дрогомирецкая Е.И.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Во всем мире язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является широко распространенным заболеванием. По мнению ведущих гастроэнтерологов, язвенная болезнь представляет собой национальную проблему для многих экономически развитых стран, поскольку количество больных этим недугом в них достигает 3% от численности взрослого населения. Среди многочисленных причин такого положения многие хирурги указывают на повсеместное снижение удельного веса плановых операций, что, в свою очередь, связано с недооценкой показаний к хирургическому лечению (Кузин М. И., 2001; Панцырев Ю. М., 2003; Гостищев В. К., 2004; Chang T. M., 2001; Tsugata K., 2001).

Материалы и методы

В клинике госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля (зав. каф., д. м. н., проф. Э. Э. Топузов) с 2007 по 2013 гг. проведен анализ результатов лечения 14 пациентов, оперированных в связи с развившимися осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Полученные результаты

Демографический анализ показал, что среди пациентов 9 мужчин в возрасте от 28 до 80 лет, 5 женщин в возрасте от 40 до 85 лет. Основным фактором, повлиявшим на развитие осложнений язвенной болезни, по нашему мнению, явился тяжелый стресс у 6 пациентов, курение и злоупотребление «энергетическими напитками» у 3 пациентов, злоупотребление алкоголем у 2 пациентов, прием НПВС у 2 пациентов, у 1 пациента связи с каким-либо фактором мы не выявили. Локализация язвы в желудке имелась у 9 пациентов, наиболее часто в выходном отделе по передней стенке (5 пациентов), по малой кривизне в теле (2 пациента). В 12-перстной кишке язвы чаще локализовались в луковице (3 пациента). Наиболее распространенными осложнениями явилось массивное продолжающееся кровотечение из язвы у 5 (35, 7%) пациентов, при этом у 2 пациентов с язвой 12-перстной кишки оно сочеталось с пенетрацией в поджелудочную железу, что потребовало проведения резекции желудка на высоте кровотечения с погружением культи 12-перстной кишки по Ниссену. У 3 пациентов с локализацией язвы в пилоробульбарном отделе (21, 4%) развился декомпенсированный стеноз, в связи с чем они получали интенсивную инфузионную и заместительную терапию в предоперационном периоде (от 5 до 13 дней) и были оперированы в объеме пилоропластики (1 пациент), резекции желудка (3 пациента). У 4 пациентов (28, 6%) язва желудка (3) и 12-перстной кишки (1) осложнилась перфорацией в свободную брюшную полость. Необходимо особо отметить, что у всех 4 пациентов данное осложнение сочеталось с внутрибрюшным кровотечением (у 1 пациентки) и кровотечением в просвет ЖКТ у 3 пациентов, что раньше в литературе представлялось как казуистика. У 2 (14, 3%) пациентов, оперированных по поводу язвенной болезни желудка, с каллезными язвами с подозрением на малигнизацию и кровотечением, при гистологическом исследовании выявлена раковая опухоль.

Выводы

В связи с появлением в последние два десятилетия высокоэффективной противоязвенной терапии, удельный вес хирургического лечения при данном заболевании резко снизился. Изменилась структура осложнений, они стали в большинстве случаев сочетанными, при этом объем оперативного вмешательства значительно возрос.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Симонян К.Г. 4к. 445гр. ЛФ
Руководитель темы: *Дрогомирецкая Е.И.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Острая кишечная непроходимость (ОКН), как осложнение рака толстой кишки, встречается довольно часто в практической деятельности хирурга. Острая кишечная непроходимость составляет около 8-9% среди всех заболеваний брюшной полости. Оназанимает пятое место среди основных форм «острого живота» (Савельев В. С., 2005). Летальность колеблется в широких пределах, от 8 до 54, 5% (Столин А. В., 2011). В среднем летальность при развитии острой кишечной непроходимости составляет около 15-25%. Важной особенностью в настоящее время является преобладание двух видов ОКН. Возросла частота обтурационной толстокишечной непроходимости на фоне опухолевого поражения, и спаечной кишечной непроходимости. Обтурационная толстокишечная непроходимость чаще наблюдается у пациентов старше 50 лет с сопутствующими заболеваниями других органов и систем, что неблагоприятно влияет на лечение и дальнейший прогноз заболевания.

Материалы и методы

Данная работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии им В. А. Оппеля СЗГМУ им И. И. Мечникова. В основу взят материал историй болезни пациентов, оперированных в данной клинике по поводу ОКН с 1998 по 2013 гг. Всего проанализированы результаты оперативного лечения 23 пациентов (из 221 оперированного по поводу рака толстой кишки). Из них 13 женщин и 10 мужчин. Возраст пациентов от 37 до 82 лет. Средний возраст 66 лет. Все пациенты являются жителями Северо-Западного региона.

Полученные результаты

Наиболее часто встречаемой локализацией рака являлся рак сигмовидной кишки, который составил 39, 5%. На рак прямой кишки пришлось 17, 2%. Рак восходящей ободочной кишки имелся у 13% больных. С такой же частотой встречался рак нисходящей ободочной кишки – 13%. В 8, 7% случаях отмечается рак селезеночного изгиба ободочной кишки. Рак слепой кишки и рак поперечно-ободочной кишки составили по 4, 3%. В 100% случаях рак толстой кишки осложнился ОКН. У 8, 7% больных выявлен спаечный процесс брюшной полости. В свою очередь ОКН у 13% больных привела к развитию перитонита. По поводу рака толстой кишки, осложненного ОКН, выполнены оперативные вмешательства. Во время операции у 52, 2% больных выявлена опухоль, прорастающая все слои кишечной стенки. У 65, 2% имелся выпот в брюшной полости, причем в 48% выпот был серозным, в 13% - гнойным и в 4, 3% - геморрагическим. Впечени у 22% больных обнаружены множественные метастазы, диаметром от 1 до 4 см. У 17, 4% в печени имелись одиночные метастазы от 0, 5 до 1, 5 см. Объем операции был следующим: резекция сигмовидной кишки типа Гартмана с формированием плоской колостомы по методике Э. Г. Топузова у всех пациентов с раком сигмовидной кишки, левосторонняя гемиколэктомия при раке нисходящей ободочной кишки, правосторонняя гемиколэктомия и илеотрансверзоанастомоз при раке правой половины ободочной кишки, трансверзостомия при неоперабельном раке левой половины толстой кишки.

Выводы

Острая кишечная непроходимость, осложняющая течение рака толстой кишки встречается не так часто, однако приводит к развитию тяжелого осложнения – перитонита, практически у каждого десятого пациента. При использовании современных хирургических технологий, шовного материала, анестезиологического и лекарственного обеспечения стало возможным выполнение одномоментных радикальных операцийпрактически у всех пациентов, поступающих с резектабельными опухолями толстой кишки, осложненными острой кишечной непроходимостью.

ОСТРАЯ ПАТОЛОГИЯ САЛЬНИКОВЫХ ОТРОСТКОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ПРАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Снежко А.И. 5к. 5гр. ЛФ, *Жовтая А.Н.* 5к. 6гр. ПФ
Руководители темы: *Воробьев А.А.* проф. каф. оперативной хирургии и топографической анатомии, д.м.н., *Литвина Е.В.* доц. каф. оперативной хирургии и топографической анатомии, к.м.н.
ВолгГМУ, Волгоград

Актуальность

В структуре экстренной патологии органов брюшной полости заворот и некроз сальниковых отростков толстой кишки встречается относительно редко и составляет порядка 0, 09% [1], при этом абсолютное число случаев требует оперативного вмешательства, а неспецифичность клиники зачастую приводит к диагностическим ошибкам. Летальность при заболеваниях сальниковых отростков достигает 1, 6% [2].

Цель

Анализ клинических случаев перекрута и некроза сальниковых отростков толстой кишки в практике хирургического отделения МУЗ КБ СМП № 15 города Волгограда.

Материалы и методы

По операционным журналам и историям болезней проанализированы статистические показатели оперативного лечения перекрута и некроза сальниковых отростков толстой кишки в практике хирургического отделения МУЗ КБ СМП № 15 города Волгограда за период с 2003 по 2013 год. В статистическом анализе рассматривались исключительно клинические случаи, в которых перекрут и некроз сальниковых отростков толстой кишки выступал в качестве основного заболевания, ставшего причиной хирургической активности.

Полученные результаты

При анализе статистических данных работы хирургического отделения МУЗ КБ СМП № 15 за последние 11 лет выявлено 6 случаев патологии сальниковых отростков толстой кишки, при которых выполнялись срочные оперативные вмешательства. Это составило 0, 1% от общего числа срочных оперативных вмешательств.

Патология сальниковых отростков толстой кишки по нашим данным чаще встречается у мужчин (83%), нежели у женщин (17%). Возраст пациентов от 23 до 81 года. Средний возраст мужчин с данной патологией 38 лет.

По локализации измененных сальниковых отростков лидирующее место среди отделов толстого кишечника занимает сигмовидная кишка (83% случаев), восходящий отдел ободочной кишки - 17%. 67% случаев перекрута и некроза сальниковых отростков сопровождались перитонитом различной степени выраженности и тяжести течения. Из них по распространенности: местный перитонит - 50%, диффузный – 50%.

Диагностическая лапароскопия выполнялась в 83% случаев, в остальных случаях были определены показания к проведению срочного оперативного вмешательства в связи с предположением о наличии другой острой хирургической патологии (острый аппендицит, опухоль толстой кишки). Среди видов оперативного вмешательства резекция жировой подвески с аппендэктомией выполнялась в 50% случаев, без аппендэктомии – 50%.

Все пациенты прооперированы с момента возникновения заболевания в течение 24 часов. Средний койко-день составил 10. Случаев летального исхода не отмечалось.

Выводы

Перекрут и некроз сальниковых отростков толстой кишки является редкой хирургической патологией органов брюшной полости (0, 1% среди оперированных в срочном порядке), которая в 100% случаев заканчивается оперативным вмешательством. Заболевание характерно для мужчин среднего возраста, нередко провоцируется перееданием в сочетании с физической нагрузкой. Как правило, проявляется выраженным болевым синдромом и "маскируется" под наиболее частую острую хирургическую, урологическую или гинекологическую патологию. Чаще всего поражаются интраперитонеальные отделы толстой кишки, обладающие относительно высокой подвижностью в брюшной полости. Важным методом для определения тактики ведения пациента является диагностическая лапароскопия,

которая в дальнейшем может быть переведена в лечебную. Значимость рассмотренной патологии заключается в том, что несмотря на редкость, все случаи заканчиваются хирургической активностью, поэтому данную патологию всегда необходимо учитывать при выяснении причины острого живота особенно в практике начинающих хирургов.

1. Уразбахтин И. М. Диагностика и лечение заворота сальниковых отростков толстой кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург 1993.
2. Абдулжавадов И. М. Симптоматика заболеваний жировых подвесков толстой кишки. Хирургия 1992; 2: 76-83

ОСТРЫЕ УРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТРАВМЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ХИРУРГА СТАЦИОНАРА

Слюсарев А.В. 4к. 449гр. ЛФ
Руководитель темы: *Дрогомирецкая Е.И.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Острые урологические заболевания и травмы в практике врача-хирурга встречаются довольно редко, чаще в виде осложнений при проведении оперативных вмешательств. Однако, нужно их учитывать, поскольку при оперативном лечении летальность снижается до нуля и облегчает жизнь больного (Черноусов А. Ф., 2012).

Цель

Определить наиболее частые урологические заболевания в практике врача-хирурга.

Материалы и методы

Данная работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля (зав. каф. д. м. н., проф. Э. Э. Топузов). В основу взят материал историй болезни пациентов, оперированных в данной клинике в период за 2009-2013 гг. Всего проанализированы результаты оперативного лечения 10 пациентов. Из них 8 мужчин и 2 женщины в возрасте от 33 до 85 лет, средний возраст 60 лет, городских жителей - 8, областных – 2.

Полученные результаты

Пациентам 85, 71 и 64 лет с ДГПЖ 2-3ст., осложненным хроническим пиелонефритом в послеоперационном периоде диагностирована острая задержка мочи и выполнена троакарная эпицистостомия. Пациенту 33 лет, поступившему в клинику с болями в правой половине живота с иррадиацией в поясницу, на фоне фебрильной лихорадки диагностирован гнойный паранефрит, выполнено вскрытие и дренирование гнойного очага. Пациенту 40 лет, поступавшему с ущемленной бедренной грыжей, выполнена операция Винкельмана в связи с наличием кисты придатка правого яичка. У мужчины 39 лет, поступавшему с кровотечением, выявлен разрыв паренхимы правой почки, забрюшинная гематома, рана почки ушита, эвакуировано около 1, 5 литров крови. Пациенту 64 лет, поступившему с закрытой травмой живота диагностирован разрыв мочевого пузыря, проведено ушивание ран мочевого пузыря, эпицистостомия. Пациенту 70 лет с тампонадой мочевого пузыря установлен катетер. Пациентке 64 лет с камнями левой почки и мочеточника произвели нефрэктомию слева. Пациентке 70 лет с камнем верхней трети левого мочеточника выполнили уретеролитотомию слева.

Выводы

Знания и умения врача-хирурга в диагностике и лечении острой урологической патологии являются необходимыми, поскольку данные заболевания и травмы могут встретиться ему в рутинной хирургической практике.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ

Семинютина И.М. 3к. 337гр. ЛФ
Руководитель темы: *Дрогомирецкая Е.И.* доц., к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Спаечные процесс в брюшной полости и развивающиеся осложнения играют большую роль в структуре причин заболеваемости и смертности в абдоминальной хирургии (Schuster T. G, 2002). Широкое внедрение эндовидеохирургических технологий в хирургическую практику изменило возможности оперативного лечения спаечной болезни брюшной полости (Исаков Д. Ф., 1985). Вместе с тем, лапароскопические вмешательства требуют определения четких показаний и противопоказаний, принятия особых мер безопасности. Преимущества видеолапароскопических технологий, в том числе меньший риск развития спаечного процесса в связи с меньшей травматизацией, делают такие вмешательства очень ценными при хирургическом лечении острой спаечной болезни (Праздников Э. Н., 2002).

Цель

Оценить возможности применения малоинвазивных технологий в лечении спаечной болезни.

Материалы и методы

Данная работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля. В основу взят материал историй болезни пациентов, проходивших лечение в СЗГМУ им. И. И. Мечникова за период с сентября 2007 по март 2014 года. Всего проанализированы результаты лечения 17 пациентов. Из них 6 мужчин и 11 женщин в возрасте от 21 года до 87 лет. По диагнозу до операции разделены на группы: № 1-острый воспалительный процесс; № 2-аппендицит и перитонит; № 3-Ущемленная вентральная грыжа; № 4-спаечная болезнь, болевая форма. Виды оперативного вмешательства: лапаротомия (14), лечебная лапароскопия (2), диагностическая лапароскопия (1), рассечение спаек.

Полученные результаты

Для проведения лапароскопии проводился тщательный отбор. Абсолютным противопоказанием к применению малоинвазивных технологий оказались: перитонит, ущемленная вентральная грыжа, интимное сращение кишки с передней брюшной стенкой, сильно раздутые петли кишки, повторное оперативное вмешательство. Этим пациентам проводилась лапаротомия.

При проведении лапароскопии пункцию брюшной полости производили «открытым» способом по Hassen. Во время диагностической лапароскопии оценивали локализацию и степень выраженности спаечного процесса, что не сопровождалось излишней травматизацией тканей в брюшной полости. Во время проведения лапароскопии по поводу удаления аппендикулярного отростка был замечен выраженный спаечные процесс, потребовавший рассечения спаек. После проведения лапароскопических операций были достигнуты положительные результаты, купировался болевой синдром, восстановился пассаж по кишечнику. После проведения лапаротомии купирование болевого синдрома, восстановление удовлетворительной функции кишечника происходило в значительно более поздние сроки, у одного пациента проведена повторная операция. Случаев летального исхода не было.

Выводы

Следует более широко внедрять малоинвазивные лапароскопические вмешательства при спаечной болезни, но с учетом тщательного отбора по степени и срокам развития нарушения пассажа кишечного содержимого.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ С ПОМОЩЬЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ОПРОСНИКОВ PFDI-20, PISQ-12

Жуковский Ю.В. 5к. 40гр. ЛФ, *Яцкевич В.К.* 5к. 8гр. ЛФ
Руководитель темы: *Батаев С.А.* асс. каф. хирургических болезней №1
ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Актуальность

Как известно, на данный момент нет методов и практических средств, при помощи которых можно было бы оценить эффективность различных хирургических способов лечения пролапса тазовых органов, а также охарактеризовать качество сексуальной жизни пациенток после перенесенного вмешательства. Данная проблема весьма актуальна поскольку, тазовый пролапс - одно из самых распространенных заболевании поражающих до 45% взрослого населения и в последнее время становится довольно частой причиной обращения пациентов к специалистам проктологам, гинекологам и урологам. Так как большинство больных считают данную проблему весьма «интимной», хирурги часто имеют дело с ПТО 3-4 стадии, при которых консервативное лечение практически не имеет должного эффекта и приходится прибегать к оперативному лечению данного заболевания. И тут перед хирургом встаёт сложный вопрос выбора метода хирургической коррекции из довольно длинного списка.

Цель

Методом анкетирования, с помощью специализированного опросника оценить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения ПТО методом ректокольпосакропексии, их эффективность, а также узнать насколько данный вид хирургической коррекции улучшило качество жизни пациентов, что на западе является основополагающим, если не главным критерием результативности многих вмешательств, в том числе и по поводу данного заболевания.

Материалы и методы

Базой для проведения исследования является проктологическое отделение Гродненской областной клинической больницы. Пациенты, прооперированным по поводу различных видов ПТО в период с 2011-2013г, были анкетированы до операции, Степень выраженности симптомов тазовой дисфункции будет оценена в баллах с помощью короткой формы специализированного вопросника PFDI -20 (Pelvic Floor Distress Inventory - 20). Вопросник включает 20 вопросов по наличию и степени выраженности симптомов ПТО, которые состоят из 3х шкал. Балльная оценка изменения сексуальной функции пациенток после хирургической коррекции ректоцеле будет производиться с помощью короткой формы Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinent Sexual Function Questionnaire (PISQ-12). В том числе будет производиться оценка функционирования толстой и прямой кишки в виде определения степени тяжести моторно-эвакуаторной дисфункции (в баллах). Так же всем пациентам в послеоперационном периоде были высланы специализированные опросники для заполнения. В течение последнего времени полученные опросники оцениваются и результаты их будут интерпретированы в ближайшее время.

Выводы

Мы полагаем, что предложенный нами метод будет весьма действенным и сможет дать объективные данные, которые могут быть использованы в практическом здравоохранении для совершенствования и использования наиболее эффективных методов хирургического лечения ПТО 3-4 степени.

ПАЛЛИАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Исакович Д.А. 3к. 347гр. ЛФ, *Бобраков М.А.* асп. 2013-го года каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля
Руководители темы: *Дрогомирецкая Е.И.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, к.м.н., *Балашов В.К.* доц. каф. госпитальной хирургии им В.А. Оппеля, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Рак поджелудочной железы составляет 3% всех злокачественных опухолей и занимает пятое место среди наиболее частых причин смерти в онкологии (Патютко Ю. И., 1997). Несмотря на применение современных методик лечения, пятилетняя выживаемость больных составляет от 5 до 12% (Стипа Ф., 2001). Представляется целесообразным проанализировать виды проведенных паллиативных вмешательств, их интраоперационные особенности и исходы в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы

Работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля СЗГМУ им. И. И. Мечникова. В основу взят материал историй болезни 39 пациентов, проходивших лечение в клинике с 2006 по 2013 гг. Из них 18 мужчин, 21 женщина; возраст мужчин от 41 до 84 года, женщин от 53 до 85 лет.

Полученные результаты

Установлено, что встречаемость рака поджелудочной железы почти одинаковая у обоих полов, однако у мужчин встречается в более раннем возрасте. Наиболее часто раковая опухоль локализовалась в головке и теле поджелудочной железы. Основной путь метастазирования - печень (с явлениями портальной гипертензии и расширением холедоха до 2 см), местного распространения - двенадцатиперстная кишка с прорастанием ее стенки. Также выявлено, что максимальный размер первичной опухоли в поджелудочной железе колебался от 3 см до 8 см, диаметр метастазов печени - от 1 мм до 5 см, в 5 случаях отмечалось вовлечение соседних тканей и связок, формирование спаечного процесса (в частности, при повторных операциях). Объем и вид выполняемой операции напрямую зависел от размера опухоли и наличия метастазов в печени и регионарных лимфоузлах. Во время операции отмечались явления портальной гипертензии и наличие асцита у 7 больных. При явлениях желтухи из-за невозможности выполнения радикальной операции, сформирован холецистоэнтероанастомоз у 12 пациентов, гепатикохолецистоеюноанастомоз 7 пациентов, гепатикоеюноанастомоз у 19 пациентов, у 1 пациента с сегментарным блоком выполнена эксплоративная лапаротомия. Летальных исходов в раннем послеоперационном периоде не наблюдалось.

Выводы

К 2012-2013 годам значительно увеличилось количество больных неоперабельным раком поджелудочной железы. Необходимо более широко внедрять малоинвазивные дренирующие технологии, позволяющие улучшить качество жизни пациентов.

ПОСЛЕДСТВИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ И ТРАДИЦИОННЫХ (ОТКРЫТЫХ) ВАРИАНТОВ РЕКОНСТРУКЦИИ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ.

Козырева А.Б. 3к. 342гр. ЛФ, *Бондаренко П.Б.* 4к. 444гр. ЛФ
Руководитель темы: *Иванов М.А.* проф. каф. общая хирургия, д.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Миниинвазивные вмешательства на магистральных сосудах у больных с распространенным атеросклерозом изменили представления о возможностях оперативной

помощи. Тем не менее, традиционные (открытые) оперативные воздействия имеют право на существования с учетом отдаленных рецидивов и экономических характеристик.

Цель

Сравнить результаты традиционных (открытых) разновидностей реконструкций аорто-подвздошного сегмента и эндоваскулярных методов помощи.

Материалы и методы

В основу работы легли наблюдения за итогами реконструктивных операций на аорто-подвздошном сегменте у 175 пациентов, оперированных в отделении ангиохирургии СЗГМУ им И. И. Мечникова в 2011-2013 гг. Из них у 64 пациентов было выполнено аорто-бедренное шунтирование, у 59 пациентов — стентирование подвздошной артерии и у 52 — эндартерэктомия.

Полученные результаты

Из 175 человек летальные исходы отмечены в группе шунтирующих вмешательств (3, 2%) и среди больных, которым выполнялась ангиопластики и стентирования (1, 7%). После эндартерэктомии летальных исходов не было, однако только в этой группе имело место послеоперационные кровотечения у 2% больных.

По итогам эндоваскулярных операций дополнительная установка стентов потребовалась каждому десятому больному; почти с аналогичной частотой возникла необходимость в эндоваскулярной коррекции после эндартерэктомии (9, 6%), тогда как после шунтирующих операций такого рода помощь не была показана ни в одном из наблюдений (p<0, 05).

Ампутации были выполнены 6, 4% лиц после шунтирующих операций и 3, 8% - после эндартерэктомий. Ни в одном наблюдении вслед за эндоваскулярным вмешательством не отмечено потери конечности.

Инфаркт миокарда в послеоперационном периоде отмечен у 3, 2% лиц, которым выполнялись шунтирующие вмешательства. Подобных осложнений не отмечено после стентирования и эндартерэктомии.

Дополнительные открытые вмешательства (реинтервенция) потребовались у 6, 8% лиц, которым выполнялись ангиопластика и стентирования. После шунтирующих операций и эндартерэктомии необходимость в повторном оперативном пособии не возникала.

Выводы

Сравнительный анализ различных вариантов реконструктивных вмешательств на подвздошных артериях продемонстрировал меньшее количество летальных исходов, неблагоприятных кардиоваскулярных событий и ампутаций после эндартерэктомии и стентирования в сравнении с шунтирующими операциями.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ АНЕВРИЗМ С ПОМОЩЬЮ ЭКСТРАВАЗАЛЬНОГО АРМИРОВАНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Чернявин М.П. 5к. 4гр. ЛФ, *Самохин Н.В.* 4к. 1гр. ЛФ
Руководители темы: *Кузьмин А.Л.* доц. каф. факультетской хирургии и урологии, к.м.н., *Калашникова Н.А.* доц. каф. нормальной анатомии, к.м.н.
ИвГМА, Иваново

Актуальность

Атеросклероз и его ишемические проявления (инфаркт миокарда, ишемический инсульт, гангрена конечности) остаются ведущей причиной инвалидизации и смертности в нашей стране и в мире.

Цель

Применить экстравазальное армирование сонных артерий в эксперименте, оценить его эффективность.

Материалы и методы

Отработка техники оперативного вмешательства проведена с использованием трупного материала, предоставленного патологоанатомическим отделением Ивановской ОКБ. В соответствии с федеральным законодательством материал изымался у невостребованных трупов

и возвращался для утилизации. Для исследования мы отобрали 16 пар фрагментов общей сонной артерии, а также 16 фрагментов большой подкожной вены бедра и голени. Все образцы разделили на 3 группы. 1-ю группу составили образцы, в которых не удалялась интима и максимально сохранялась адвентициальная оболочка. 2-ю группу составили образцы, у которых экспериментальная операция дополнялась удалением атеросклеротической бляшки, при этом адвентиция максимально сохранялась. 3-я группа образцов, вмешательство на которых сопровождалось удалением атеросклеротической бляшки и адвентициальной оболочки. Каждая группа разделена на две подгруппы: с экстравазальным армированием и без него. Для стандартизации полученных результатов один из экземпляров подвергался армированию, другой составлял подгруппу контроля. Разрыв артерий производился интраартериальным баллоном. Оценивались: давление, при котором происходит разрыв сосуда, локализация разрыва, давление при котором не происходило разрыва. Полученные данные обрабатывались в программе Statistica 6. 0.

Полученные результаты

Группа № 1 – сохранены все оболочки: давление разрыва с армированием 10, 5 – 16, 0 (среднее 13, 1 ± 2, 30); контроль5, 55 – 8, 5 (среднее 7, 0 ± 1, 12); (P<0, 05). Группа № 2 – удалена атеросклеротическая бляшка: давление разрыва составляет 12, 0 – 16, 0 (среднее 14, 2 ± 2, 05); группа контроля – 7, 5-8, 5 (среднее 7, 7 ± 0, 27); (P<0, 05). Группа № 3 – удалена атеросклеротическая бляшка и адвентиция. Давление разрыва – 13, 5 – 23, 0 (среднее 17, 3 ± 3, 29); контрольная группа – 6, 0-7, 5 (среднее 6, 83 ± 0, 52); (P, 0, 05).

Выводы

Экстравазальное армирование сонных артерий в эксперименте достоверно увеличивает прочность последних в 2, 5-3, 0 по сравнению с неармированными.

РАК ЛЕГКОГО: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ.

Пхалагова М.Т. 5к. 514гр. ЛФ, *Тлатова А.А.* 5к. 514гр. ЛФ
Руководитель темы: *Хутиев Ц.С.* проф. каф. общей хирургии с лучевой диагностикой и лучевой терапией, д.м.н.
СОГМА, Владикавказ

Актуальность

Рак легкого (РЛ) самое распространенное онкологическое заболевание у мужчин. В России ежегодно регистрируются 66000 новых случаев РЛ и умирает более 58000 человек. В большинстве регионов в России, смертность превышает самые высокие показатели в мире. РСО - Алания не является исключением.

Цель

Изучить эпидемиологию и наметить пути профилактике РЛ в РСО- Алании.

Материалы и методы

Истории болезни, отчетные формы 35 и 7 (сведения о 3381 больной РЛ) за 20 лет (1993-2012гг). Клинико-лабораторные, рентгенологические, бронхоскопические, гистологические исследования. факторы окружающей внешней среды.

Полученные результаты

Курение, как основная причина РЛ у наших больных отмечено у 86, 7% случаев. Ионизирующее излучение (ежегодные массовые флюорографии) и РЛ по нашим данным имеют причинно-следственную связь (t=3, p ≥98%). Здоровый человек за 60 лет жизни проходит 45 раз флюорографию. По литературным данным статистическое значимое повышение риска отмечено у лиц, которые в течении жизни проведены 11-20 флюорографий. Максимальный риск выявлен у лиц, которым флюорография проведена более 40 раз. нами установлена прямая корреляция заболеваемости РЛ и загрязнения окружающей среды тяжелыми металлами (p≥97%), пестицидами (p≥70%) всех трех классов опасности. Содержимое в крови и моче некоторых металлов 1 класса опасности у здоровых людей превышает допустимые нормы в десятки раз. С 1993-2012 гг. зарегистрирован 3381 больной РЛ. Из них мужчин - 2753 (81, 4%) и женщин 62, 8

(18, 6%). Соотношение мужчины и женщины 4, 4: 1. Традиционно РЛ чаще встречается среди городских жителей, чем среди сельских. В республике с 2000 года заболеваемость в городе снижается, а в сельской местности наоборот растет. Заболеваемость по "грубому" показателю снизилась у мужчин в 1, 16, у женщин в 1, 24 и обоего пола в 1, 19 раза. По стандартизованному (мировой стандарт) показателю в 1, 3 раза. В 1993 г. РЛ до 60 лет встречается у мужчин 37, 59%, старше 60 лет - 62, 41% у женщин до 55 лет - 25% и старше - 75%. В 2012 г. до 60 лет 35, 51% и старше 64, 49%. Существенной разницы в этих показателях нет. В 1993 г. самая высокая заболеваемость у мужчин 67-74 года 384, 7, у женщин в 75-79 лет -58, 53 и обоего пола 70-79 лет (125, 56 и 126, 18 на 100 000 населения). В 2012 г. самая высокая заболеваемость у мужчин в 75-79 лет - 277, 63, у женщин 65-69 лет - 50, 18 и обоего пола 65-69 лет - 127, 0. Темп прироста за 20 лет у мужчин составляет (-33, 35%), у женщин - 11, 05 и обоего пола (-17, 76%). Активная выявляемость РЛ низкая и улучшения практически не наблюдается. Запущенность (III - IVст.) более 70%. Пять лет и более по официальным данным прожили (40, 48%), что не согласуется с Европейскими данными (15%), и США - 15. 6%. По историям болезни, изученными нами, продолжительность жизни больных после лечения 5 лет и более не превышает 5%.

Выводы

Выявляемость РЛ в ранней стадии низкая, запущенность и смертность высокие. Продолжительность жизни после лечения 5 лет и более не превышает 5%. Первичная профилактика рака легкого заключается: отказ от курения, массовых флюорографических исследований населения с 15 лет и старше (только население группы риска), улучшение

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Бараков Я.Д. 5к. 536гр. ЛФ, *Манджаева С.У.* 5к. 543гр. ЛФ, *Некрасов Р.А.* 6к. 637гр. ЛФ
Руководители темы: *Дрогомирецкая Е.И.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А Оппеля, к.м.н., *Ерохина Е.А.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

В связи с высоким ростом заболеваемости диагностика и лечение рака прямой кишки в последние годы приобретает все большую актуальность. По данным сводной статистики Союза Онкологов России за 2010 год частота рака прямой кишки в общей структуре злокачественных новообразований составила 10%.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов лечения 67 пациентов с раком прямой кишки, оперированных в клинике госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля (зав. каф., д. м. н., проф. Э. Э. Топузов) с 2008 по 2013 г.

Полученные результаты

В исследование включены 32 мужчины в возрасте от 40 до 79 лет и 35 женщин в возрасте от 45 до 84 лет; мы не выявили существенного различия по демографическим показателям. Стадия распространения первичной опухоли: T1 - 0, T2 – 6 пациентов, T3 – 23 пациента, T4 – 38 пациентов. Метастазы в лимфатические узлы диагностированы у 58 из 67 пациентов: Nx - 16, N1 - 10, N2 - 19, N3 – 13. Отдаленные метастазы на момент оперативного вмешательства имелись уже у 51 пациента. Таким образом, на ранней стадии заболевания из 67 пациентов оперировано только 6, что говорит о крайне неудовлетворительной диагностике рака прямой кишки на уровне амбулаторного звена оказания медицинской помощи населению. По характеру роста раковой опухоли выявлено преобладание экзофитных опухолей - в 48% (32 пациента), эндофитные встретились у 20 пациентов (30%), блюдцеобразные – у 15 пациентов (22%), что, очевидно, связано с анатомическими особенностями прямой кишки (экзофитные опухоли в 29 случаях локализовались в ампулярном отделе). В соответствии с гистологической структурой выделены следующие группы: аденокарцинома – у 50 пациентов (75%), муцинозная аденокарцинома - 7 (10, 5%), перстневидноклеточная карцинома – 2 (3%), мелкоклеточная карцинома - 1 (1, 5%), плоскоклеточная карцинома – 2 (3%), железисто - плоскоклеточная

карцинома - 1 пациент (1, 5%), медуллярная карцинома - 1 (1, 5%), недифференцированная карцинома – 3 (4%). При интраоперационной ревизии чаще всего метастазы обнаруживались в брыжеечных и внутритазовых лимфатических узлах, что совпало с результатами гистологического исследования в 90% случаев. Отдаленные метастазы выявлены при интраоперационной ревизии у 51 пациента, при этом у мужчин чаще в печень (что в 9 случаях сочеталось с прорастанием в мочевой пузырь), у женщин в печени, матке и яичнике. Послеоперационные осложнения наблюдались у 14% пациентов, из них перитонит – у 5 пациентов (развивался на 1-3 сутки), ранняя спаечная непроходимость – у 3 пациентов (развивалась на 7, 11 и 15 сутки), внутрибрюшное кровотечение - 2 пациента, в 1-е сутки после операции. Выполнены следующие оперативные вмешательства: внутрибрюшная резекция прямой кишки у 25 (38%) пациентов, операция Гартмана у 15 (22%) пациентов, брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки – 15 пациентов (22%) и брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки у 12 (18%) пациентов. Хорошие результаты были показаны при использовании оригинальной методики интраоперационной декомпрессии кишки, разработанной в клинике госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля (Топузов Э. Г. и соавт., 1986). Ранняя послеоперационная летальность составила 6% (острая сердечная недостаточность - 4 пациента, острая дыхательная недостаточность - 1 пациент).

Выводы

Ранняя диагностика рака прямой кишки в дооперационном периоде позволяет улучшить качество лечения, снизить риск развития осложнений и летальность, что является перспективным направлением хирургической онкологи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Козачёк О.О. 4к. 435гр. ЛФ

Руководители темы: *Дрогомирецкая Е.И.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, к.м.н., *Атаев Д.Б.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Хирургическое лечение ущемленных грыж в группе пациентов пожилого и старческого возраста остается актуальной, т. к. пожилые люди чаще всего обращаются за помощью уже при ущемлении грыжи. Пожилой возраст и сам факт ущемления могут приводить к тяжелым осложнениям в периоперационном периоде.

Материалы и методы

Данная работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля СЗГМУ им. И. И. Мечникова. В основу взят материал историй болезни пациентов. оперированных в данном учреждении с февраля 2009 года по декабрь 2012 года. Всего проведен анализ результатов хирургического лечения 20 пациентов с ущемленной грыжей. Из них мужчин-8; женщин-12; возраст от 60 до 79 лет, средний возраст-70 лет. Регион проживания: Санкт-Петербург.

Полученные результаты

В результате исследования было выявлено: у 12 пациентов ущемление тонкой кишки, у 8 – большого сальника; у 3 пациентов – ущемленная паховая грыжа, у 3 пациентов – ущемленная пупочная грыжа, у 2 пациентов – послеоперационная вентральная грыжа; у 3 пациенток – ущемленная пупочная грыжа, у 5 пациенток - ущемленная послеоперационная вентральная грыжа, у 2 пациенток - ущемленная паховая грыжа, у 1 пациентки – ущемленная бедренная грыжа, и у 1 пациентки – ущемленная грыжа белой линии живота. Резекция тонкой кишки и пряди большого сальника потребовалась 12 пациенткам (у 3 пациенток операция проводилась через 5, 5 часов, 6 часов и 7 часов после начала заболевания, остальным позже) и 2 пациентам (операции проводились через 14 ч и после 7 суток от начала заболевания); жизнеспособность тонкой кишки и пряди большого сальника сохранилась у 6 пациентов. Также

стоит отметить наличие дополнительных осложнений: у 2 пациенток - острая кишечная непроходимость, флегмона грыжевого мешка, еще у 2 пациенток – перитонит, и у 1 пациентки – абсцесс брыжейки.

Выводы

Таким образом, на основании полученных данных можно заключить, что у женщин возрастной группы старше 60 лет с ущемленной грыжей более высокий риск развития некроза её содержимого, чем у мужчин этого же возраста. Также стоит отметить ранние сроки начала некроза у женщин по сравнению с мужчинами.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА ПРОКСИМАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Манджаева С.У. 5к. 543гр. ЛФ, *Бараков Я.Д.* 5к. 536гр. ЛФ, *Бобраков М.А.* асп. 2013-го года каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля
Руководители темы: *Дрогомирецкая Е.И.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, к.м.н., *Балашов В.К.* доц. каф. госпитальной хирургии им В.А. Оппеля, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Диагностика и лечение рака проксимальных желчных протоков (ПЖП) остается одной из наиболее трудных проблем клинической онкологии. В связи с тем, что клинические проявления полиморфны, отсутствуют патогномоничные признаки заболевания существует множество трудностей оперативного лечения, обусловленных особенностями анатомического расположения и быстрой инвазией опухоли в паренхиму печени, элементы ее ворот. Паллиативные вмешательства, направленные на внутреннее отведение желчи, нередко сопряжены со значительными техническими трудностями, малоэффективны и сопровождаются частыми осложнениями с высокой послеоперационной летальностью.

Цель

Оценка эффективности различных способов диагностики и хирургического лечения рака проксимальных желчных потоков (РПЖП).

Материалы и методы

Проведен анализ историй болезни 104 пациентов с 1995 по 2013 гг., оперированных в клинике госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля (зав. каф., д. м. н., проф. Э. Э. Топузов).

Полученные результаты

В клинике с 1995 по 2013 год оперированы 104 пациента, из них 58 мужчин, 46 женщин. Для определения распространенности опухоли по печеночным протокам мы использовали классификацию по Bismuth–Corlett. Распределение больных по локализации рака: тип 1 - 7, тип 2 - 10, тип 3А - 24, тип 3В - 15, тип 4 - 48 больных. Алгоритм диагностики включал изучение клинического и биохимического анализов крови, коагулограммы, определение онкомаркеров, данных УЗИ, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), магнитно-резонансной холангиографии, чрескожной чреспеченочной холангиографии (ЧЧХГ), пункционной биопсии с последующим гистологическим исследованием. МСКТ позволила детально оценить поражение паренхимы печени, инвазию в соседние структуры, поражение лимфоузлов; МРТ-холангиография – четко визуализировать опухоль, протоковую систему и сосудистые структуры. Наиболее диагностически значимой явилась чрескожная чреспеченочная холангиография, позволяющая не только точно установить проксимальную границу блока печеночных протоков, но и произвести лечебную декомпрессию. Малоинвазивные чрескожные чреспеченочные дренирование и стентирование, как наиболее оптимальные, выполнены 68 больным (из них наружное дренирование выполнено 20, наружно-внутреннее – 27, эндобилиарное стентирование – 21 больным). Паллиативные хирургические вмешательства выполнены 21 больным (резекция протока с интраоперационным билиодигестивным шунтированием – 10, билиодигестивные анастомозы (БДА) – 7, реканализация желчного протока – 4 пациентам). Радикальные операции выполнены 15 больным, из них резекция гепатикохоледоха с формированием бигепатикоеюноанастомоза 6, резекция гепатикохоледоха с

долевыми протоками и формированием гепатохолангиоеюноанастомоза 5, резекция протоков с левой гемигепатэктомией 4 пациентам. Летальность при радикальных операциях составила – 34%, при паллиативных операциях 38, 1%. при чрескожных чреспеченочных рентгенэндобилиарных вмешательствах – 17, 6%.

Выводы

диагностические возможности УЗИ, МСКТ, МРТ, ЧЧХГ, пункционной биопсии с последующим гистологическим исследованием позволяют четко установить локализацию опухолевого процесса в желчных протоках и определить объем предстоящего оперативного вмешательства. Лечение рака ПЖП должно быть комплексным, с обязательным применением химиотерапии. Методом выбора следует признать гемигепатэктомию и лимфодиссекцию с резекцией печеночных протоков и формированием билиодигестивного анастомоза.

СОСТОЯНИЕ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Симонова К.А. 6к. 641гр. ЛФ, *Зайцев В.В.* 6к. 637гр. ЛФ
Руководитель темы: *Иванов М.А.* доц. каф. общей хирургии, д.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Ежегодно увеличивается количество пациентов с атеросклеротическим поражением магистральных артерий, значительной части которых требуется оперативное вмешательство. Изменения пищеварительного тракта у пациентов с мультифокальным атеросклерозом нередки и многообразны. Необходимость оценки состояния проксимальных сегментов пищеварительного тракта у таких пациентов обусловлена частым возникновением желудочно-кишечных кровотечений в послеоперационном периоде.

Цель

Определить степень изменений проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта и их влияние на течение послеоперационного периода у больных генерализованным атеросклерозом.

Материалы и методы

В основу работы легли наблюдения над 192 пациентами, страдающими распространённым атеросклерозом с поражением различных сосудистых бассейнов. Состояние сосудистого русла изучалось посредством клинических тестов, дуплексного сканирования, КТ - и МРТ-ангиографии. Изменения со стороны органов пищеварения изучались как физикальными методами, так и при помощи эндоскопического, ультразвукового и морфологического методов. Из биохимических показателей оценивались ферменты (АЛТ, АСТ), липидограмма, содержание общего белка в плазме крови, фибриногена и С - реактивного белка.

Полученные результаты

По итогам исследования наблюдаемых пациентов было выявлено, что у больных со степенью ишемии IIБ по Fontain – А. В. Покровскому преобладал гастрит (73, 8%); эрозии и язвы желудка встречались значительно реже (7, 1% и 19, 0% соответственно). У пациентов с ишемией III степени существенно возрастала доля эрозивных изменений вплоть до 50% наблюдений (p=0, 0001). У пациентов, принимавших нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), эрозии слизистой оболочки желудка отмечались в 44, 3% случаев, а язвы в 19, 3%. У группы больных, не получавших НПВП, в большинстве случаев выявлялся гастрит – 56, 7%, а эрозивные изменения слизистой составили 26, 8%. Оценивая состояние слизистой желудка, учитывали инфицированность H. pylori. Было установлено, что при обсеменённости слизистой желудка H. pylori (2) в 68, 9% случаев развивался гастрит, 23, 0% составили эрозии, в то время как при более выраженном воздействии (H. pylori 3) число эрозий составило 52, 0%, а в 24, 0% случаев обнаруживались язвы (p=0, 008,). Часть пациентов получала антисекреторную терапию в периоперационном периоде (ингибиторы протонной помпы). У них доминировали изменения слизистой желудка по варианту гастрита (56, 2%), тогда как у лиц, не принимавших

антисекреторные препараты, отмечалась склонность к преобладанию эрозивных и язвенных изменений слизистой – 45, 2% и 27, 4%, соответственно (p=0, 001). Также было доказано влияние язвенного анамнеза, употребления алкоголя, уровня поражения магистральных артерий, риска ASA, наличия печёночной дисфункции на состояние слизистой желудка.

Выводы

Вероятность эрозивно-язвенных изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки увеличивается у пациентов с критической ишемией, систематическим употреблением алкоголя, использованием нестероидных противовоспалительных средств, инфицированием H. pylori, значительной тяжестью состояния по ASA и гипопротеинемией. В послеоперационном периоде частота желудочных кровотечений возрастает в случае анамнестического упоминания о наличии язвенной болезни и отсутствия использования антисекреторных средств.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВАРИАНТОВ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АОРТО-ПОДВЗДОШНОМ СЕГМЕНТЕ.

Лучинина Д.В. 6к. 650гр. ЛФ, *Лущай В.В.* 6к. 649гр. ЛФ, *Шоназарова У.С.* 6к. 650гр. ЛФ, *Бондаренко П.Б.* 4к. 444гр. ЛФ

Руководитель темы: *Иванов М.А.* доц. каф. общей хирургии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Итоги реконструктивных вмешательств на аорто-подвздошном сегменте остаются неудовлетворительными. Различные варианты реконструкции характеризуются неодинаковыми исходами и отдалёнными результатами. Шунтирующие вмешательства перспективны в поздние сроки, эндартерэктомия остается менее травматичной операцией, которая может быть выполнена у больных с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями.

Цель

оценить ранние и отдалённые результаты реконструктивных вмешательств на аорто-подвздошном сегменте у больных с распространённым атеросклерозом.

Материалы и методы

в основу работы легло подведение итогов оперативных вмешательств у 53 пациентов, оперированных в отделении ангиохирургии СЗГМУ им. И. И. Мечникова. Из них в 17 случаях выполнено аорто-бедренное шунтирование, у 36 больных осуществлена эндартерэктомия. Анализировалась проходимость оперированного сегмента, влияние на результат вмешательства сопутствующих заболеваний.

Полученные результаты

При выявлении у оперируемых лиц признаков хронической почечной недостаточности результаты эндартерэктомии ухудшались вплоть до полного отсутствия проходимости оперированного сегмента в отдалённые сроки. В случае благополучных показателей функции почек тромбоз оперированного сегмента после операции отмечен у 8, 6% больных, до 3-х лет проходимость подвздошных артерий сохранялась у 62, 9% больных, более 3-х лет - у 28, 6% лиц. Перенесённый инфаркт миокарда после эндартерэктомии негативно сказывался на исходах оперативных вмешательств (33% тромбозов в ранние сроки), а также отдалённых результатах: через 3 года у всех пациентов с постинфарктным кардиосклерозом отсутствовала проходимость подвздошных артерий. В отличие от эндартерэктомии при шунтирующих операциях тромбоз шунта в поздние сроки наблюдался у больных сахарным диабетом.

Выводы

эндартерэктомия в поздние сроки характеризуется относительно удовлетворительными результатами (проходимость анализируемого сегмента в течение трех лет имела место у двух пациентов из трех оперированных). Данное вмешательство может быть выполнено у лиц с тяжёлой сопутствующей патологией. Неблагоприятные кардиоваскулярные события, нарушение углеводного обмена негативно сказывается на итогах всех типов реконструктивных воздействий на аорто-подвздошном сегменте.

СТРУКТУРА ПЕРИТОНИТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ

Евсеева О.В. 4к. 443гр. ЛФ, *Богачева К.А.* 4к. 418гр. МПФ, [1]*Хардиков М.А.* 5к. 544гр. ЛФ, *Круглов А.Н.* асп. 2013-го года каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля
Руководители темы: *Дрогомирецкая Е.И.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, к.м.н., *Ерохина Е.А.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Перитонит – одно из самых часто встречающихся и грозных осложнений у больных хирургического профиля, сопровождающееся 20-30% летальностью (Щуркалин Б. К., 2000). Все перитониты требуют экстренного оперативного вмешательства, так как сопровождаются тяжелыми патофизиологическими реакциями с нарушением функционирования всех систем гомеостаза. Академик А. Н. Бакулев назвал перитонит никогда не стареющей проблемой.

Цель

Улучшить качество лечения пациентов. Снизить количество осложнений и летальность.

Материалы и методы

Работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля. Обработаны данные оперативных вмешательств 185 пациентов, за период с 1999 по 2013 гг.

Полученные результаты

Наиболее частой причиной местного перитонита явился острый флегмонозный аппендицит у 68 пациентов. Острый гангренозный аппендицит, как причина местного и разлитого перитонита, выявлен у 24 пациентов. Перфорация полого органа (язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, раковой опухоли желудка, толстой кишки) встретились у 37 пациентов, острый флегмонозный и острый гангренозный холецистит у 17 пациентов, примерно с равной частотой. К более редким причинам перитонита относятся мезентериальный тромбоз – 5 пациентов, острая кишечная непроходимость – 19 пациентов, токсический мегаколон при неспецифическом язвенном колите – 3 пациента, панкреонекроз – 7 пациентов и послеоперационный перитонит – 5 пациентов. Стоит отметить, что 64% пациентов старше 40 лет. Частота встречаемости перитонита у мужчин и женщин примерно одинакова. У 70, 1% пациентов экстренная операция начата на вторые сутки от начала заболевания или позже (максимально – на 10 сутки), в связи с поздним обращением пациента за медицинской помощью. Время от момента поступления в стационар до начала операции колебалось от 1, 5 часов до трех суток, что было связано с трудностью диагностики или необходимостью предоперационной подготовки, однако у 72 пациентов не превышало 2 часов. В лечении пациентов широко применялись малоинвазивные технологии (эндовидеохирургические, чрескожные пункционные вмешательства под контролем УЗИ и МСКТ); интраоперационно использовались возможности современного инструментария (аппарат LigaSure, аргоноплазменная коагуляция, линейные и циркулярные сшивающие аппараты и др.); в соответствии с действующими стандартами проводилась антибактериальная терапия, нутриционная поддержка, цитопротективная, дезинтоксикационная терапия. Послеоперационный койко-день в отдельных случаях превышал 60 дней, 23 пациента находились в ОРИТ более 10 суток. Общая летальность составила 8, 1% (15 пациентов), причиной смерти явилась гнойная интоксикация и полиорганная недостаточность у всех пациентов.

Выводы

Таким образом, несмотря на то, что перитонит остается одним из самых опасных осложнений острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, современные подходы к лечению пациентов в условиях хирургического отделения университетской клиники позволили снизить количество осложнений и летальность.

ТРУДНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Исакова В.Ю. 6к. 662гр. ФИУ
Руководители темы: *Топузов Э.Э.* проф. каф. госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля, д.м.н., *Дрогомирецкая Е.И.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Согласно данным ВОЗ каждая пятая женщина в Европейском регионе заболевает раком до достижения 75-летнего возраста. Первое место (28, 0%) среди различных форм рака занимает рак молочной железы, а 10, 3% пациенток погибают от дальнейшего прогрессирования онкологического заболевания в течение одного года после постановки диагноза. В структуре смертности, по статистике ВОЗ, рак молочной железы стоит на первом месте - 17, 0% (Колядина И. В., 2007).

Цель

Изучить причины интраоперационных ошибок в определении объема оперативного вмешательства при раке молочной железы.

Материалы и методы

Работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии им. В. А. Оппеля, исследование пилотное. В основу взята случайная выборка историй болезни 30 пациенток, оперированных по поводу рака молочной железы за период с 2006 по 2013 гг.

Полученные результаты

Из 30 случайным образом отобранных историй болезни пациенток с предоперационным диагнозом рака молочной железы выявлено 4 (13, 3%) случая несовпадения результатов срочного цитологического и гистологического (замороженные срезы) исследований интраоперационного материала с данными окончательного гистологического исследования (по залитому материалу). Соответственно, в 4 случаях из 30 вследствие ошибочного отрицательного результата срочного гистологического исследования, пациенткам выполнено недостаточное по объему оперативное вмешательство. Сроки получения окончательного результата гистологического исследования составили не менее 10 дней. Повторные оперативные вмешательства на молочной железе выполнены радикально и в полном объеме. Анализ факторов, повлиявших на выбор тактики лечения в представленных случаях выявил следующее: на первом месте – объективные недостатки самого метода срочного патогистологического исследования, на втором месте – особенности субъективной оценки хирургом всего комплекса дооперационных и интраоперационных данных в плане риска необоснованного расширения объема оперативного вмешательства.

Выводы

Необходимо улучшать методы интраоперационной диагностики рака молочной железы и вводить в практику новые методики.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА И СТАРШЕ В КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ В 1992-2011ГГ.

Джаппуева Д.И. 6к. 604гр. ПФ
Руководитель темы: *Хутиев Ц.С.* проф. каф. общей хирургией с лучевой диагностикой и лучевой терапией, д.м.н.
СОГМА, Владикавказ

Актуальность

Заболеваемость раком молочной железы (РМЖ) растет во всем мире. Результаты активной выявляемости в ранней стадии, результаты лечения и прогноз заболевания в России остаются неудовлетворительными.

Цель

Усовершенствование методов ранней диагностики и улучшение результатов лечения РМЖ у женщин фертильного возраста и старше в Кабардино-Балкарской республике.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 3288 историй болезни и изучены сведения о больных злокачественными новообразованиями (форма № 35 и № 7) за 20 лет.

Полученные результаты

В репродуктивном возрасте (20-49 лет) в 1992г. было зарегистрировано 64 (38, 8%) больных, что составляет 20, 4 (на 100тыс. женщин этого возраста). В 20-24 года - 1, 6%; 25-29 - 0; 30-34 - 7, 8%; 35-39 лет - 26, 6%; 40-44 - 32, 8% и 45-49 лет - 31, 2%.

В 2011г. в фертильном возрасте РМЖ выявлен у 66 (27, 4%) больных, т. е. 25, 0 (на 100тыс. женщин этого возраста), что в 1, 2 раза выше показателя 1992г. В 20-24г. –0%; 25-29 –3, 03%; 30-34 –7, 6%; 35-39 –16, 6%; 40-44 года –27, 3% и 45-49 лет –45, 5%.

Итак, заболеваемость РМЖ в фертильном возрасте в 2011 г. по сравнению с 1992г. увеличилась в 1, 2 раз, а у всего женского населения она выросла в 1, 4 раза.

В 1992г. РМЖ старше 50 лет выявлен у 101 (61, 2%) больной, что составляет 89, 0 (на 100тыс. женщин этого возраста).

В 2011 году РМЖ у женщин старше 50 лет установлен у 175 (72, 6%) больных, что соответствует 133, 5 (на 100тыс. женщин этого возраста), превышающий в 1, 5 раза показатель 1992г.

РМЖ (2011г.) активно выявлен у 14, 1% больных, что на 2% выше показателя 1992г, в ранней (I-II) стадии заболевания выявлено у 52, 3%, на 3, 8% выше показателя 1992г, а запущенность (III- IVст.) - 45, 2%, на 6, 3% ниже показателя 1992г. Пять лет и более прожили 55, 1% больных, что на 5, 1% лучше показателя 1992г. (50, 1%).

"Грубый" показатель смертности в 1992г. составил 22, 7, а в 2011г. - 26, 5 (на 100тыс. женского населения), что в 1, 2 раза больше по сравнению с 1992г.

Выживаемость 5 лет и более по официальным данным улучшилась незначительно: 1992-1996гг. - 53, 9%; 2007-2011гг. - 56, 17%. По изученным нами 500 историям болезни умерших пятилетняя выживаемость составила 37%.

Прогноз заболеваемости на ближайшие 20 лет по нашим подсчетам составит 64, 6 (на 100 тыс. женского населения).

Выводы

Заболеваемость РМЖ в КБР выросла в 1, 4 раза за счет возрастной группы женщин фертильного возраста (1, 2) и женщин 50 лет и старше (1, 5). Активная выявляемость больных низкая, запущенность высокая. Летальность больных не снижается. Выживаемость больных 5 лет и более остается низкой. Для улучшения оказания онкологической помощи при РМЖ в КБР необходимо внедрение скрининговых программ по ранней диагностики этой локализации рака.

ФАКТОРЫ РИСКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПОЯВЛЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АНГИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Кебряков А.В. 5к. 541гр. ЛФ, *Жукова М.А.* 3к. 307гр. МПФ, *Бондаренко П.Б.* 4к. 444гр. ЛФ
Руководитель темы: *Иванов М.А.* доц. каф. общей хирургии, д.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

У больных ангиохирургического профиля нередки случаи возникновения периоперационных отклонений гемодинамики, что является угрозой для возникновения опасных осложнений в раннем послеоперационном периоде. Изучение факторов риска кардиоваскулярной нестабильности является одной из составляющих решения данной проблемы.

Цель

Целью настоящего исследования явилось изучение основных факторов риска развития периоперационной кардиоваскулярной нестабильности, а также влияния отклонений гемодинамики на развитие потенциально опасных осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных атеросклерозом.

Материалы и методы

Обследовано 130 больных, подвергшихся оперативным вмешательствам по поводу атеросклеротического поражения магистральных артерий. В основную группу вошли 69 больных. Критерием включения служило наличие гемодинамически значимых отклонений частоты сердечных сокращений (ЧСС) и среднего артериального давления (СрАД). В контрольную группу вошли 61 пациент без гемодинамически значимых колебаний СрАД и пульса в периоперационном периоде.

Полученные результаты

В ходе исследования было обнаружено, что доля больных с колебаниями гемодинамических параметров была значительно выше среди пациентов с критической ишемией нижних конечностей и составила 67% в исследуемой группе (p<0, 05, OP=1, 4, c=0, 38).В исследуемой группе отмечалась высокая встречаемость стенокардии I-II функционального класса и постинфарктного кардиосклероза (54% и 57%, соответственно) у больных с периоперационными колебаниями СрАД (p<0, 05, OP=1, 5, c=0, 45).Также достоверные результаты показали такие критерии как неконтролируемая гипертензия, диастолическая дисфункция, а также продолжительность оперативного вмешательства более 4 часов.В основной группе наблюдалось в общей сложности 16 осложнений, а в контрольной группе – одно осложнение (p<0, 05).Общая летальность в раннем послеоперационном периоде в основной группе составила 16% (11 человек).В контрольной группе летальных исходов не наблюдалось.

Выводы

Выявлены следующие факторы риска кардиоваскулярной нестабильности в периоперационном периоде: наличие у больного критической ишемии нижних конечностей, стенокардии I-II ФК, неконтролируемой гипертензии, диастолической дисфункции, а также продолжительность оперативного вмешательства более 4 часов. Периоперационные отклонения гемодинамики достоверно увеличивают вероятность осложненного течения послеоперационного периода.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Першина А.С.

Руководители темы: *Земляной В.П.* проф. каф. факультетской хирургии им И.И.Грекова, д.м.н., *Филенко Б.П.* проф. каф. факультетской хирургии им И.И.Грекова, д.м.н.

СЗГМУ им И.И.Мечникова

Актуальность

Хирургия печени является одним из самых сложных разделов современной хирургии (Yaman Fond, 2001). Очаговое образование печени — истинное замещение функционирующей печёночной паренхимы единичными или множественными патологическими образованиями. Выделяют доброкачественные и злокачественные очаговые поражения печени, а так же кисты различной природы. Частота их, в связи с внедрением методик прямой визуализации, за последние годы резко увеличилась. Среди очаговых заболеваний печени наиболее часто встречаются вторичные злокачественные опухоли, которыми в 4 раза чаще болеют мужчины (Скипенко О. Г. и соавт., 2003). При этом чаще страдают лица второй половины жизни.

Цель

Оценить возможные варианты хирургического лечения очаговых заболеваний печени

Материалы и методы

Произведен ретроспективный анализ хирургического лечения очаговых образований печени у 66 пациентов, находившихся на лечении в клиниках кафедры факультетской хирургии им. И. И. Грекова, СЗГМУ им. И. И. Мечникова, с 2000 по 2014гг.

Полученные результаты

Среди оперированных больных, причинами поражения печени оказались опухоли и кисты различной природы. По поводу метастатических поражений печени оперировано 35 пациентов; первичных опухолей и кист - 31. В 19 случаях это были кистозные образования (эхинококк или гемангиома). Из 12 оперированных по поводу первичных опухолей, у 10 они были доброкачественной природы, в 2 случаях – злокачественные. Поражение одной доли имело место у 43 оперированных, обеих у 23. Патологический очаг чаще располагался в правой доле (31). На выбор объема хирургического вмешательства, помимо вида и распространенности патологического процесса, влияли возраст и сопутствующие заболевания. Пациентам выполнялись хирургические вмешательства различного объема – от энуклеации патологического образования до гемигепатэктомии. Так необходимость правосторонней гемигепатэктомии возникла в 2 случаях. Из них одному пациенту помимо правой гемигепатэктомии пришлось ещё выполнить атипичную резекцию левой доли печени. Левая доля печени была резицирована у 4 больных. Одномоментное удаление нескольких сегментов произведено 6 (7%) больным, одного – 8 (12%). Хирургическое лечение, в связи с распространенностью опухолевого процесса, у 23 (33%) больных закончилось диагностической лапаротомией. Химиоэмболизация и перевязка печеночной артерии произведена 10 (15%) раз. Во время хирургического лечения эхинококкоза, из 10 случаев, в 6 удалось выполнить органсохраняющие операции. Так идеальная эхинококкэктомия выполнена 4 (6%) пациентам, перицистэктомия – двоим. У всех больных страдавших гемангиомами печени (9), операция заключалась в резекции одного или нескольких её сегментов. В одном случае помимо энуклеации гемангиомы возникла необходимость в резекции 6, 7 сегментов печени. У больных, с поражением обеих долей печени (22), хирургическое лечение удалось выполнить только в 6 случаях. 16 раз оно носило диагностический характер. Таким образом, основную группу оперированных пациентов составили больные с опухолевыми поражениями печени. Из хирургических вмешательств на печени преобладали лоб- и сегментэктомии

Выводы

Наличие патологических образований в печени является показанием для хирургического лечения - резекции печени; 2. Резекция печени является эффективным хирургическим средством, позволяющем предупредить прогрессирование заболевания, развитие осложнений и улучшить качество жизни. 3. Операции на печени должны выполняться в специализированных гепатологических отделениях.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Артюкевич Д.И. 5к. 8гр. ЛФ
Руководитель темы: *Пакульневич Ю.Ф.* асс. каф. общей хирургии
ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Актуальность

Лечение пациентов с острым деструктивным панкреатитом является одной из сложных проблем экстренной хирургии. Это связано с трудностями в определении формы острого панкреатита, прогнозировании течения заболевания, выбором сроков и методов оперативного лечения, высокой летальностью. Внедрение в хирургическую практику новых технологий, совершенствование инструментальных методов исследования, использование малоинвазивных вмешательств позволяет пересмотреть некоторые вопросы лечебной тактики.

Цель

Проведение анализа и оценки современных возможностей хирургического лечения пациентов с острым деструктивным панкреатитом.

Материалы и методы

С 2006г. по 2013г. в клинике общей хирургии ГрГМУ на лечении находились 2809 больных панкреатитами. Хронический рецидивирующий панкреатит диагностирован у 1473 (52, 4%), острый у 1173 (41, 75%), острый некротический панкреатит установлен у 163 (5, 803%) больных. Возраст больных варьировал от 17 до 96 лет. Средний возраст больных женщин составил 51, 9±1, 63 лет и мужчин 47, 03±1, 43 лет. Установлено, что у пациентов пожилого возраста основной причиной острого деструктивного панкреатита была желчекаменная болезнь и ее осложнения, у пациентов молодого и среднего возраста – употребление алкоголя и его суррогатов.

Полученные результаты

Проведен анализ результатов лечения 163 больных острым деструктивным панкреатитом. Лечение больных в стадии токсемии было, преимущественно, консервативным. Лапароскопия выполнялась при появлении или нарастании признаков ферментативного перитонита у 106 (54, 9%) больных. Во время лапароскопии проводилась санация и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости, с последующим перитонеальным диализом. У 36 из них данный объем операции дополнен наложением холецистостомы. При наличии желчной гипертензии и механической желтухи выполнялось чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря под УЗ-контролем. При формировании объемных образований в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке также осуществлялась их пункция и дренирование под УЗ-наведением.

Выводы

Применение малоинвазивных вмешательств в сочетании с интенсивной антибактериальной, дезинтоксикационной и посиндромной терапией во многих случаях позволило отказаться от лапаротомий, уменьшить количество гнойных осложнений и снизить летальность при остром деструктивном панкреатите.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОКЛЮШЕМ НА ТЕРРИТОРИИ КАЛИНИНСКОГО И ВЫБОГСКОГО РАЙОНОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ЗА ПЕРИОД С 2008 ПО 2013 ГОД

Воробьева В.А. 5к. 513гр. МПФ, *Бунтовская А.С.* 5к. 514гр. МПФ, *Лаба Д.В.* 5к. 507гр. МПФ
Руководитель темы: *Иванова Т.Г.* доц. каф. эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Несмотря на активную иммунизацию против коклюша заболеваемость данной инфекцией не снижается до спорадического уровня и регистрируются очаги с тремя и более случаями в детских организованных коллективах. Параллельно увеличивается число заболеваний не только среди непривитых детей, но также и у привитых, утративших поствакцинальный иммунитет. Трудности дифференциальной диагностики на ранних стадиях заболевания приводят к низкому проценту высеваемости возбудителя на поздних сроках обследования. Таким образом, коклюш в нашей стране требует пристального внимания, как со стороны эпидемиологов, так и клиницистов.

Цель

Оценить заболеваемость коклюшем на территории Калининского и Выборгского районов Санкт-Петербурга за период с 2008 по 2013 год.

Материалы и методы

В работе использовались отчётные данные ТУ Роспотребнадзора Калининского и Выборгского районов, а также данные охвата прививками против коклюша декретированных возрастов (ф. 112/у, ф. 063/у). В работе использовался ретроспективный эпидемиологический

анализ заболеваемости за 2008-2013 годы, наблюдение за уровнем иммунизации (охват профилактическими прививками).

Полученные результаты

В ходе проведенного анализа заболеваемости коклюшной инфекцией в Калининском районе г. СПб с 2008 по 2013 год, выявлено, что показатели заболеваемости за этот период имели выраженные колебания. В последние годы (по 2012) отмечалась тенденция к росту (в 2008 году – 9, 6 на 100 тыс. населения, а в 2012 – 13, 4 на 100 тыс. населения). Ситуация в Выборгском районе идентична (в 2008 году – 14, 1 на 100 тыс. населения, а в 2012 году – 18, 3 на 100 тыс. населения). Коклюшная инфекция за исследуемый период характеризовалась осеннее – зимней сезонностью, которая обусловлена влиянием социального фактора - формирование новых коллективов детей осенью и снижением иммунологической реактивности макроорганизма зимой. При анализе многолетней динамики заболеваемости коклюшем по группам населения в Калининском районе СПб за 2008-2013 год установлено, что в эпидемический процесс вовлекались в основном школьники 7-14 лет (50%). Удельный вес детей 0-2 года составил 14, 1%, детей 3-6 лет – 15, 3%. Взрослые также вовлекались в эпидемический процесс (5 случаев в 2012 году). В Выборгском районе наибольший удельный вес составили дети от 0 до 2 - 39, 8%, дети от 3-6 лет – 22, 7%, дети от 7-14 лет – 32, 9%, взрослые – 4, 6%. Можно предположить, что для эпидемического процесса коклюша в Калининском районе СПб в 2013 году наибольшее значение имела группа школьников 7-14 лет, что свидетельствует о снижении иммунитета у данной группы. В Выборгском районе группой риска явились дети от 0 до 2 лет. Для СПб характерна трехлетняя цикличность заболеваемости коклюшем и её уровень превышает средний показатель заболеваемости по РФ в 3, 7 раза. Проведенные в 2009г. совместно с СПб НИИЭМ им. Пастера серологическое исследование напряженности иммунитета у детей 3-4 лет, получивших полный курс прививок, показали наличие защитного уровня антител лишь у 30% привитых детей. К 6-7 годам выявлено снижение защитного уровня антител еще в 2 раза.

Выводы

Выявленные особенности отражают общую закономерность: заболеваемость коклюшем смещается на более старшую возрастную группу, при этом болеют ранее привитые, что говорит о недостаточной эффективности имеющейся вакцины. Рост заболеваемости в анализируемый период обусловлен, скорее всего, снижением иммунной прослойки восприимчивых контингентов, сложившимися в связи с множественными отказами от вакцинации против коклюша в предыдущие годы, нарушения в схеме иммунизации по причине временных мед. отводов; отказ родителей от прививок, что связано с неосведомлённостью вопросов о вакцинопрофилактике.

ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Лебедева Е.А. 5к. 503гр. МПФ

Руководитель темы: *Иванова Т.Г.* доц. каф. эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Актуальность темы обусловлена тем, что гемофильная инфекция (Hib-инфекция) вызывает широкий спектр клинических форм преимущественно среди детей до 5лет (гнойные отиты, синуситы, эпиглоттиты, пневмонии). Наиболее тяжелой формой Hib-инфекции является гнойный бактериальный менингит, который приводит к тяжелой инвалидности и высокой летальности. В нашей стране регистрация данной инфекции началась с 2006г, причем не в полном объеме, поэтому трудно оценить распространенность гемофильной инфекции как в целом по РФ, так и г. Санкт-Петербурге.

Цель

Целью данной работы явилось оценка эпидемической ситуации в отношении гемофильной инфекции в г. Санкт-Петербург.

Материалы и методы

В работе использовались отчетные данные Роспотребнадзора г. Санкт-Петербурга. В ходе работы был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости гемофильной инфекцией в г. Санкт-Петербурге

Полученные результаты

Изучение развития эпидемического процесса в Санкт-Петербурге показало, что в этиологической структуре гнойных менингитов у детей до 14 лет в 2012-2013гг. Hib-инфекция занимает второе место после менингококковой инфекции (19, 3-25, 7%). В возрастной структуре заболеваний гемофильной инфекцией преобладают дети до 2 лет 68, 4% из них дети 1-2 года составили 42, 1%. Среди детей старше 7 лет за период с 2005 по 2008гг. случаев заболеваний гемофильной инфекцией не выявлено. Такое распределение заболеваний Hib-инфекцией по возрастам (с преобладанием у детей до 5 лет) связано с особенностью функционирования иммунной системы у детей, а также с особенностью строения возбудителя: бактерия ХИБ покрыта защитной капсулой из особого полисахарида, которая делает бактерию "невидимой" для Т-лимфоцитов, что в несколько раз снижает способность организма вырабатывать иммунитет к Hib-инфекции. Это лишает организм способности формировать длительный иммунитет, а у детей до 5 лет включительно делает невозможной выработку достаточного для защиты количества антител. Данная инфекция характеризуется высокой летальностью в доприививочный период (18, 7 на 100тыс. населения - 2004г.; 3, 5 на 100тыс. населения – 2009г.). Единственным средством профилактики гемофильной инфекции является вакцинация. Детей в возрасте до 1 года вакцинация защищает от самых опасных форм гемофильной инфекции менигита и пневмонии, поскольку пик заболеваемости этими формами инфекции приходится на возраст 6-12 месяцев. Для детей, которые начинают прививаться в возрасте старше 12 месяцев, прививка защищает от других ХИБ-инфекций – ОРЗ, пневмонии, острого среднего отита, бронхита. По данным ВОЗ широкое использование вакцин против гемофильной инфекции в развитых странах привело к почти полной элиминации в этих странах заболеваний, вызванных гемофильной палочкой типа b. Основываясь на высокой эффективности прививок, ВОЗ в 1997 г. рекомендовала включить иммунизацию против гемофильной инфекции в национальные календари вакцинации во всех странах мира, в которых заболевание является актуальным и имеются необходимые финансовые средства. Вакцинация против Hib-инфекции была включена в Российский Национальный календарь профилактических прививок в 2011г., но к сожалению вакцины отечественного производства пока нет и вакцинация проводиться не в полном объеме.

Выводы

Таким образом, ситуация по Hib-менингитам остается напряженной особенно у детей до двух лет, что требует дальнейшего изучения данной инфекции и усовершенствования ее лабораторной диагностики. Необходимо активно внедрять вакцинопрофилактику против Hib-инфекции среди детей г. Санкт-Петербурга.

ШТАММЫ-МУТАТОРЫ В ПОПУЛЯЦИЯХ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА РАЗЛИЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Мохов А.С. 5к. 503гр. МПФ, *Азаров Д.В.* 6к. 614гр. МПФ

Руководитель темы: *Гончаров Е.А.* доц. каф. эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Мутационные события играют важнейшую роль в адаптации бактерий к меняющимся условиям внешней среды. [Taddei, F., M. Radman, J. Maynard-Smith, B. Toupance, P. H. Gouyon, B. Godelle. 1997.]. Продемонстрировано, что штаммы, имеющие повышенную частоту мутаций

(мутаторы), широко распространены среди клинически и эпидемиологически значимых популяций патогенных и условно-патогенных бактерий [Li, B., Tsui, H. C., LeClerc, J. E., Dey, M., Winkler, M. E. & Cebula, T. A. (2003).]. На сегодняшний день, остается невыясненным, в какой степени мутаторный генотип ассоциирован у возбудителей инфекционных заболеваний человека с эпидемическими свойствами

Цель

Целью настоящего исследования было изучение частоты мутаций к рифампицину у штаммов Staphylococcus aureus, представляющих эпидемические и неэпидемические клональные линии.

Материалы и методы

В работе использовались штаммы S. aureus, отнесенные по данным предварительного генетического типирования к различным spa-сиквенстипам. В частности, в исследования включены штаммы MRSA эпидемического клонального комплекса CC8/239, spa-типов t008, t030, t037, штаммы MSSA различных spa-типов, обусловившие развитие амбулаторных гнойно-септических инфекций и штаммы, выделенные при обследовании практически здоровых носителей в нескольких географических регионах России (Чукотка, Санкт-Петербург) (всего 39 штаммов). Идентификация частоты мутаций проводилась на агаре АГВ с рифампицином в концентрации 100 мг/мл согласно [O'Neill, A. J., and I. Chopra. 2002.]

Полученные результаты

Установлено, что частоты мутаций как для эпидемических, так и для неэпидемических изолятов S. aureus находятся в диапозоне от 10 -4 до 10 -6, причем 6 из 16 штаммов эпидемического клонального комплекса CC8/239 имели частоты мутаций большие, чем 10 -5, что может быть расценено, как гипермутабельный генотип.

Выводы

Таким образом, представляется целесообразным более детальное изучение эпидемического значения штаммов-мутаторов в клинических популяциях MRSA, включая идентификацию конкретных генетических событий, приводящих к формированию гипермутабельного генотипа.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО КОРИ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ – АЛАНИЯ ЗА 2004-2013 ГОДЫ

Джаджиева М.Ю. 6к. 605гр. МПФ, *Царикаева М.С.* асс. каф. общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медико-профилактического факультета, *Кулаев А.М.* асс. каф. общественного здоровья, здравоохранения и гигиены

Руководитель темы: *Бутаев Т.М.* проф. каф. общественного здоровья, здравоохранения и гигиены, д.м.н.

СОГМА, Владикавказ

Актуальность

Корь является одной из самых заразных вирусных инфекций, источником которой является больной человек. Опасны возможные осложнения после перенесенной инфекции со стороны центральной нервной системы, дыхательной системы, желудочно - кишечного тракта. В ряде случаев заболевание имеет летальный исход.

Цель

Целью проведенного исследования явилось изучение эпидемиологической ситуации по коревой инфекции в Республике Северная Осетия - Алания за период с 2004-2013 годы.

Материалы и методы

Материалом проведенного исследования служили данные, предоставленные Управлением Роспотребнадзора по Республике Северная Осетия-Алания (РСО-Алания), анализ и обработка данных журнала регистрации экстренных извещений об инфекционном заболевании, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку, форма № 056/у о случае кори, краснухи, эпидемического паротита, СП 3. 1. 2952-11 "Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита".

Полученные результаты

В РСО-Алания с августа 2004 г. по декабрь 2011 г. не регистрировались случаи заболевания корью. С 1 декабря 2011 г. (после семилетнего перерыва) был зарегистрирован случай заболевания коревой инфекцией у 27-летнего жителя ст. Луковской Моздокского района, находившегося в контакте с больным корью в Чеченской республике. Диагноз подтвержден в Региональном центре по надзору за корью (г. Ростов-на-Дону) 01. 12. 2011 г. Всего в 2011 г. с подозрением на корь выявлено 36 больных, в 31 случае (86, 1%) диагноз подтвержден лабораторно, в 5 случаях – результаты негативные (таблица № 1). Удельный вес детей до 14 лет, заболевших корью, составил 58, 1% (18 чел.), лиц в возрасте 18 лет и старше - 41, 9% (13 чел.). Отмечены случаи заболевания у 4 (12, 9%) вакцинированных и у 3 (9, 7%) ревакцинированных лиц. Не привито 22 чел., из них 16 – по возрасту, 3 – медотводы, 3 – отказы. В 2012 г. в республике зарегистрировано 70 случаев заболевания корью. Из числа заболевших детей до 14 лет - 28, 5%, взрослых - 71, 5%. Среди заболевших корью взрослых преобладали лица с неизвестным прививочным анамнезом - 40, 5%, не болевших корью и не привитых против кори - 30, 9%, привитых против кори - 28, 6%. В 2013 г. зарегистрировано 57 случаев заболевания корью, из них в 52 случаях диагноз подтвержден лабораторно, в 5-ти случаях диагноз «корь вероятная». В общей структуре заболевших в 2013 году доля взрослых составила 73, 7%, из них вакцинированных - 4 (9, 5%), ревакцинированных - 10 (23, 8%), не привитых против кори -19 (45, 2%) и не имели сведений о прививках - 9 (21, 4%). От числа заболевших 26, 3% составили дети до 14 лет. Из них вакцинировано – 2 (13, 3%), ревакцинировано - 1 (6, 7%), не привито по причине медотвода - 2 (13, 3%), не привито без причин - 4 (26, 7%), не имеют сведений о прививках - 6 (40%). Иммунизация против кори детского населения (V-1 год, RV-6 лет) в течение многих лет превышает регламентированный уровень (95, 0%) (таблица № 2), своевременность иммунизации против кори детей в возрасте 24 месяца по итогам 2013 года составила 97, 0% (рисунок № 1). На 01. 01. 2014 г. в рамках проведения дополнительной массовой иммунизации против кори среди лиц до 35 лет привито более 186 тысяч чел., в том числе в 2013 году – 41882 человек.

Выводы

Таким образом, несмотря на проводимые профилактические и противоэпидемические мероприятия в РСО-Алания сложилась напряженная эпидемиологическая ситуация по коревой инфекции. В эпидемический процесс вовлечено в основном взрослое население, не имеющее иммунитета против кори.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРАСНУШНОЙ ИНФЕКЦИИ В ПЕРИОД АКТИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПО ДАННЫМ КРАСНОГВАРДЕЙСКОГО РАЙОНА ГОРОДА САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Гоперхоева Б.Р. 5к. 512гр. МПФ

Руководитель темы: *Иванова Т.Г.* доц. каф. эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Актуальность краснушной инфекции связана со способностью вируса вызывать внутриутробную инфекцию и связанную с этим тяжелую врожденную патологию детей.

Материалы и методы

В работе использовались отчетные данные Роспотребнадзора по Красногвардейскому району, а также сведения о привитости населения с 2003 по 2013гг.. Был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости краснушной инфекцией в Красногвардейском районе с 2003 по 2013гг.. Изучены многолетняя динамика и структура заболеваемости краснушной инфекции.

Полученные результаты

Краснуха до 2000 года являлась неуправляемой инфекцией, поэтому в Санкт-Петербурге в целом и в районе, она занимала довольно высокий удельный вес в структуре воздушно-

капельных инфекций и наряду с ветряной оспой лидировала в этой группе. В 1997 году вакцинация против краснухи введена в национальный календарь прививок, но активная вакцинопрофилактика началась только с 2002 года. Данная мера привела к значительному снижению заболеваемости как среди детей так и взрослых. Группой риска в последние 5 лет являлись организованные дети 3-6 лет и лица от 20 лет и старше, вследствие отсутствия иммунитета у этой категории лиц. Именно эта группа представляет особую опасность, так как среди них есть неиммунные беременные женщины.

При обследовании беременных методом ИФА в 2009 году было выявлено 12, 4% серонегативных; в 2010 году - 8, 26% серонегативных, что говорит о необходимости продолжения вакцинации женщин детородного возраста. С целью профилактики врожденной краснухи в 2008 году в рамках национального проекта вакцинировали женщин от18 до 25 лет, ранее не привитых и не болевших краснухой, что привело к снижению заболеваемости данного контингента. Процент охвата прививками как в целом по городу Санкт-Петербург, так и в Красногвардейском районе составляет в последние годы среди детей от 0 до 2-х лет 97, 2%, среди детей от 8 до 17 лет 96, 6%.

За последние 10 лет на фоне активной вакцинопрофилактики краснушной инфекции, заболеваемость краснухой в Красногвардейском районе резко снизилась (в 2003г. -133, 6 на 100 тыс. населения, в 2012г. -0, 3 на 100 тыс. населения). В целом данная ситуация сопоставима с Санкт-Петербургом, где заболеваемость также снизилась и составила в 2013году- 0, 93 на 100 тыс. населения.

Используемая тактика вакцинопрафилактики привела к резкому снижению заболеваемости во всех возрастных группах, что говорит о её эффективности.

Выводы

Таким образом, краснушная инфекция стала управляемой, благодаря внедрению программ вакцинопрафилактики, что позволило резко снизить общую заболеваемость и соответственно снизить риск краснухи у беременных женщин и как следствие, риск возникновения внутриутробной инфекции у плода. Необходимо продолжать вакцинацию не только детей, но и непривитых женщин, для того, чтобы исключить заболевание краснухой среди беременных женщин, которые могут быть в контакте с больными.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА PPAR-Г.

Шанусь И.В. 6к. 610гр. МПФ, *Шроль С.Г.* 6к. 610гр. МПФ, *Ерёменко Т.В.* асс. каф. эндокринологии

Руководитель темы: *Ерёменко Т.В.* асс. каф. эндокринологии

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Метаболический синдром – одна из наиболее актуальных проблем современной медицины. По данным ВОЗ распространённость МС в развитых странах превышает 25% среди населения старше 30 лет, кроме того, всё чаще МС диагностируют у детей и подростков.

Цель

Целью исследования является уточнение некоторых метаболических показателей у больных с МС в зависимости от полиморфизма гена PPAR – γ.

Материалы и методы

Было обследовано 50 пациентов с МС (35 женщин и 15 мужчин). Отбор пациентов проводился по диагностическим критериям, предложенным Международной Федерацией Диабета 2005 года. По этим критериям метаболический синдром диагностируется при наличии

центрального ожирения (окружность талии ≥94 см для европеоидов мужчин и ≥80 см для женщин с учётом этнической специфики для других групп) в сочетании с любыми двумя из четырёх нижеследующих факторов: повышение уровня триглицеридов (>1, 7 ммоль/л), низкий холестерол ЛПВП (<1, 0 ммоль/л у мужчин, <1, 3 ммоль/л у женщин или лечение дислипидемии), повышенное артериальное давление (≥130/85 мм рт.ст.), гипергликемия (плазма крови — гликемия натощак ≥6, 1 ммоль/л или ранее диагностированный сахарный диабет).Средний возраст больных составил 53, 01±0, 80 лет.Критериями включения являлось также отсутствие тяжёлых соматических заболеваний.В 1-ую группу вошли 38 пациентов без полиморфизма гена PPAR-γ, во 2-ую – 12 пациентов с полиморфизмом гена PPAR-γ.Всем больным определяли глюкозу плазмы натощак, биохимическим методом определяли уровень холестерина и триглицеридов в крови.Иммуноферментным методом определяли уровень инсулина плазмы крови натощак.Кроме того, был рассчитан индекс инсулинорезистентности по формуле HOMA-IR= глюкоза натощак (ммоль/л) х инсулин натощак (мкЕд/мл) /22, 5.Наличие полиморфизма гена PPAR-γ определяли методом ПЦР в буккальном соскобе.

Полученные результаты

Уровень глюкозы плазмы натощак в 1-ой и 2-ой группах составил 7, 31±0, 36 ммоль/л и 5, 40±0, 33 ммоль/л соответственно (p<0, 05).Уровень инсулина в группе пациентов без полиморфизма гена PPAR-γ составил 38, 60±2, 55 мкЕд/мл, а у пациентов в группе с полиморфизмом гена PPAR-γ - 26, 70±1, 63 мкЕд/мл (p<0, 05).Уровень холестерина в 1-ой группе составил 7, 39±0, 18 ммоль/л, в свою очередь во 2-ой группе уровень холестерина составил 7, 77±0, 32 ммоль/л (p<0, 05).Уровень триглицеридов в группе пациентов без полиморфизма гена PPAR-γ равен 3, 31±0, 15 ммоль/л, а в группе пациентов с полиморфизмом гена PPAR-γ составил 5, 03±0, 79 ммоль/л (p<0, 05).Индекс HOMA-IR в 1-ой группе составил 11, 82±0, 15, в свою очередь во 2-ой группе индекс HOMA-IR составил 6, 00±0, 15 (p<0, 05).

Выводы

По представленным результатам можно сделать вывод о том, что нарушение углеводного обмена в первой группе пациентов более выражены, что также справедливо в отношении инсулинорезистентности. В то же время, во второй группе уровень триглицеридов крови оказался достоверно выше. Из этого следует, что у больных с полиморфизмом гена PPAR-γ нарушения углеводного обмена преобладают над нарушениями липидного обмена, и, напротив, у больных с полиморфизмом гена PPAR- γ нарушения липидного обмены более выражены, чем нарушения углеводного обмена.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ С ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИЕЙ

Пэтайчук А.Г. 5к. 537гр. ЛФ, *Барышникова Д.Д.* 5к. 538гр. ЛФ
Руководитель темы: *Матезиус И.Ю.* доц. каф. эндокринологии
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) является наиболее частым и наиболее важным экстратиреоидным проявлением аутоиммунных заболеваний щитовидной железы. При ЭОП происходит существенное ухудшение общего качества жизни, связанного с состоянием здоровья и, как правило, оно оказывается ниже, чем при других хронических заболеваниях, даже спустя многие годы после окончания лечения. Данные о качестве жизни пациентов, связанного со здоровьем используются для разработки более эффективных методов лечения, обеспечивающих пациентам приемлемое качество жизни, что и отражает актуальность данной проблемы.

Цель

Целью исследования явилось изучение психологических особенностей у пациентов, страдающих ЭОП.

Материалы и методы

В ходе исследования было обследовано 8 пациентов (6 женщин и 2 мужчины) с ЭОП на фоне болезни Грейвса в возрасте от 29 до 64 лет (средний возраст 48, 6±11, 4 лет). Стаж заболевания – от 4 до 24 месяцев (в среднем 12, 1±6, 4 месяцев). 7 пациентов были в эутиреозе, 1 – с неустраненным тиреотоксикозом. В 7 случаях имелась отечная форма ЭОП, в 1 случае - тиреотоксическая форма ЭОП. Лечение по поводу ЭОП (глюкокортикоиды, рентгенотерапия) получали 6 пациентов. Группу контроля составили 8 здоровых человек, соотносимых по полу и возрасту. Все исследуемые прошли тестирование по следующим категориям: тест оценки психического напряжения, исследование личностной и реактивной тревожности по методике Спилбергера, оценка качества жизни (КЖ) по опроснику GO-QOL для больных с ЭОП.

Полученные результаты

У 50% обследованных пациентов с ЭОП выявлено чрезмерно высокое психическое напряжение (данный показатель отсутствовал в контрольной группе). У 37, 5% пациентов с ЭОП и 62, 5% здоровых отмечено отсутствие психического напряжения. При оценке уровня тревожности показатели личностной тревожности в исследованных группах достоверно не отличались. Средние показатели ситуационной тревожности у больных с ЭОП были достоверно выше таковых в группе контроля (p<0, 05), причем 37, 5% ответов находились в высокотревожной зоне, остальные 62, 5% – в среднетревожной.Показатели ситуационной тревожности в контрольной группе находились в среднетревожном диапазоне.По данным опросника качества жизни для больных с ЭОП выявлены низкие суммарные показатели КЖ (61, 2 балл из 100 возможных).У 2 пациентов (25%) выявлены низкие показатели КЖ, отражающие зрительную функцию и удовлетворенность внешним видом.50% опрошенных показали хорошую удовлетворенность внешним видом (82, 8 балла из 100), которая находилась в прямой зависимости от возраста.

Выводы

Психический статус больных с ЭОП характеризуется высоким уровнем психического напряжения и реактивной (ситуационной) тревожности. Снижение зрительных функций и неудовлетворенность внешним видом оказывают негативное влияние на качество жизни больных. Динамика показателей психического состояния и качества жизни больных с ЭОП после проведенного лечения требует дальнейшего изучения.

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Банникова А.И. 4к. 435гр. ЛФ, *Давыденко Е.А.* 4к. 436гр. ЛФ, *Конкина Н.В.* 4к. 436гр. ЛФ
Руководитель темы: *Хетагурова Ф.К.* доц. каф. эндокринологии, к.м.н.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность

Целиакия - иммуноопосредованное системное заболевание, вызываемое поступлением с пищей глютена у генетически предрасположенных лиц. Распространённость заболевания в разных регионах составляет от 1: 300 до 1: 2000. Преобладающий возраст: два пика заболеваемости - в 1 год и в 30-60 лет.

Выделяется латентная форма целиакии, при которой определяются генетические маркеры HLA-DQ2 или DQ8, но нет выраженной энтеропатии. В таких случаях болезнь может манифестировать в более позднем возрасте и проявляться дефицитными состояниями: рахитоподобным, судорожным синдромами, экхимозами, анемией, повышенной ломкостью костей, что связано с нарушением всасывания кальция в тонком кишечнике. Такие пациенты чаще всего обращаются к дерматологам, ортопедам, травматологам и гематологам.

Цель

Целью нашей работы является информирование врачей раздичных специальностей о подобном течении целиакии.

Материалы и методы

Согласно данным зарубежной литературы 75% взрослых пациентов с установленным диагнозом целиакии страдают от потери костной массы, а при латентной форме течения

болезни в 50% случаев этот симптом может быть первым и единственным. За рубежом до сих пор обсуждается необходимость массового скрининга пациентов с необъяснимой потерей костной массы на наличие маркеров целиакии. В России на сегодняшний момент такой тенденции нет. С подобной проблемой столкнулась пациентка нашей клиники Ш. 46 лет. На протяжении 15 лет специалистами различных клиник на основании жалоб ее состояние расценивалось как остеохондроз, анкилозирующий спондилоартроз. В 2010-2013г. г. пациентка потеряла трудоспособность и возможность вставать с постели, ей была проведена рентгенография скелета и выявлен системный остеопороз с остеомаляцией. Диагноз целиакии был установлен в клинике эндокринологии СЗГМУ им. Мечникова после определения повышенного титра антител к глиадину. Нарушение кальциевого обмена были расценены как вторичный гиперпаратиреоз на фоне синдрома малабсорбции. Было назначено соответствующее лечение - аглютеновая диета, препараты, регулирующие обмен кальция и фосфора, активные метаболиты витамина D3, лечебная физкультура. В дальнейшем отмечалась нормализация лабораторных данных, улучшение самочувствия пациентки и расширение двигательного режима.

Выводы

Таким образом, диагностика целиакии является сложным и трудоемким процессом. Сложности связаны с высокой частотой латентного или малосимптомного течения болезни со стертой морфологической картиной. Однако знание данной формы заболевания помогают в проведении дифференциальной диагностики различных костно-дистрофических патологий.

ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА

АНАЛИЗ АКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ УСЛУГ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

Зелионко А.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Лучкевич В.С.*

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Современная система охраны здоровья в большинстве развитых стран построена на основе стратегии укрепления здоровья и профилактики болезней с активной ролью в них отдельного индивида. Отечественные и зарубежные исследователи обращают особое внимание на то, что потребность в различных видах лечебно-оздоровительных услуг и их активное использование в значительной мере определяется уровнем медицинской информированности и медико-социальной активности населения.

Цель.

Изучение организационных форм профилактической и медико-социальной активности городских и сельских жителей, а также обоснование мероприятий по комплексному оздоровлению городского и сельского населения.

Материалы и методы.

Было обследовано 1500 жителей Санкт-Петербурга и 500 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. Использовалась специально разработанная программа медико-социологического исследования. Статистическая обработка материалов исследования проводилась при помощи программ MS Excel 2010 и Statistica 6.0 с расчетом относительных и средних величин, выявлением корреляционных связей и оценкой достоверности различий.

Результаты.

Было обнаружено, что оценка состояния собственного здоровья среди городских жителей («хорошее» – 64,7%) была более высокой, чем у сельских жителей («удовлетворительное» – 53,6%). При этом сельские жители предпочитают не обращаться за медицинской помощью (48,6%) или обращаются за лекарственной помощью при проявлении симптомов (21,4%). Горожане также обращаются в лечебные учреждения только при крайней необходимости. Причинами редкого обращения являлись трудность попасть на прием к врачу, занятость работой. Выявлена большая доля жителей, обращавшихся за медицинской помощью, в старших возрастных группах и среди женщин. При необходимости за консультативной помощью и плановым лечением чаще обращаются лица с высшим образованием. Доля лиц, практикующих самолечение, больше в группе сельских жителей. Большая часть населения не отмечает трудностей в решении медицинских проблем, либо эти трудности связаны с нехваткой времени на решение таких проблем. Сельские жители также отметили недостаточную доступность медицинских услуг. Потребность в дополнительных видах медицинской помощи выше среди сельских жителей. Активность использования платных услуг для восстановления здоровья высока среди городских (54,2%) и сельских жителей (60,0%). При этом среди сельских жителей активнее используют платные услуги мужчины (64,7%), городских – женщины (66,7%). 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. Более половины сельских жителей (67,9%) иногда проводят оздоровительные мероприятия для поддержания своего здоровья. При этом женщины с высшим образованием и высоким уровнем социально-экономического благополучия чаще проводят такие мероприятия. Постоянно используют средства первичной профилактики менее половины (32,4%) городских жителей. Население в основном (65,7%) не проводит мероприятия по восстановлению сил и укреплению здоровья в течение дня**.** Менее трети городских жителей (28,8%) обращаются за лечебно-оздоровительными процедурами в медицинские учреждения.

Выводы.

Выявлен низкий уровень обращаемости за медицинской помощью среди городских и сельских жителей. При этом пол, возраст и уровень образования населения влияют на обращаемость за лечебно-оздоровительными услугами. Профилактическая активность населения носит нерегулярный характер. Сельские жители отмечают низкую доступность медицинской помощи и чаще практикуют самолечение. Также выявлена низкая удовлетворенность населения доступностью и качеством медицинской помощи.

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА PRO198LEU ГЕНА ГЛУТАТИОНПЕРОКСИДАЗЫ 1-ГО ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ДИСТАЛЬНОЙ СЕНСОМОТОРНОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Гуржий А.Ю.[1], Капустин С.И.[2], Баранов В.Л.[1], Мациевский Н.А.[1]

1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова

2 - ФГБУ РосНИИГТ ФМБА России

В настоящее время существует научный и практический интерес оценки влияния окислительного стресса (ОС) на развитие осложнений СД. Экспериментальные и клинические исследования показывают, что ОС играет важную роль в патогенезе и развитии осложнений при обоих типах СД.

Весьма актуальным, является изучение генетической предрасположенности к прогрессированию осложнений СД 2 типа направленное на выявление полиморфных маркеров различных генов-кандидатов ответственных за работу регуляторных белков антиоксидатной системы, которые могут быть потенциально вовлечены в развитие и прогрессирование специфических осложнений у пациентов с СД 2 типа.

Цель:

выявить и оценить полиморфизм Pro198Leu гена глутатионпероксидазы 1-го типа (GPX1 Pro198Leu (X1)) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа с различной тяжестью течения диабетической дистальной сенсомоторной полиневропатии нижних конечностей (ДПН).

Материалы и методы исследования:

Для решения поставленной цели были обследованы пациенты с СД 2 типа с различной тяжестью течения диабетической сенсомоторной невропатии нижних конечностей. Всего было обследовано 30 человек, мужчин 22 (73%), женщин 8 (27%), средний возраст пациентов составил 52±5 лет (от 35 до 62 лет). Средний стаж СД составил 10,1±6,2 (от 4 до 30 лет). Тяжесть течения ДПН оценивалась с помощью комплекса клинических неврологических тестов, которые отражались в шкале NDS (Neuropathy Disability Score). В зависимости от тяжести течения полиневропатии пациенты были разделены на 2 группы: с легкой и средней степенью течения полиневропатии (1 группа, 19 пациентов), больные с тяжелым течением полиневропатии (2 группа, 11 пациентов). Всем включенным в исследование пациентам проводилось молекулярно-генетическое исследование (ПЦР) с целью выявления полиморфизма GPX1 Pro198Leu (X1).

Результаты исследования:

В результате исследования получены данные по распределению полиморфизма GPX1 Pro198Leu (X1) среди пациентов в исследуемых группах. В 1 группе (легкая или средняя степень тяжести ДПН) у 12 пациентов (63%) отсутствовал полиморфизм исследуемого гена, у 7 пациентов (37%) выявлен полиморфизм в гетерозиготном состоянии, полиморфизм в гомозиготном состоянии не обнаружен. Во 2 группе (тяжелая степень ДПН) у 5 пациентов (46%) присутствовал полиморфизм исследуемого гена в гомозиготном состоянии, у 4 пациентов (36%) в гетерозиготном состоянии, у 2-х пациентов (18%) отсутствовал полиморфизм исследуемого гена.

Выводы:

Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов с тяжелым течением ДПН (2 группа) в большинстве случаев встречался полиморфизм Pro198Leu гена глутатионпероксидазы 1-го типа, как в гомозиготном, так и в гетерозиготном состоянии. В свою очередь среди пациентов с ДПН легкой и средней тяжестью течения (1 группа) значительно реже встречался полиморфизм исследуемого гена и обнаруживался только в гетерозитном состоянии. При этом стоит отметить, что определить влияние полиморфизма Pro198Leu гена глутатионпероксидазы 1-го типа на тяжесть течения ДПН на настоящий момент невозможно без расширения выборки и дальнейших дополнительных исследований.

АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ КАК РАСПРОСТРАНЕННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ

Филь Т.С.

Научный руководитель: д.м.н. *Захарова Н.В.*

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Данные о частоте развития нежелательного побочного действия в виде диареи на фоне или после приема антимикробных препаратов разноречивы – от 5 до 39% случаев. Большинство антибиотиков оказывает значительное влияние на состав и баланс микрофлоры кишечника. В ряде случаев это приводит к нарушению метаболизма желчи и жирных кислот с развитием секреторной или осмотической диареи. Однако, в большинстве случаев, диарея обусловлена ростом патогенной флоры: гемолитической E.coli, C. perfringes, Proteus spp., Candida spp.,а так же C. difficile.

Цель исследования:

Оценить частоту развития антибиотикоассоциированной диареи (ААД), снизить риск развития ААД путем оптимизации выбора антимикробной терапии у пациентов с учетом разработанной шкалы стратификации факторов риска.

Материалы и методы:

В наблюдательной фазе исследования участвуют 4 отделения (пульмонологического, кардиологического, нейрохирургического профиля), в которых проводится регулярный опрос пациентов, и 10 отделений терапевтического и хирургического профиля, в которых информация собирается путем сообщения врачей о случаях ААД. Всем пациентам проводится клинический осмотр, сбор анамнеза заболевания и истории приема антибактериальных препаратов. Лабораторные исследования включают анализы крови и оценку образцов стула. Наличие токсинов А и В C.difficile в кале подтверждается иммуноферментным анализом с использованием тест-системы «Xpect C. difficile Toxin A/B» (производитель Oxoid/Remel).

Результаты:

За 2 месяца выявлено 49 пациентов (28 женщин и 21 мужчина). Из них 20 пациентов с верифицированной клостридиальной диареей (14 женщин и 6 мужчин), 14 пациентов с неклостридиальной диареей (9 женщин и 5 мужчин), 15 пациентов не смогли собрать образец стула. Средний возраст пациентов составил 62 ± 0,3 года.

Независимо от профиля отделений по сложившимся стереотипам ведения больных 90% пациентов получают антимикробную терапию с момента госпитализации. Препаратом первой линии, согласно протоколам ведения пациентов, принятым в стационаре, является цефтриаксон, чаще генерический вариант. Цефтриаксон назначался в качестве препарата первой линии 47 из 49 пациентов. При неэффективности стартового антибиотика назначались антибиотики второй линии: 9 пациентам - азитромицин, 8 – ципрофлоксацин, 3 пациентам хирургического профиля - метронидазол.

Неклостридиальная диарея развивается в среднем на 13 ± 6,5 день пребывания в стационаре. Длительность эпизода диареи составила в среднем 4,5 ± 2,7 дня. Клостридиальная диарея развивается в среднем на 10 ± 7,6 день пребывания в стационаре. Длительность эпизода диареи составила в среднем 7,5 ± 4,2 дней. По частоте развития клостридиальной диареи лидировали отделения пульмонологического (7 случаев) и нейрохирургического (5 случаев) профиля.

Для лечения пациентов с клостридальной диареей легкой и средней тяжести применялся метронидазол в дозе 500 мг три раза в день. При тяжелом течении - ванкомицин по 125 мг четыре раза в день per os в течение 10 дней.

Вывод:

Развитие ААД является серьезным осложнением антибиотикотерапии - она ухудшает состояние изначально ослабленных пациентов и увеличивает длительность пребывания в стационаре и стоимость лечения. Таким образом, необходимо учитывать наличие факторов риска развития антибиотикоассоциированной диареи у пациентов при назначении антибактериальных препаратов и принимать профилактические меры (например, назначение пробиотиков на весь период антибиотикотерапии и в течение 7 дней после ее окончания).

ВЕРИФИКАЦИЯ РЕЦЕПТОРА К КИССПЕПТИНАМ В КЛЕТОЧНЫХ КУЛЬТУРАХ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

Дурнова А.О., *Клейменова Т.С.*

Научный руководитель: к.б.н. *Дурнова А.О.*

Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта, Санкт-Петербург

Эндометриоз является одним из самых распространенных гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста. Этиология эндометриоза до сих пор неизвестна. Кисспептин и рецептор кисспептина (KISS1R) влияют на процессы инвазии эндометриоидных клеток в ткани различных органов, посредством ингибирования матриксных металлопротеиназ 2 и 9 типов. Культивирование клеток представляет собой процесс, при котором возможно наблюдение за клетками, выделенными у больных женщин. Таким образом, создается удобная модель для изучения эндометриоза.

Цель работы.

Изучение экспрессии рецептора кисспептина в клеточных культурах женщин больных эндометриозом.

Материалы и методы.

В исследование было включено 7 женщин с наружным генитальным эндометриозом второй степени в возрасте от 25 до 37 лет. Материалом для исследования исследования явился эндометрий, полученный оперативным путем в ФГБУ "НИИАГ им. Д.О.Отта" СЗО РАМН. Культуры были получены ферментативным путем с использованием колагеназы 2 типа. Культивирование клеток проводилось в среде DMEM/F-12 с добавлением 10% эмбриональной бычьей сыворотки, 1% антибиотика PES и 1% буфера ХЕПЕС 1М. Проводилась иммуноцитохимическая реакция с антителами к рецепторам кисспептинов (KISS1R, 1:300 Abcam) и цитокератину-8 (Dako, 1:100). В качестве вторичных антител, использовались антитела конъюгированные с Alexa 647 (Abcam). Оценка экспрессии проводилась на конфокальном микроскопе FluoView FV1000 (Olympus).

Результаты.

Усовершенствован метод выделения клеток из биопсии эндометрия с минимизацией временных затрат. Разработан протокол выделения клеток эндометрия у женщин, страдающих эндометриозом. Культура проанализирована на присутствие эпителиоподобных железистых клеток с использованием маркера цитокератина-8. Число железистых клеток варьировало от образца к образцу, но составляло не менее 30% от общего числа клеток. Выявлена положительная экспрессия KISS1R у 5 из 7 исследуемых женщин страдающих эндометриозом.

Выводы.

Впервые отработан метод получения культуры эндометриальных клеток у женщин страдающих эндометриозом. Данная культура может быть использована как модельный объект, так как в ней содержатся как стромальные, так и железистые клетки; показан высокий пролиферативный потенциал культуры. В культуре клеток эндометрия, женщин с наружным генитальным эндометриозом, выявлена экспрессия KISS1R. Таким образом, культура эндометриальных клеток может являться чувствительной к действию кисспептина.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ГЕНОТИПА, ЦИТОФИЗИОЛОГИИ И МОРФОЛОГИИ ГРАНУЛОЦИТОВ И МОНОЦИТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ

Рысев Г.А.

Научный руководитель: к.м.н., доц. *Андреевская М.В.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Хронический миелобластный лейкоз (ХМЛ) – клональное пролиферативное онкогематологическое заболевание, характеризующееся поражением миелоидного ростка клеток крови. За последние годы частота встречаемости ХМЛ сильно возросла. Первым этапом патогенеза ХМЛ является образование Филадельфийской хромосомы (t9;22), а конкретно – мутантного гена BCR-ABL.

Цель работы.

Целью исследования было изучить связь между генетическим нарушением и изменениями физиологии миелоцитов, механизмы развития морфологических нарушений.

Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи:

а) Выявить различия морфологии и физиологии гранулоцитов и моноцитов в норме и при ХМЛ;

б) Оценить взаимосвязь физиологии и морфологии гранулоцитов и моноцитов;

в) Изучить этиологию ХМЛ, влияние факторов среды на систему крови.

Материал и методы.

Проводились исследования аспиратов костного мозга здоровых людей, пациентов с ХМЛ на различных стадиях, мазки периферической крови здоровых и больных людей. Мазки окрашивались Азур-Эозином по Романовскому, стандартным красителем Гимза, краской

Романовского-Райта. Для оценки влияния окружения на развитие ХМЛ проводилось изучение историй болезни пациентов с ХМЛ на предмет наличия сходных факторов среды, которые могли стать причиной развития заболевания, детально изучался анамнез пациентов.

Результаты.

Мутантный ген BCR-ABL делает миелоциты нечувствительными к факторам дифференцировки, что приводит к ее остановке на стадии миелоцита или метамиелоцита, иногда происходит опухолевая трансформация до миелобластов. Реализация опухолевого гена также снижает чувствительность предшественников гранулоцитов и моноцитов к факторам апоптоза, что ведет к невозможности репарации ДНК, а как следствие – к опухолевому росту, лейкоцитозу. Основной путь пострецепторной передачи сигнала – каскад протеинов сигнальной трансдукции (STAT) – становится чувствительным к факторам роста, выделяемым опухолевыми клетками. Активируется также альтернативный путь передачи сигнала в ядро – митоген-активируемая протеинкиназа (МАРК). Изменения этих физиологических процессов приводит к нарушению хемотаксиса, интеграции, фагоцитоза. Следствием этого является прогрессивное снижение иммунного ответа. Активация МАРК также затрудняет лечение ХМЛ ингибиторами сигнальной трансдукции. Морфологические изменения миелоцитов, такие как наличие телец Ауэра в нейтрофильных гранулоцитах, снижение базофильности гранул в базофильных гранулоцитах, дефекты мембран моноцитов и т.д., напрямую вызваны реализацией мутантного гена BCR-ABL, изменяющего практически все процессы синтеза в миелоцитах. Изучение историй болезней пациентов с ХМЛ не выявило единого этиологического фактора. По-видимому, в настоящий момент нет достаточного количества данных о механизмах появления Филадельфийской хромосомы. Наиболее вероятная причина – генетическая нестабильность стволовой клетки крови и мутационный груз.

Выводы.

1. Все патологические изменения гранулоцитов и моноцитов при ХМЛ напрямую вызваны реализацией гена BCR-ABL
2. Изменения процессов пострецепторной передачи ведут к нарушению физиологии и морфологии миелоцитов
3. Этиология ХМЛ остается неясной, главным фактором развития следует считать генетическую предрасположенность

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПОВ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ С ПРОЦЕССАМИ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ

Бенкен А.А.

Научный руководитель: к.м.н., доц. *Андреевская М.В.*

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Проблема адаптации студентов младших курсов к условиям обучения в вузе представляет собой одну из важных проблем. Адаптация студентов к обучению в вузе может проходить достаточно длительное время, что может вызвать перенапряжение как на психологическом, так и на физиологическом уровнях. Для успешной адаптации необходимым является формирование у студентов условных рефлексов в новых условиях.

Цель работы

Выявить взаимосвязь типов высшей нервной деятельности и уровня тревожности с процессами адаптации у студентов второго курса бюджетной и платной формы обучения.

Материалы и методы:

Опросник «Адаптивность-02» (МЛО-АМ) разработан А.Г.Маклаковым и С.В.Чермяниным, методика «определение преобладающего типа темперамента», оценка личностной тревожности (ЛТ) по Ч.Стилбергеру и Ю.Л. Ханину. Опрошено 60 студентов 2 курса, из них 30 учится на бюджетной основе, 30 на коммерческой основе.

Полученные результаты:

Из студентов бюджетной формы обучения холериков (Х)- 12, флегматиков (Ф)- 6, сангвиников (С)- 10, меланхоликов (М)-2. При этом выявлены холерики только с высокой степенью тревожностью (46 болтов 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 (32-45 баллов), показатели АС, НПУ, КП, МН так же на всех уровнях без выявления закономерности. Сангвиники только с умеренной тревожностью, 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 (Х)-15, флегматиков (Ф)-7, сангвиников (С)- 5, меланхоликов (М)- 3. 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.

Выводы.

Индивидуальные особенности типов темперамента студента, присущие ему личностные характеристики, интеллектуальное развитие, уровень тревожности, эмоционально-волевые качества играют важную роль в успешности адаптации к условиям обучения в вузе.

ВЗГЛЯДЫ РАЗЛИЧНЫХ КОНФЕССИЙ НА КОНТРАЦЕЦИЮ

А М.В., Султанова Ф.М., Ангелова Е.М., Вавилова К.В., Белоусова А.А., Яковлева О.В.
Научный руководитель: асс, к.м.н. *Тайц А.Н.*
СЗГМУ им. И.И.Мечникова
СПбГПМА

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.

Была проведена работа со статьями на тему «Религии и контрацепции».

Результаты исследования.

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.

Выводы:

Различные духовные учения, религии, также имеют свою позицию относительно предупреждения беременности, это следует учитывать при назначении контрацептивных средств.

ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА МЕЛАТОНИНА НА УЛЬТРАСТРУКТУРУ КЛЕТОК ВНУТРЕННЕГО УХА

Перевозчикова В.Н.
Научный руководитель: д.м.н., проф. *Петрова Н.Н.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Введение.

Сенсоневральная тугоухость (СНТ) является проблемой не только медицинской, но и социальной, поскольку занимает третье место после сердечнососудистых заболеваний и гипертонии по частоте встречаемости среди взрослого населения и зачастую приводит к инвалидизации пациентов.

К факторам, способствующим развитию СНТ, относятся: ототоксическое лекарственное воздействие, наличие сердечнососудистой патологии, стрессовые ситуации, механическая, акустическая и баротравма, инфекционные заболевания, воздействия шумового фактора и прочие. Однако по данным литературы в основе патогенеза данного заболевания вне зависимости от этиологического фактора лежат гемодинамические нарушения во внутреннем ухе. К сожалению, несмотря на многочисленные исследования, патогенез развития СНТ понятен не до конца.

Цель работы:

Изучить влияние мелатонина на ультраструктурные особенности клеток внутреннего уха морских свинок при экспериментальной ототоксической тугоухости.

Материалы и методы.

Исследование проводили на 24 отологически здоровых морских свинках, которые были разделены на 3 группы (по 8 животных в каждой). Животным первой (контрольной) группы вводился гентамицина-сульфат в ототоксической дозе. Животные второй (экспериментальной) группы получали гентамицина-сульфат в ототоксической дозе и препарат мелатонина. Животные 3 (интактной) группы не получали никаких препаратов. Сосудистая полоска, выделенная из улитки морских свинок, после стандартной проводки была подвергнута морфологическому исследованию с помощью просвечивающей электронной микроскопии.

Результаты.

У животных 1 и 2 групп выявлены нарушения ультраструктуры клеток сосудистой полоски. Среди маргинальных клеток сосудистой полоски животных 1 группы встречались практически полностью разрушенные. Наблюдалось изменение структуры митохондрий (уменьшение количества и фрагментация крист, расширение межкристных промежутков), однако эти явления были более выражены в 1 группе. При сравнении секреторной активности у животных первой группы было отмечено уменьшение количества вакуолей в цитоплазме клеток по сравнению с 3 группой. В клетках сосудистой полоски животных из 2 группы достоверного различия количества вакуолей по сравнению с 3 группой не было. Кроме того, в клетках сосудистой полоски животных 2 группы определялось увеличение количества шероховатой эндоплазматической сети, а у животных 1 группы – уменьшение по сравнению с контролем.

Выводы:

Таким образом, при экспериментальной тугоухости, вызванной аминогликозидными антибиотиками, выявлены изменения ультраструктуры клеток сосудистой полоски. Эти изменения были более выражены у животных 1 группы. В клетках сосудистой полоски животных второй группы, которые получали мелатонин, определяется усиление секреторной активности, что, по-видимому, является компенсаторно-приспособительной реакцией. Важно отметить, что у всех животных второй группы по окончании воздействия рефлекс Preyer был положительным. Полученные данные свидетельствуют об отопротективной активности мелатонина и могут служить основанием для применения его в качестве антисурдитантного средства.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДОВ МОЛЕКУЛЯРНОЙ БИОЛОГИИ В АКУШЕРСТВЕ, ГИНЕКОЛОГИИ И РЕПРОДУКТОЛОГИИ

Калинина Е.А., Волкунович Т.А., Зубарева Т.М., Малушко А.В., Дедуль А. Г.
Научный руководитель: д.м.н. *Комличенко Э.В.*
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

В настоящее время ученые всего мира проявляют большой интерес к такой новой развивающейся науке как метаболомика, которая занимается изучением метаболического профиля на уровне клетки, ткани, органа или организма. Метаболомические исследования проводятся в различных отраслях медицины. Не осталось в стороне и такое направление как акушерство, гинекология и репродуктология.

С помощью данной методики проводятся исследования, которые могут дать возможность более детального понимания патогенеза синдрома поликистозных яичников, выявления маркеров таких заболеваний как рак шейки матки, эпителиальный рак яичника, наружный генитальный эндометриоз. Проводятся попытки изучения метаболического профиля фолликулярной жидкости для оценки качества ооцитов в программах экстракорпорального оплодотворения, а также возможность применения метаболомики для оценки факторов риска и разработки методов прогнозирования преждевременных родов.

Результаты этих исследований очень интересны и многообещающие. Например, при изучении метаболического профиля пациенток с раком шейки матки были выявлены маркеры, которые дали возможность выделить данных пациенток из группы здоровых женщин с чувствительностью и специфичностью 91,6% и 100% соответственно, в то время как чувствительность и специфичность жидкостной цитологии (современный золотой стандарт выявления рака шейки матки) составляют всего 80.6% и 88.9% соответственно. При попытке найти маркеры наружного генитального эндометриоза начальных стадий чувствительность и специфичность метаболомического метода составили 81-90% и 68-90% соответственно, в то время как единственный маркер данного заболевания, CA – 125, повышается только при запущенных стадиях заболевания, а окончательная диагностика данной патологии возможна только при проведении лапароскопической диагностики, которая и является золотым стандартом выявления наружного генитального эндометриоза в настоящее время.

Метаболомический метод исследования еще далек от применения в клинической практике и требует дальнейшего изучения, однако, возможно, именно с помощью него удастся ответить на многие вопросы, до сих пор оставшиеся без ответа.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОКОНТРОЛЛЕРОВ В СОЗДАНИИ УСТАНОВКИ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ИЗОЛИРОВАННОГО СЕРДЦА И СОСУДОВ

Кудлахмедов Ш.Ш., Калинина Е.С., Байков Д.В., Войтенко А.А., Герасименок Г.А.
Научный руководитель: *Афлитонов М.А.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность:

Возросшая доступность и простота программирования микроконтроллеров позволяет использовать их для управления функциями современных медицинских и лабораторных приборов с высокой точностью и эффективностью. Это дает возможность применять их в установках для исследования физиологических функций, значительно снижая размеры, энергопотребление и стоимость устройств построенных на их базе.

Цели работы:

Спроектировать и создать оригинальную установку для исследования работы изолированного сердца на основе микроконтроллеров и прецизионных датчиков, с возможностью измерения следующих параметров: ЧСС; систолическое, диастолическое давление в камерах сердца; среднее давление и скорость потока, а также температуру перфузата.

Материалы и методы:

3 микроконтроллера, соединение с ЭВМ по USB с программированием на основе С++; 2 прецизионных перфузомата на основе шаговых двигателей с двумя драйверами управления; 2 прецизионных минитермостата с двумя датчиками DS18B20 и контроллером питания; 2 ДХ SS49E, датчик давления жидкости/газа; 2 перистальтических насоса жидкостей; МССО с фото и видеоконтролем; штативы, зажимы, канюли, набор микроинструментов, раствор для перфузирования, стандарты контрольных веществ.

Полученные результаты и их обсуждение:

Созданные программные коды способны эффективно обеспечивать работу частей установки (контролировать работу термостатов, перфузаматов, опрашивать датчики температуры, давления и Холла). Вследствие чего удалось достоверно (p=<0,001) поддерживать жизнедеятельность сердца более 5 часов, с одновременной регистрацией ЧСС; систолического и диастолического давления в камерах; среднего давления и скорости потока, температуры перфузата. Время стабильной работы объекта составило 4 часа с неизменными регистрируемыми показателями с дальнейшей дестабилизацией

Выводы:

Установка способна в течение 4 часов эффективно поддерживать функцию сердца и регистрировать изучаемые эффекты. Данный метод может использоваться для исследования эффектов кардиотропных препаратов и применяться в научно-исследовательских лабораториях.

ВЫЯВЛЕНИЕ МЕЛАНОМЫ КОЖИ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕРМАТОЛОГА

Павлова А.Г., *Ключарева С.В.*, *Новицкая Т.А.*, *Чупров И.Н.*
Научные руководители: д.м.н., проф. *Ключарёва С.В.*, д.м.н., доц. *Чупров И.Н.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

По данным НИИ им.Петрова меланома кожи (МК) в Санкт-Петербурге выявляется в 94,6% на III-V стадиях инвазивного роста по Clark, что является поздней диагностикой данной опухоли и ведет к низкому проценту пятилетней выживаемости таких больных. На сегодняшний день в отечественной литературе за последние 5 лет нет никакой достоверной информации о встречаемости МК в практике врача-дерматолога.

Цель работы.

Оценить частоту обращаемости пациентов с меланомой кожи и распределение клинических форм данной патологии в повседневной практике врача дерматолога.

Материалы и методы.

В период с 09.2011 по 09.2012 на базах кафедры дерматовенерологии СЗГМУ им. И.И.Мечникова и медицинского центра «ЛазерМед» обследовано 2310 пациентов с пигментными новообразованиями кожи в возрасте с 15 до 87 лет (средний возраст 37,46 ± 0,65 лет). Мужчины – 71 (22,33%). Женщины -1794 (77,66%). Исследование проводилось с использованием алгоритма проведения дифференциальной диагностики меланоцитарных образований, разработанного на кафедре дерматовенерологии СЗГМУ им. И.И.Мечникова. Внимание при диагностике уделялось дерматоскопическим особенностям различных клинических форм МК. Статистическая обработка данных проведена при помощи программы Statistica.

Результаты.

Клинический диагноз МК уставлен у 19 (0,8%) пациентов, по данным дерматоскопического исследования МК встречается в 26 (1,1%) случаях, окончательный диагноз был поставлен на основании гистологического исследования 28 (1,2%) больным. Распределение верифицированных клинических форм МК по данным гистологического исследования представляет следующее: поверхностно распространяющаяся злокачественная меланома (ПРЗМ) 19 (67,8%), узловая МК 5 (17,8%), акрально-лентигинозная МК 1 (3,6%). Распределение по уровню инвазивного роста МК по Clark в практике врача-дерматолога выглядит следующим образом: I уровень 25%, II уровень 57,1%, III уровень 14,2%, IV уровень 3,5%. Пациенты с V уровнем инвазивного роста по Clark в период проведения данной работы не

обращались. Диагностическая ошибка при постановке клинического диагноза МК составляет 31,2%, после проведения дерматоскопического исследования снижается до 7,1%.

Выводы.

По нашим данным в практике врача дерматолога меланома кожи встречается в 1,2% случаев преимущественно на I-II уровне инвазивного роста по Clark (82,1%), что соответствует ранней диагностике с высокой пятилетней выживаемостью больных (85-100%). Пациенты с V уровнем инвазивного роста по Clark не встречались. Среди всех клин форм МК чаще всего встречалась ПРЗМ в 67,8% случаев, реже всего акрально-лентигинозная МК (3,6%). Было установлено, что процент диагностической ошибки при постановке клинического диагноза МК составляет 32,1%, но при использовании дерматоскопического исследования уровень ошибки снижается на 25%, что говорит об эффективности и необходимости использования данного метода.

ВЫЯВЛЕНИЕ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В ЛИКВОРЕ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЦНС И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Аллояров А.Р., Пантелеев А.М., Никулина О.В.
Научный руководитель: д.м.н., проф. *Климко Н.Н.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В настоящее время в Российской Федерации нарастает количество больных ВИЧ-инфекцией. Туберкулез является наиболее частым вторичным инфекционным заболеванием. Туберкулез ЦНС одна из основных локализаций у таких больных. Существуют трудности диагностики поражения ЦНС микобактерией туберкулеза (МБТ).

Цель работы.

Определить частоту выявления МБТ в ликворе у пациентов с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом ЦНС в зависимости от степени иммуносупрессии.

Материалы и методы.

Проведен анализ 205 историй болезни пациентов с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом ЦНС, погибших при прогрессировании туберкулезного процесса в Городской туберкулезной больнице №2, Санкт-Петербург в период с 2009 по 2013 гг. Все случаи туберкулеза ЦНС были подтверждены при аутопсийном исследовании. Проведен анализ частоты выявления микобактерий туберкулеза (МБТ) в ликворе в зависимости от степени иммуносупрессии (по уровню CD4-лимфоцитов), для чего больные были разделены на четыре подгруппы: 1 подгруппа: CD4-лимфоциты более 200 кл/мкл (25 больных), 2 подгруппа: CD4-лимфоциты 199-100 кл/мкл (34 больных), 3 подгруппа: CD4-лимфоциты 99-50 кл/мкл (45 больных), 4 подгруппа (CD4 –лимфоциты менее 50 кл/мкл (101 больной).

Результаты исследования.

Группу наблюдения составили 157 (76,6%) мужчин, 48 (23,4%) женщин. Средний возраст больных составил 32 года. Безработными были 176 (85,9%) человек, имели постоянное место работы 25 (12,2%) больных, четыре (2,0%) пациента имели инвалидность. Активно употребляли наркотики внутривенно 99 (48,3%) пациентов группы наблюдения. При этом только 64 (31,2%) больных находись в наркологической ремиссии. Во всех случаях ВИЧ-инфекция была в стадии 4В. Средний уровень CD4+ лимфоцитов составил 91 ± 7,4 кл/мкл.

МБТ в ликворе были выявлены у 53 (25,9%) больных. При анализе частоты бактериовыделения по подгруппам установлено, что в подгруппе 1 МБТ в ликворе были выявлены у пяти (20%) больных, во второй подгруппе - у 15 (44,1%), в третьей у 13 (28,9%), в четвертой у 20 (19,8%) больных. При проведении корреляционного анализа связи между уровнем иммуносупрессии и выявлением МБТ в ликворе не получено (коэффициент корреляции Пирсона равен -0,044).

Вывод.

Следует отметить крайне высокую частоту выявления МБТ в ликворе у больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом ЦНС. В результате проведенного исследования можно сделать вывод, что степень иммуносупрессии не оказывает влияния на частоту выявления МБТ в ликворе.

ГИБЕЛЬ ОДНОГО ПЛОДА ПРИ МОНОХОРИАЛЬНОМ МНОГОПЛОДИИ

Савельева А.А.
Научный руководитель: д.м.н., проф. *Михайлов А.В.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Многоплодная монохориальная беременность (МХБ) характеризуется высокой частотой перинатальной заболеваемости и смертности и в ряде случаев сопровождается гибелью одного из плодов. В I триместре МХБ основной причиной гибели одного из плодов являются различные аномалии развития, что на ранних этапах беременности может проявляться при ультразвуковом исследовании в виде анэмбрионии. Гибель одного плода при МХБ во II триместре в основном связана с тяжелым течением фето-фетального трансфузионного синдрома, частота развития которого при этом типе многоплодия составляет 10 − 15 %. В III триместре беременности основной причиной гибели одного плода является селективное замедление его роста, которое при МХБ развивается с частотой до 30% и обусловлено неравномерным распределением площади поверхности плаценты, участвующей в обеспечении жизнедеятельности каждого из плодов. В последующем, после гибели одного плода при МХБ в 12 – 20 % случаев происходит гибель второго плода, а при живорождении второго плода в 22 − 35% случаях у него выявляются значимые нарушения ЦНС. Причины подобных осложнений МХБ до конца не изучены, однако, их развитие связывают с наличием сосудистых анастомозов между системами циркуляции монохориальных близнецов. Существует две основные теории, объясняющие механизм гибели второго плода или повреждения его ЦНС при живорождении: теория эмболизации, и, на сегодняшний день приоритетная, гемодинамическая теория.

Цель работы.

Описать три возможных сценария развития событий при прогрессировании беременности после гибели одного плода при МХБ на основе реальных клинических случаев.

Материалы и методы.

В первом случае после гибели одного близнеца при МХБ нарушений системной гемодинамики и, в частности, показателей кровотока в бассейне кровоснабжения средней мозговой артерии выявлено не было. При МРТ через 4 недели нарушений развития ЦНС второго плода не обнаружено. В последствие родился живой новорожденный без признаков нарушений развития. Во втором случае после гибели одного плода при МРТ установлены выраженные изменения структуры головного мозга с выраженными проявлениями гидроцефалии и повреждением его паренхимы, что явилось согласно заключению неонатального нейрохирурга основанием для проведения прерывания беременности по медицинским показаниям. В третьем случае после гибели одного плода при выполнении допплерометрии выявлено значительное повышение скорости кровотока в средней мозговой артерии, что свидетельствовало о развитии тяжелой анемии у второго плода. Повышение скорости кровоток в средней мозговой артерии является высокоспецифичным признаком анемии у плода, которая в данном случае развилась вследствие шунтирования крови от живого плода через сосудистые анастомозы плаценты в сосудистую систему погибшего плода из-за падения в ней давления. Наличие анемии у плода была подтверждена при проведении прямого анализа его крови полученной при кордоцентезе, что явилось показанием для выполнения внутриутробного переливание отмытых эритроцитов донора в целях коррекции анемии. При проведении МРТ отклонений в развитии ЦНС развивающегося плода установлено не было и в последующем произошло рождение здорового новорожденного.

Выводы.

При ведении МХБ показан тщательный динамический мониторинг динамики роста и показателей гемодинамики плодов. При выявлении гибели одного плода при МХБ показана комплексная оценка состояния второго плода и исключение наличия у него признаков анемии при которой возможна ее внутриутробная коррекция. Во всех случаях гибели одного плода при МХБ через 4 − 6 недель показано выполнение МРТ для исключения или своевременного выявления возможных повреждений ЦНС у второго плода, что может повлиять на принятие решения о дальнейшем ведении беременности и тактики родоразрешения.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДОННЫХ ОТЛОЖЕНИЙ АКВАТОРИЙ МОРСКИХ ПОРТОВ САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ким А.В., Аликбаева Л.А., Фомин М.В.

Научный руководитель: д.м.н., доц. *Аликбаева Л.А.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность

Транспортное значение портовых городов Сахалинской области характеризуется их важностью регионального и международного масштаба. Удобное географическое положение, обширная морская акватория обуславливают развитие таких отраслей промышленности, как морские транспортные перевозки, рыбодобывающая, судоремонтная промышленность, а также особое место принадлежит обслуживанию нефте-газовых шельфовых проектов, что в свою очередь приводит к актуальности вопросов гигиенической оценки акваторий морских портов побережья Сахалинской области.

Вовремя не принятые оперативные меры по устранению загрязнения морской акватории приводят к тому, что нефтепродукты и тяжелые металлы сорбируются взвешенными в воде органическими и минеральными частицами, водной растительностью и в конечном итоге попадают на дно морей и океанов. В зависимости от условий, водной среды, сорбционных свойств донных осадков и веществ, которые поступают в воду, отложения могут куммулировать в себе химические соединения и стать источником вторичного загрязнения гидросферы.

Цель работы

Целью работы явилась токсиколого-гигиеническая оценка ранее неизученных многокомпонентных продуктов – донных отложений акватории морского порта г. Корсакова и г. Холмска

Материалы и методы, полученные результаты

Анализ химического состава изучаемых продуктов позволил установить, что все они представляют сложные многокомпонентные смеси со слабым специфическим запахом, с различным процентным содержанием никеля, кобальта, ртути, фенола, нефтепродуктов, свинца, хрома, бензпирена, являющихся потенциальными факторами риска для здоровья человека и окружающей среды.

Донные отложения, отобранные в акватория морского порта г. Холмска на расстоянии 10 метров от причала, содержали свинца (Pb) менее 0,0013(±)0,0003 мг/дм^3, мышьяка (As) 0,0021(±)0,0010 мг/дм^3, кадмия (Cd) менее 0,0003 мг/дм^3, меди (Cu) менее 0,01 мг/дм^3, цинка (Zn) менее 0,01 мг/дм^3, марганца (Mn) менее 0,01 мг/дм^3, никеля (Ni) менее 0,015 мг/дм^3, ртути (Hg) менее 0,0002 мг/дм^3, железа (Fe) 0,1(±0,02) мг/дм^3, кобальта (Co) менее 0,02 мг/дм^3, бенз(а)пирена менее 0,005 мг/дм^3, нефтепродуктов 0,036 (± 0,012) мг/кг, бензола менее 0,001 мг/дм^3, толуола менее 0,005 мг/дм^3, хлорбензола менее 0,001 мг/дм^3, этилбензола менее 0,002 мг/дм^3, ксилола менее 0,001 мг/дм^3, стирола менее 0,02 мг/дм^3.

Донные отложения, отобранные в акватория морского порта г. Корсаков, на расстоянии 20 метров от причала содержали свинца (Pb) менее 0,0003 мг/дм^3, мышьяка (As) 0,0089 (± 0,00417) мг/дм^3, кадмия (Cd) менее 0,0003 мг/дм^3, меди (Cu) менее 0,01 мг/дм^3, цинка (Zn) менее 0,01 мг/дм^3, марганца (Mn) менее 0,01 мг/дм^3, никеля (Ni) менее 0,015 мг/дм^3, ртути (Hg) менее 0,0002 мг/дм^3, железа (Fe) 1,5 (±0,3) мг/дм^3, кобальта (Co) менее 0,02 мг/дм^3, нефтепродуктов 0,032 (±0,011) мг/кг, бензола менее 0,001 мг/дм^3, толуола менее 0,005 мг/дм^3, хлорбензола менее 0,002 мг/дм^3, этилбензола менее 0,001 мг/дм^3, ксилола менее менее 0,001 мг/дм^3, стирола менее 0,02 мг/дм^3.

Острую токсичность исследуемых соединений определяли в соответствии с МУ 2163-80 «Методические указания к постановке исследований для обоснования стандартов вредных веществ в воздухе рабочей зоны», путем однократного введения в желудок белых крыс водных экстрактов донных отложений в дозе 6000 мг/кг. Наблюдение за животными осуществляли в течение 10 дней с момента введения с регистрацией сроков гибели животных.

Возможность острых смертельных отравлений при ингаляционном пути поступления определяли их летучими компонентами в статическом режиме при создании максимально

возможной (насыщающей) концентрации в условиях свободного испарения при температуре 20º и нормальном давлении. С этой целью чашки Петри с исследуемым веществом помещали в эксикатор емкостью 10 л сроком на 24 часа, после чего туда же высаживали экспериментальных животных (мышей) с экспозицией 2 часа.

Исследования острой токсичности позволили установить, что изучаемые соединения в указанной дозе не вызывали гибели подопытных животных и клинических признаков отравления. Средняя смертельная доза (DL_{50}) при введении в желудок составила $DL_{50} > 6000$ мг/кг.

Исследования местного раздражающего и кожно-резорбтивного действия проводили на белых мышах и крысах в соответствии с МУ № 2196-80 «Методические указания к постановке исследований по изучению раздражающих свойств и обоснованию предельно-допустимых концентраций избирательно действующих раздражающих веществ в воздухе рабочей зоны». При однократном контакте с незащищенной поверхностью кожи донные отложения не вызывали признаков раздражения, однако при повторном воздействии наблюдалась слабая эритема. При контакте со слизистой глаза признаков раздражения, а также явных и скрытых повреждений роговицы не обнаружено. После контакта с кожей и слизистой глаз гибели животных и каких-либо других признаков общего отравления не наблюдалось.

Изучение сенсибилизирующего действия проводили в соответствии с МУ 1.1.578-96 «Требования к постановке исследований по обоснованию предельно- допустимых концентраций промышленных химических аллергенов в воздухе рабочей зоны и атмосферы». Выявление гиперчувствительности замедленного действия осуществляли на белых беспородных мышах путем внутрикожного введения донных отложений в полном адъюванте Фрейнда. Результаты исследования свидетельствуют об отсутствии аллергенного действия.

Выводы

Таким образом, на основании полученных данных донные отложения акватории морского порта г. Корсаков и г. Холмска относятся к IV классу опасности (ГОСТ 12.1.007-76), не обладают кожно-резорбтивным и аллергенным действием, однако при длительном контакте с кожей оказывают слабое раздражающее действие.

ГИДРОРЕТИНОПЕКСИЯ

Нигматов Б.Ф. Балашевич Л.И.
Научный руководитель: д.м.н., проф. *Балашевич Л.И.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Регматогенная отслойка сетчатки является самым распространенным типом отслойки сетчатки, которое может привести к значительной потере зрения или слепоте. Ежегодно регистрируется 1/10000 случаев регматогенной отслойки сетчатки. Среди них 84% население составляют работоспособного возраста

Цель работы.

Сравнить анатомические и функциональные результаты экстрасклеральной хирургии первичной регматогенной отслойки сетчатки с восстановлением объема глаза с помощью гидроретинопексии и пневморетинопексии.

Материалы и методы.

Клинические наблюдения 82 пациентов с первичной регматогенной отслойкой сетчатки. Пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа состояла из 44 пациентов, оперированных способом дозированного дренирования субретинальной жидкости с одномоментным введением физиологического раствора в стекловидное тело (гидроретинопексия). Вторая группа состояла из 38 пациентов, оперированных способом дозированного дренирования субретинальной жидкости с одномоментным введением воздуха в стекловидное тело (пневморетинопексия).

У пациентов первой группы, которым была выполнена гидроретинопексия, на первые сутки после операции полное прилегание сетчатки произошло у 43 (98%) пациентов. После пневморетинопексии полное прилегание сетчатки в тот же срок удалось получить только в 28

(74%) случаев. Интраоперационные осложнения были зарегистрированы в обеих группах с примерно равной частотой (11,4% в первой и 7,9% во второй группах) исключительно только в виде локальных субретинальных кровоизлияний, которые не оказали влияния на функциональные исходы операций и рассосались самостоятельно. Острота зрения через месяц: после гидроретинопексии острота зрения 0,5 и выше более чем у 34% пациентов. У пациентов второй группы, которым было выполнено пневморетинопексия, острота зрения 0,5 и выше была получена только у 3 из 38 пациентов (7,9%). Существенным преимуществом гидроретинопексии был менее длительный период пребывания в стационаре, который колебался от 3 до 12 дней, в то время как после пневморетинопексии пациенты проводили в стационаре от 4 до 24 дней.Рецидивы отслойки сетчатки у пациентов первой группы в 4 случаях (9%), в течении одного месяца после операции. У пациентов второй группы частота рецидивов была значительно выше - 23,7% (10 случаев). Сроки наступления рецидивов колебались от 20 до 70 дней после операции.

Выводы.

1. Операция с применением гидроретинопексии позволяет добиться прилегания сетчатки и блокирования разрыва с минимальным вдавлением склеры и более эффективно, чем при исользовании пневморетинопексии.
2. Гидроретинопексия, проведенное по показаниям, позволяет получить высокие зрительные функции и требует менее длительного пребывания пациента в стационаре, чем после использования пневморетинопексии.
3. Способ гидроретинопексии более физиологичен для внутриглазных оболочек, что снижает вероятность прогрессирование пролиферативной витреоретинопатии, частоту и рецидив отслойки сетчатки.

ГИПЕРГРАВИТАЦИЯ КРАНИОКАНИУДАЛЬНОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ ШУМО-ВИБРАЦИОННОГО ГЕНЕЗА

Попов М.Н.[1]

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Еремина Н.В.* 2; з.д.н. РФ, д.м.н., проф. *Косарев В.В.*1

1 - Самарский государственный медицинский университет1

2 - СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Проблема нарушений слуха, обусловленных воздействием на слуховой анализатор неблагоприятных факторов профессиональной деятельности, в современном обществе представляется весьма актуальной. В последние годы в России наибольший удельный вес в структуре хронических профессиональных патологий занимают заболевания, связанные с воздействием физических факторов производства. При этом ведущей нозологической формой в этой группе заболеваний в настоящее время является нейросенсорная тугоухость.

Все больше внимания уделяется вопросу поиска новых методов лечения нейросенсорной тугоухости. Одним из перспективных методов может являться гравитационная терапия, разработанная сотрудниками СамГМУ во главе с академиком РАМН, профессором Г.П. Котельниковым. Гравитационная терапия – новый физиотерапевтический метод, успешно применяемый в клиниках СамГМУ с 2002 года (Патент на изобретение РФ № 2192236, от 10.11.2002).

Цель работы.

Улучшение результатов лечения нейросенсорной тугоухости шумо-вибрационного генеза путем использования в комплексном лечении метода гравитационной терапии.

Материалы и методы:

Нами проведено обследование и лечение 41 пациентов с нейросенсорной тугоухостью шумо-вибрационного генеза. Обследование включало сбор жалоб, анамнеза заболевания, изучение профессионального маршрута, эндоскопическое исследование ЛОР-органов. Комплексную аудиометрию, реоэнефалографию, биомикроскопию бульбарной конъюктивы, исследование коротколатентных слуховых вызванных потенциалов проводили до и после курса лечения. В нашей работе все больные были разделены на две группы. Основная группа состояла

из 15 пациентов, которым на фоне стандартной схемы комплексного лечения применяли метод гравитационной терапии. В контрольной группе 26 пациентам проводили стандартное консервативное лечение: медикаментозная терапия с использованием средств, улучшающих обменные процессы и регенерацию нервной ткани, использование витаминов группы В, сосудорасширяющие средства, препараты улучшающие мозговое кровообращение и микроциркуляцию, меатотимпанальные блокады.

Гравитационную терапию выполняли на центрифуге короткого радиуса действия, по модифицированной методике. Полный курс лечения включал 5 процедур.

Заключение.

Анализ полученных данных показал, что положительные изменения со стороны церебральной гемодинамики отмечены у 85% пациентов основной группы и у 30% пациентов контрольной группы, включающие снижение периферического сосудистого сопротивления, улучшение венозного оттока, тенденцию к улучшению параметров микроциркуляции. Субъективный шум в ушах значительно уменьшился у 11 пациентов (73,3%) на фоне лечения с использованием гравитационной терапии уже после 2 и 3 сеансов, 15 пациентов (57%) контрольной группы отмечали незначительное снижение выраженности субъективного шума в ушах к концу проводимой терапии. По данным аудиологического обследования до и после проводимого курса лечения, у 13 (86,6%) пациентов основной группы зарегистрированы изменения порогов слуховой чувствительности на частотах 3000-4000 Гц (повышение слуховой чувствительности по костной и воздушной проводимости на 15 ± 5 дБ), у всех пациентов контрольной группы после пройденного курса лечения, повышения порогов слуха не наблюдалось как по костной так и по воздушной проводимости.

Таким образом, комплексное медикаментозное лечение больных нейросенсорной тугоухостью шумо-вибрационного генеза дает больший положительный эффект при его сочетании с проведением гравитационной терапией.

ГРИБКОВЫЕ ТЕЛА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ

Баранская С.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Карпищенко С.А.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Введение.

В настоящее время возросло число случаев хронических верхнечелюстных синуситов, обусловленных попаданием в полость синуса инородных тел различной природы при инвазивном лечении: транссфеноидальных вмешательствах, эндодонтическом лечении. Предрасполагающие факторы: увеличение количества иммунодепрессивных состояний, рост ятрогений при стоматологических манипуляциях, бесконтрольный прием населением антибактериальных препаратов. Наиболее адекватным подходом к санации околоносовых пазух в таких случаях является хирургическое вмешательство посредствам эндоскопического доступа.

Цель работы.

Оценить частоту встречаемости синуситов микотическй природы и эффективность эндоскопической эндоназальной санации околоносовых пазух в случаях наличия грибковых тел.

Материалы и методы.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни и операционных журналов пациентов, которым проводилось эндоназальное эндоскопическое вскрытие пазух с целью удаления инородных тел, в период с января 2012 года по январь 2014 в клинике оториноларингологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Результаты.

В клинике оториноларингологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова за указанный период прооперировано 655 пациентов, страдающих хроническим воспалением околоносовых пазух, из них 92 пациента (14%) составили группу больных с грибковыми синуситами. В структуре последних: 88 - верхнечелюстные (96%), 3 - сфеноидиты (3%), 1 - этмоидит (1%). При

верхнечелюстных синуситах в подавляющем большинстве случаев зафиксировано наличие пломбировочного материала, покрытого грибковыми массами (87%). В 68 (78%) случаях при ревизии верхнечелюстных пазух визуализировалось инородное тело грибкового характера, часто в сочетании с пломбировочным материалом и осколками зубов, в 19 (22%) случаях инородные тела представлены изолированным нахождением в пазухе пломбировочного материала, осколков зубов, штифтов, что корригировалось временем нахождения инородных тел в пазухе.

С целью санации очага хронической инфекции всем больным производилось эндоскопическое удаление инородных тел. В случае верхнечелюстного синусита использовался доступ через нижний носовой ход с формированием постоянного соустья для последующих промываний пазухи, либо расширение естественного соустья, в некоторых случаях применялся комбинированный подход. Планирование доступа осуществлялось по данным трехмерной компьютерной томографии. Операционный материал отправлялся на гистологическое исследование. Заключения патоморфологов подтверждали наличие мицелия грибов и у части пациентов пломбировочного материала.

Вывод.

Высока частота встречаемости микотического поражения околоносовых синусов, в большинстве случаев вовлечены верхнечелюстные пазухи. Компьютерная томография играет ключевую роль в диагностике грибковых тел и позволяет планировать хирургический доступ. Этиология грибковых синуситов, в большинстве своем, обусловлена ятрогенией (непреднамеренным выведением пломбировочного материала за пределы корневого канала и фрагментов зубов в просвет пазухи при стоматологических манипуляциях). Эндоскопический эндоназальный подход позволяет произвести адекватную санацию околоносовых пазух с минимальной травматичностью. В случаях локализации инородного тела в нижних отделах верхнечелюстной пазухи, доступ через нижний носовой ход является более предпочтительным. Комбинированный доступ позволяем адекватно произвести санацию пазухи при выраженном воспалительном изменении слизистой оболочки с формированием карманов.

ДИАГНОСТИКА АДЕНОМИОЗА НА МОЛЕКУЛЯРНОМ УРОВНЕ.

Малушко А.В., Волкунович Т.А., Зубарева Т.М., Калинина Е.А., Дедуль А.Г.
Научный руководитель: д.м.н. *Комличенко Э.В.*
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Цель.

Целью настоящего исследования является изучение изменения метаболического профиля у женщин с аденомиозом.

Материалы и методы.

В данное исследование включены пациентки возрастной популяции 35–55 лет, которым выполнены органовыносящие операции, с последующим сравнительным анализом результатов гистологического исследования и спектрометрического исследования сыворотки крови и мочи. Определение качественного и количественного состава метаболома в сыворотке крови и моче выполняется с помощью метода газовой хроматомасс-спектрометрии. Применение газовой хроматографии, сопряженной с масс-спектрометром позволяет идентифицировать наиболее важные для результативности метаболиты. Получаемые при этом спектры отличаются информативностью и воспроизводимостью, создает условия для масс-спектрометрических библиотек.

Результаты.

На основании проведенного нами мета-анализа была выявлена взаимосвязь между повышением уровня лактата, 3-гидроксибутирата, аланина, лейцина, валина, треонина, лизина, глицерофосфатидилхолина, янтарной кислоты, 2-гидроксибутирата, снижением уровня липидов, глюкозы, изолейцина, аргинина и эндометриозом.

Выводы.

Несомненно, внедрение в диагностику аденомиоза таких методов исследования как УЗИ, гистероскопии, гистеросальпингографии, МРТ является значимым и повышает

диагностическую ценность, однако, определение спектра метаболонов позволит нам осуществлять раннюю диагностику аденомиоза, выработать критерии неблагоприятного прогноза, что повысит эффективность выбора методов лечения.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕКОТОРЫХ ОРГАНОВ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ КРЫС – САМЦОВ ПРИ НАНЕСЕНИИ ДЕФЕКТА В БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Белик И.А., Бережной Е.П., Грищук М.Г.
Научный руководитель: д.м.н., проф. *Лузин В.И.*
Луганский государственный медицинский университет, Луганск

Повреждения и заболевания опорно-двигательного аппарата занимают одно из первых мест среди причин смертности, временной нетрудоспособности и развития инвалидности. В клинической практике дефекты большеберцовой кости встречаются в результате сегментарных или концевых резекций по поводу опухолей или гнойного поражения, а также при обширных открытых травмах с массивными разрушениями и потерей костного вещества. Переломы костей сопровождаются снижением показателей клеточного и гуморального иммунитета в период травматической болезни. В связи с этим особое внимание придаётся изучению иммунологического статуса и морфогенеза органов иммунной системы при переломах различной локализации. В доступной нам литературе сведения об участии в процессах остеогенеза органов иммунной системы малочисленны, что в определенной мере сдерживает разработку новых обоснованных методов лечения, направленных на оптимизацию остеогенеза в области дефектов костей. С учетом того, что иммунная система может одной из первых реагировать на дефект большеберцовой кости, особый интерес представляет исследование морфологических нарушений в органах иммунной системы, одной из важных гомеостатических систем организма.

Цель работы.

Изучение особенности изменений органометрических показателей некоторых органов иммунной системы крыс–самцов после нанесении дефекта в большеберцовых костях.

Материал и методы.

Исследование проведено на 60 белых беспородных половозрелых лабораторных крысах - самцах с массой 200-210 г. Животные были разделены на 2 группы. Первая группа– интактные крысы (контрольная группа). Вторая группа (исследуемая) – крысы, которым под эфирным наркозом стандартным стоматологическим бором наносили на границе между проксимальным метафизом и диафизом большеберцовых костей сквозной дырчатый дефект диаметром 2,2 мм. Крыс выводили из эксперимента на 3, 10, 15, 24, 45 день после нанесения дефекта. После извлечения селезенки, тимуса и подмышечного лимфатического узла их препарировали, определяли массу, длину, ширину и толщину органа. Данные органометрии экспортировали в программу Excel для дальнейшей оценки достоверности отличия, вычисляя доверительный коэффициент Стъюдента (t).

Результаты исследований.

Выраженность уменьшения массы тимуса, подмышечного лимфатического узла и селезенки в разные сроки исследования после однократного нанесения сквозного дырчатого дефекта было неодинаковой, постепенно уменьшалась и составила на третьи сутки 19,4% ($p<0,05$) для тимуса, 18,6% ($p<0,05$) для лимфатического узла и 17,4% ($p<0,05$) для селезенки, на десятые – 18,3% ($p<0,05$), 17,9% ($p<0,05$) и 16,7% ($p<0,05$) соответственно, на пятнадцатые - 16,9% ($p<0,05$), 16,1% ($p<0,05$), 16,0% ($p<0,05$) соответственно. На 24 сутки сохраняется достоверное снижение показателей массы тимуса, лимфатического узла и селезенки в сравнении с контрольной группой, но менее выраженное и составляет 12,3% ($p<0,05$), 10,7% ($p<0,05$), и 8,9% ($p<0,05$) соответственно, на сорок пятые сутки 8,6% ($p<0,05$), 7,4% ($p<0,05$) и 6,8% ($p<0,05$). Однократное нанесения сквозного дырчатого дефекта в большеберцовых костях привело к выраженному снижению линейных размеров тимуса, подмышечного лимфатического узла и селезенки у половозрелых крыс-самцов в сравнении с контрольной группой в течение всех сроков наблюдения. Наибольшие отклонения от контрольных показателей были получены

на 3-и, 10-и, 15-е сутки исследования после нанесения дефекта. В более поздние сроки различия между контрольной и подопытной группой сохранялись, но носили менее выраженный характер.

Вывод.

Полученные результаты свидетельствуют о выраженных изменениях органометрических показателей тимуса, подмышечного лимфатического узла и селезенки во все сроки после нанесении сквозного дырчатого дефекта в большеберцовых костях. Механизмы этих изменений требуют дальнейшего исследования, что позволит разработать теоретические основы для дальнейшей работы над путями профилактики и коррекции состояний, которые вызываются нанесением дефекта в большеберцовой кости.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАПИЛЛЯРНОГО КРОВОТОКА ТКАНЕЙ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ДЕСНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРЕСТЕЗИЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА, НУЖДАЮЩИХСЯ В ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Михайлова В.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Цимбалистов А.В.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Высокая распространенность перестезии слизистой оболочки рта (от 5 до 18%), отсутствие четких диагностических критериев и данных о механизмах развития заболевания, упорное и длительное течение – все эти факты являются предметом постоянного внимания клиницистов и исследователей.

Цель работы.

Оценка состояние микроциркуляторного русла в тканях альвеолярной десны СОР у пациентов с парестезией слизистой оболочки рта, нуждающихся в ортопедическом лечении.

Матералы и методы.

Под нашим наблюдение находились 39 пациентов в возрасте от 57 до 74 лет (63,8±1,0 года). У всех пациентов были дефекты зубных рядов, сопровождающиеся повышенной стираемостью зубов и снижением межальвеолярного расстояния.

Оценка состояния кровотока на капиллярном уровне осуществлялась методом лазерной допплеровской флоуметрии и оптической тканевой оксиметрии с использованием комплекса «ЛАКК-М».

Полученные результаты.

Ортопедическое лечение проводили в два этапа:

-восстановление межальвеолярного расстояния при помощи съемных индивидуальных капп;

-рациональное протезирование после коррекции дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, улучшения микроциркуляции и уменьшения парететических ощущений.

Измерение капиллярного кровотока проводилось до лечения, через 3 месяца после использования капп и после постоянного протезирования. При обследовании пациентов с парестезией слизистой оболочки рта выявлено достоверно значимое достоверное ($p<0,001$)снижение интенсивности перфузии тканей кровью в области альвеолярной десны на 27,3%. Вариабельность капиллярного кровотока достоверно увеличена на стороне поражения (40,6%). Наблюдалось достоверное уменьшение относительной фракции эритроцитов на 26% ($p<0,05$) на стороне поражения. Эти изменения сопровождались снижением эффективности газообмена в виде достоверного уменьшения показателя удельного потребления кислорода тканями альвеолярной десны на 4,3% ($p<0,01$). У пациентов констатировалось снижение скорости утилизации кислорода из капилляров, поскольку индекс перфузионной сатурации кислорода был повышен на 41,5% ($p<0,05$). Через 3 месяца после ношения каппы было проведено сравнение показателей с исходными данными в области поражения. У всех 39 обследуемых пациентов с парестезией слизистой оболочки рта после проведенного лечения было выявлено улучшение микроциркуляции на стороне поражения, выражающееся в достоверном повышение показателя микроциркуляции на 37,1% ($p<0,05$), существенном

снижении коэффициента вариации на 75,7% (p<0,001). Улучшение кровоснабжения отразилось и на показателях объема фракции эритроцитов (увеличение на 22,2%),снижение сатурации артериальной крови в микроциркуляторном русле на 34,2% (p<0,01), увеличение показателя удельного потребления кислорода тканями альвеолярной десны на 30,8% (p<0,01).

При этом все пациенты отметили уменьшение парестетических ощущений. Однако у 6 пациентов (15,4%) интенсивность парестетических ощущений по визуально-аналоговой шкале оценки интенсивности боли лишь слегка уменьшилась, в связи с чем они были направлены на лечение к врачу-неврологу.

Выводы.

Анализ полученных результатов показал, что у пациентов с парестезией СОР имеются достоверные отличия на стороне поражения по сравнению с контралатеральной стороной, проявляющиеся в снижении интенсивности, нестабильности кровотока и выраженных нарушениях оксигенации. При коррекции окклюзионных взаимоотношений наблюдается улучшение микроциркуляции, однако парестетические ощущения исчезают у 84,6% пациентов, а 15,4% нуждаются в медикаментозной терапии, назначенной врачом-неврологом.

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И КОНТРАЦЕПЦИЯ

Вавилова К.В., Султанова Ф.М., Ангелова Е.М., , Белоусова А.А., Чеклюева М.В., Яковлева О.В.

Научный руководитель: асс, к.м.н. *Тайц А.Н.*

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

СПбГПМУ

Актуальность проблемы:

В настоящее время, несмотря на огромный выбор контрацептивов, во всем мире сохраняется огромное количество нежелательных беременностей и, как следствие, абортов. Женщины сознательно отказывается от контрацепции, и одной из ведущих причин является «гормонофобия» (боязнь приема комбинированных оральных контрацептивов (КОК)), которая вызвана низкой информированностью о гормональной контрацепции не только среди населения, но и среди врачей. Незнание в свою очередь порождает многочисленные мифы, которые не всегда являются правомочными.

Цель работы:

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.

Результаты исследования:

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 1000 женщин, принимающих КОК.

Выводы:

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.

ЗАГРЯЗНЕНИЕ ПОЧВ РЯДА СЕЛИТЕБНЫХ И РЕКРЕАЦИОННЫХ ЗОН САНКТ-ПЕТЕРБУРГА НЕФТЕПРОДУКТАМИ

Бек А.В.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Проблема загрязнения почвы населенных пунктов нефтепродуктами и возможного их влияния на санитарно-эпидемиологическое благополучие населения стала одной из наиболее значимых и часто обсуждаемых в настоящее время. Нефтяные углеводороды и продукты их трансформации оказывают негативное влияние на окружающую среду и здоровье населения прежде всего за счет ухудшения самоочищающей способности почвы, в связи с чем возрастает ее эпидемическая опасность.

Цель работы.

Наши исследования направлены на определение реального уровня загрязнения нефтепродуктами почвы Санкт-Петербурга.

Материалы и методы.

Объектами исследования были почвы территорий повышенного риска воздействия на здоровье населения – придомовые детские игровые площадки 11 районов Санкт-Петербурга: Адмиралтейский, Василеостровский, Выборгский, Калининский, Кировский, Красногвардейский, Московский, Петроградский, Невский, Центральный, Фрунзенский.

В почвах, отобранных с глубины 0-25см, определяли суммарные количества нефтяных углеводородов (НУВ) методом инфракрасной спектрофотометрии и окислительно-восстановительный потенциал почвы.

Для нефти в настоящее время отсутствуют как научно обоснованные ПДК, так и единое мнение об их фоновом содержании в почве. В связи с этим мы оценивали динамику содержания НУВ в течение 2011-2013 гг.

Результаты исследования.

Анализ натурных наблюдений свидетельствовал о том, что в почвенном покрове всех исследованных детских игровых площадок, расположенных в селитебных и рекреационных зонах, обнаружены НУВ, содержание которых варьировало от 22,0 до 3000,0 мг/кг, что указывает на мозаичность и различную степень загрязнения детских игровых площадок.

Максимальное содержание углеводородов нефти за период обследования, обнаружено на территории детских площадок с игровыми сооружениями по адресам ул. Кораблестроителей, д.29 – 1170,0 мг/кг (2011 год); ул. Светлановский пр., д.73-75 – 2326,0 мг/кг (2012 год); ул. Курляндского, д.26 - 3000,0 мг/кг и ул. Моисеенко, д.26 - 1450,0 мг/кг (2013 год). Содержание нефтепродуктов в почвах характеризовалось очаговостью и обусловлено локальными источниками загрязнения, наиболее вероятными и значимыми из которых является автотранспорт, стоянки которых практически вплотную окружали детские придомовые игровые площадки. Отсутствие задернения почв игровых площадок определяет возможность пыления и вторичного загрязнения атмосферного воздуха. Все это позволяет отнести эти игровые площадки к территории риска, где существуют условия комплексного воздействия НУВ на организм ребенка.

В нефтезагрязненных почвах, как показали исследования, наблюдались изменения их физико-химических свойств, значительное снижение кислотности почв. По сравнению с кислыми (pH_{KCl} 4,4) фоновыми дерново-подзолистыми почвами реакция среды исследованных почв увеличилась на 1,9-3,2 ед., что свидетельствовало об их интенсивном подщелачивании. Изменение кислотно-щелочных условий влечет за собой изменение окислительно-восстановительных систем в почве, которые определяют состояние биологической активности почв и направленность процессов разложения органических веществ. Таким образом, помимо химического загрязнения, на территории придомовых детских площадок может складываться серьезная эпидемическая ситуация.

Выводы.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что даже при отсутствии в районе селитебных зон города предприятий – источников нефтяного загрязнения в почве накапливаются НУВ, основным источником которых является автотранспорт. Отсутствие в

настоящее время научно обоснованных гигиенических нормативов нефти в почве не позволяет дать объективную гигиеническую оценку, однако изучение процессов деградации почв, позволяет отнести их к территориям с неблагоприятной эколого-гигиенической обстановкой, так как на восстановление нарушенной экологической системы необходимо не менее 3-5 лет.

ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Абдухалимов К.С., *Абдуллаев М.А.*, *Авдеев А.М.*, *Абдулаев М.А.* каф. госпитальной хирургии им. В.А Оппеля
Научный руководитель - д.м.н., проф. *Абдулаев М.А.*
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Цель.

Исследовались возможности эндовидеохирургии в диагностике и лечение острой кишечной непроходимости.

Материалы и методы.

Произведен анализ 67 историй болезней больных в возрасте от 18 до 85 лет, оперированных в Александровской больнице по поводу острой кишечной непроходимости с 2003 по 2013гг с использованием лапароскопии. В исследование вошли больные как с острой тонко, так и толстокишечной непроходимостью (инвагинации, завороты, спаечные, обтурационные тонкокишечные и толстокишечные непроходимости).

Большая часть больных (40 (59,7%)) оперированы по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости. Из них 39 (97,5%) больным выполнено лапароскопическое устранение спаечной кишечной непроходимости посредством адгезиолизиса и 1-переход на лапаротомию после диагностической лапароскопии.

16 (23,8%) пациентов оперированы по поводу рака ободочной кишки. 7 (11,9%) больным выполнена лапароскопическая колостомия с последующим устранением колостомы на 4-8 сутки; 9 (13,4%) переход на лапаротомию с выведением двухствольной колостомы выше опухоли, 8 (11,9%) из которых выполнена радикальная операция с устранением колостомы на 12-16 сутки и 1 (1,6%) радикальная операция с одноствольной колостомией.

Один (1,6%) больной оперирован по поводу дивертикула Меккеля осложненный острой тонкокишечной непроходимостью.

Двое (2,9 %) пациентов оперированы по поводу инвагинации подвздошной кишки в слепую, выполнена лапароскопическая дезинвагинация, цекопексия.

Трое (4,4%) больных оперированы по поводу заворота тонкой кишки. В 1 (1,6%) случае заворот устранен лапароскопически, в 2-х (2,9%) других переход на лапаротомию, в связи с некрозом тонкой кишки.

4 (5,7%) больных оперированы по поводу заворота толстой кишки: 3 (4,4%) заворот слепой кишки и 1 (1,6%) заворот сигмовидной кишки. У 2 (2,9%) выполнена лапароскопическая деторсия толстой кишки, у 1(1,6%) конверсия.

Результаты.

Умерла одна (1,6%) больная. Средний койко день у пациентов с раком ободочной кишки 24,0 дня, а у всех остальных 6,8.

Выводы.

1. Лапароскопия позволяет исключить другие заболевания симулирующие картину «острой кишечной непроходимости».
2. Лапароскопия является одним из первоочередных и одним из наиболее эффективных методов установления причины кишечной непроходимости в комплексе диагностических мероприятий. Может носить диагностический, первоэтапный или окончательный характер в лечении кишечной непроходимости.
3. Эффективность лапароскопии зависит от стадии кишечной непроходимости, выраженности спаечного процесса в брюшной полости после ранее перенесённых оперативных вмешательств и тяжести сопутствующих заболеваний.

4. Лапароскопия способствует значительному сокращению времени диагностики при подозрении на кишечную непроходимость. А при установлении диагноза кишечной непроходимости снижает риск развития осложнений и уменьшает летальность.
5. Лапароскопия позволяет выполнить последующие этапы оперативного лечения кишечной непроходимости при раке ободочной кишки (при двух и трех этапных подходах) в значительно более ранние сроки и завершить лечение у большинства пациентов в течение одной госпитализации.

ЗНАЧЕНИЕ ПРЕНАТАЛЬНЫХ И ПОСТНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АФФЕКТИВНО-РЕСПИРАТОРНЫХ ПАРОКСИЗМОВ

Кудратов Ш.А.
Научный руководитель: д.м.н., проф. *Садыкова Г.К.*
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент

Цель работы:

Оценить значимость пренатальных и постнатальных факторов в развитии аффективно-респираторных пароксизмов.

Материал и методы:

В исследование были включены 46 детей с аффективно-респираторными пароксизмами в возрасте от 6 месяцев до 5 лет перенесшие перинатальные поражения нервной системы. Критериями исключения для данного обследования были наличие соматических, эндокринных и наследственных заболеваний у детей. Исследование включало в себя тщательного сбора анамнестических данных у матерей обследуемых детей, лабораторные методы исследования (общий анализ крови, определение содержание железа и кальция в сыворотке крови у детей).

Полученные результаты:

По результатам анамнестических данных, были определены следующие часто встречавшиеся факторы во время анте-, интра- и постнатального периода. Из антенатальных факторов, угроза прерывания беременности наблюдалась у 29 (63%) женщин , анемия различной степени тяжести у 34 (74%), токсикоз у 25 (52%), стрессовые ситуации у 19 (41,3%), нефропатия у 7 (15,2%), артериальная гипертония у 4 (8,7%), острые респираторные вирусные инфекции у 16 (34,7%). Большинство детей 39 (84,8%) родились в процессе естественных родов, кесарево сечение было проведено − у 7 (15,2%) женщин. Среди интранатальных факторов, слабость родовой деятельности наблюдалась у 6 (13%), стремительные роды у 5 (10,9%), неправильное предлежание плода у 4 (8,7%), преждевременное отхождение околоплодных вод у 6 (13%), длительный безводный период – у 3 (6,5%) женщин. Недоношенными были рождены 11 (23,9%) детей, причем у 9 (19,6%) была диагностирована I, у 2 (4,3%) − II степень недоношенности. У 12 детей (26%) наблюдалась асфиксия , у 8 (17,4%) крупный вес при рождении. Из постнатальных факторов длительная физиологическая желтуха наблюдалась у 4 (8,7%) детей, реанимационные мероприятия были проведены у 6(13%). Кроме этого, анемия была выявлена у 38 (82,6%)детей, гипокальциемия у 12 (46%), наследственная предрасположенность у 10 (21,7%).

Вывод:

Таким образом, среди пренатальных и постнатальных факторов риска ведущее место занимали угроза прерывания беременности (63%) на фоне анемии (74%), токсикоза (52%) и стрессов (31,5%). Родовая деятельность чаще сопровождалась асфиксией (26%) и слабостью родовой деятельности (13%). Вышеперечисленные факторы в большинстве случаев являясь пусковым механизмом, способствуют к развитию аффективно- респираторных пароксизмов у детей раннего возраста.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Исакова А.В., *Денисенко М.Д.*
Научный руководитель – доцент каф. патологической физиологии, д.м.н. *Денисенко Н.П.*
СЗГМУ им. И.И.Мечникова;
Отделение АиР № 3 для неврологических больных НИИ скорой помощи им. Н.Н. Джанелидзе

В зависимости от тяжести перенесенного инсульта наблюдаются разной степени выраженности изменения всех сфер психики человека, которые коренным образом меняют его жизнь, затрагивают его личность, усугубляя тем самым его соматическое состояние и влияя на его адаптационные возможности. Сложности, с которыми сталкиваются данные больные, не ограничиваются только профессионально-трудовой сферой – затруднены все виды социальной жизнедеятельности.

Целью исследования

Явилась оценка особенностей эмоционального статуса больных после острого нарушения мозгового кровообращения в зависимости от локализации поражения.

Материалы и методы.

Были обследованы 31 пациент (8 женщин, средний возраст – 48,1 ± 11,3; 23 мужчины, средний возраст – 44,2 ± 10,1) с ОНМК по ишемическому типу в бассейне левой средней мозговой артерии (ЛСМА) – 11 человек, поражением в области правой средней мозговой артерии (ПСМА) – 10 пациентов и 10 человек с нарушением мозгового кровообращения в вертебробазилярном бассейне (ВВБ). Контрольную группу, сопоставимую по полу и возрасту, составили 9 человек с благоприятным неврологическим и кардиологическим анамнезом. Психоэмоциональный статус оценивали по показателям реактивной тревожности (Тр), Спилберг-Ханин, 1976); уровень депрессии определяли по опроснику В. Зунга (1971); выраженность алекситимии – по Торонтской алекситимической шкале – (TAS), предложенной G. Taylor в 1985 г. и адаптированной в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева в 1994 г.; жизнестойкости (тест С. Мадди, 1996, перевод и адаптация Д.А Леонтьев, Е.И. Рассказова, 2002г.). Статистическую обработку данных проводили с помощью непараметрических методов Вилкоксона-Уайта, Шапиро-Уилкса.

Результаты.

Определение психологических свойств личности показало различия в зависимости от локализации поражения. При сравнительном анализе средние значения реактивной тревожности у лиц после ОНМК в бассейне ЛСМА были ниже (41,2 ± 2,8), чем у пациентов после ОНМК в бассейне ПСМА (51,3 ± 2,7) и ОНМК в ВВБ (54,3 ± 2,1).

У всех пациентов после ОНМК в бассейне ПСМА имелись признаки алекситимии (80,7 ± 1,2), лица после ОНМК в ЛСМА – отнесены к группе риска по алекситимии (74,3 ± 2,3), а у пациентов после ОНМК в ВВБ признаков алекситимии не наблюдалось (57,3 ± 1,6).

Уровень депрессии во всех группах и у всех испытуемых в отдельности не превышал 50 баллов, что отражало отсутствие состояния депрессии.

Наибольший интерес представили показатели теста «жизнестойкости». Жизнестойкость является некоторым интегративным психологическим качеством человека, включающим в себя способность принимать ответственность за происходящие события и умение мобилизоваться в трудных жизненных ситуациях. Наименьший показатель отмечался у пациентов после ОНМК в бассейне ПСМА (52,7 ± 2,6), а наибольший – у лиц после ОНМК в ВВБ (74,3 ± 1,8).

Выводы.

Эмоциональное состояние лиц после ОНМК зависит от локализации поражения. Высокий уровень реактивной тревожности, признаки алекситимии и низкая «жизнестойкость» были выявлены у пациентов после ОНМК в ПСМА. Наиболее благоприятные показатели эмоционального статуса отмечались у лиц после ОНМК в ВВБ.

ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ТРУДОВОГО ПРОЦЕССА ВРАЧЕЙ-АНЕСТЕЗИОЛОГОВ

Тягунов Д.С., Долгов Д.А.
Научный руководитель: д.м.н., проф. *Лучкевич В.С.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность исследования.

На современном этапе развития здравоохранения одной из наиболее интенсивно развивающихся отраслей является анестезиология и реаниматология. Деятельность врачей анестезиологов-реаниматологов сопровождается физическим напряжением и существенной эмоциональной нагрузкой. Для врача анестезиолога-реаниматолога особенности собственного образа жизни и социально-гигиенического функционирования, профессиональная дезадаптация приобретают особое значение, поскольку угрожают здоровью не только самого врача, но и косвенно могут повлиять на состояние пациента. Однако работ, посвященных гигиенической оценке условий труда, профессиональной психологии и состоянию здоровья самих врачей анестезиологов-реаниматологов, в настоящее время существует недостаточно.

Цель.

Представить комплексную гигиеническую и медико-социальную оценку трудового процесса врача анестезиолога-реаниматолога при выполнении основных видов деятельности.

Материалы и методы.

Фактическая оценка труда врачей анестезиологов-реаниматологов проводилась в течение одной рабочей недели в типичном отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. В исследовании приняли участие 11 врачей высшей врачебной категории. Изучались субъективные характеристики организации и условий труда врачей на основе медико-социологического обследования, а также донозологических клинико-функциональных изменений и психоэмоциональных состояний. Для изучения особенностей профессиональной деятельности врачей были разработаны специальные медико-социологические программы, включавшие изучение объема их рабочей нагрузки, структуры рабочего времени по основным видам деятельности, наличия неблагоприятных факторов на рабочих местах.

Полученные результаты.

Установлено, что в соответствии с функциональными обязанностями врачей их рабочее время было структурировано следующим образом: работа непосредственно в отделении реанимации (наблюдение за находящимися там пациентами и оказание им необходимой медицинской помощи); консультативная помощь (при необходимости) по ведению пациентов, которые лечатся в других отделениях больницы; оказание анестезиологического пособия во время проведения операций.

Среднее время работы непосредственно в отделении реанимации составило 420,52±12,68 мин. Выявлено, что в течение рабочей смены на опрос пациентов тратится 41,22±6,33 мин., трудозатраты на проведение осмотра пациентов составили 62,59±7,71 мин., трудозатраты на проведение лечебных мероприятий - 132,76±9,6 мин., затраты времени на заполнение медицинской документации составили 123,16±5,76 мин. Установлено, что врач затрачивает на оказание анестезиологического пособия около 91,5±4,3 мин.

Анализ психоэмоциональных факторов показал, что преимущественно влияют на качество трудовой деятельности психоэмоциональные перегрузки (72,2%), факторы межличностного общения (43,7%), высокий уровень ответственности за принятие решений (62,3%), однообразная работа с документами (52,1%), ненормированный рабочий день (32,4%).

Заключение.

Проведенный анализ показал, что врачи анестезиологи—реаниматологи работают в достаточно напряженном режиме. В течение рабочей смены в среднем менее четверти часа занимают непроизводственные трудозатраты. Основную часть рабочего времени составляет ведение пациентов, находящихся на лечении в отделении анестезиологии-реаниматологии, в среднем врач наблюдает 6-7 пациентов в смену. Выявлено, что большие временные затраты связаны с заполнением медицинской документации. Установлены высокие психоэмоциональные перегрузки, приводящие к эмоциональному выгоранию врачей данного

профиля. С учетом высоких показателей заболеваемости и клинико-функциональных изменений, необходимо предусмотреть специальные лечебно-оздоровительные мероприятия и психологическую коррекцию врачей данной профессиональной группы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛЕЕВОЙ КОМПОЗИЦИИ ДЛЯ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТОВ ПРИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Волков А.М., *Кащенко В.А.*, *Акимов В.П.*, *Сенько В.В.*
Научный руководитель: д.м.н., проф. *Акимов В.П.*
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Введение.

Одним из важнейших критериев эффективности операции является фиксации импланта. Применение для фиксации клея приобретает все большую популярность, поскольку заметно снижается риск получения травмы и послеоперационной хронической боли. Цианакриловый клей используется в различных медицинских манипуляциях из-за его быстрого действия, отличной прочности сцепления и низкой цены (J. F. Kukleta, et al., 2012).

Цель работы.

Целью является улучшение результатов лечения пациентов с паховой грыжей путем использования клеевого метода фиксациии сетчатого импланта.

Материал и методы.

Исследование проводилось в период с сентября 2013 года по январь 2014 года на базах кафедры хирургии им. Н.Д. Монастырского, ФГБУЗ «Клинической больницы» №122 им. Л.Г.Соколова и ГБУЗ «Александровской больницы» г. Санкт-Петербург. В исследовании включено 36 пациентов мужского пола, средний возраст 48,8±17. Оперативное пособие осуществляли следующим образом: всегда использовали общее обезболивание, далее проводилась операция Лихтенштейна по нашей методике. Для закрытия дефекта восстановленной поперечной фасции нами применялся стандартный сетчатый протез, фиксация которого выполнялась не швами, а использовалась клеевая композиция. Нанесение композиции на протез проходило капельным способом, начиная с проекции бугорка и далее по периметру протеза. В сложных случаях нанесение было «каплями» и «полосками». Время достаточной фиксации сетчатого протеза клеем- 6 секунд. Шовный материал для фиксации сетчатого импланта не применялся. Далее апоневроз наружной косой мышцы сшивался край в край без натяжения.

Результаты.

Время операции составило 25±3,5 мин. Болевой синдром в течение 1-х суток был незначителен или отсутствовал, пациентам не требовалось применение наркотических анальгетиков. Пациенты выписывались из стационара на 3 сутки. Осложнений не отмечено, летальных исходов не было. При выписке отмечалось отсутствие повышенной t тела, болей, тянущих ощущений, отеков, невралгии и гематом в зоне операции.

Выводы.

Таким образом, применение клеевой композиции для фиксации сетчатого импланта обеспечивает отсутствие дополнительной травматизации, ишемизации и нарушений трофики, создает лучшие условия для регенерации, меньший риск развития рецидива, улучшает качество жизни пациента в послеоперационном периоде, что особенно важно при тяжелой сопутствующей патологии (сахарный диабет, ожирение).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМНОЙ НЕЙРООПТИКОПАТИИ

Алексеев Ю.А., Чурина Н.А.
Научный руководитель: д.м.н., проф. *Алексеев В.Н.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность.

Первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) является проблемой №1 в современной офтальмологии. Это заболевание дает наибольший процент инвалидизации и неизлечимой слепоты (Либман Е.С.), количество больных постоянно растет и уже сегодня превышает 100 млн. больных в мире (Quigly.,2011). И наконец, самое главное оно имеет односторонний, к сожалению, в сторону ухудшения вектор развития (Алексеев В.Н., 2010).

Проблема сохранения зрительных функций является главной в медицинском и социальном плане. Однако нужно признать, что до настоящего времени реально существующих методик сохранения зрения у этих больных не существует. Как такое возможно? Ведь лучшие умы мировой офтальмологии последние 150 лет активно изучают этот вопрос.

По-видимому единственным здоровым объяснением этого факта может быть то, что какой-то важный момент в развитии и прогрессировании глаукомной нейрооптикопатии оказался вне сферы внимания ученых. Таким моментом могут быть дегенеративные изменения всего зрительного тракта вплоть до коркового отдела зрительного анализатора, а не только поражение сетчатки и зрительного нерва. Первопричиной такой патологии по аналогии с болезнью Альцгеймера может быть митохондриальная дисфункция, уже установленная при болезни Альцгеймера (Алексеев В.Н. 2006-2014).

Цель работы:

Изучение новых подходов в лечении первичной открытоугольной глаукомы, разработка методов лечения для комплексного воздействия.

Материалы и методы.

Под наблюдением находилось 15 больных, с уже установленной ранее, первичной открытоугольной глаукомой, на I-II стадиях заболевания, в возрасте от 60 до 80 лет, без сопутствующей тяжелой эндокринной и сердечно-сосудистой патологии. Всем пациентам проводилось полное офтальмологическое обследование, включающее определение остроты зрения с коррекцией, определение светочувствительности центральной области сетчатки, биомикроскопию, офтальмоскопию, оптическую когерентную томографию.

Полученные результаты.

Мы, под руководством профессора Алексеева В.Н., предложили и использовали комплексную методику лечения ПОУГ, которая оказывает воздействие как на производство АТФ, так и на количество производимых при этом активных форм кислорода (АФК).

Такое исследование было проведено у 15 больных ПОУГ, обязательным условием для которых являлось достижение давления цели. У 13 пациентов через 12 месяцев получена отчетливая положительная динамика, а у 2-х больных стойкая стабилизация процесса.

Полученные данные требуют дальнейшего изучения, увеличения группы больных и расширения методик исследований.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С КАРДИОМИОПАТИЙ МЕТОДОМ NGS СЕКВЕНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТА С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Жукова Е.А., Пакин В.С., Данилова М.М., Глотов А.С.
Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта СЗО РАМН

Термин “кардиомиопатии” (КМП) является собирательным для обозначения первичных поражений миокарда неверифицированной этиологии, вызывающих нарушение функции сердца

и не являющихся следствием заболеваний коронарных артерий, клапанного аппарата, перикарда, системной или легочной гипертензии, поражения проводящей системы сердца. По данным литературы доля идиопатических КМП составляет приблизительно 18% среди всех заболеваний сердца, большинство из которых являются генетически обусловленными. Необходимо отметить, что своевременно не диагностированная КМП может являться одной из причин внезапной коронарной смерти. На данный момент, применение клинико-лабораторных методов с целью ранней диагностики идиопатических КМП является не только малоинформативным, но и не дает полноценного представления о прогнозировании течения заболевания. Благодаря современным молекулярно-генетическим технологиям появилась возможность выявить генетические маркеры развития идиопатической КМП, что в дальнейшем позволит спрогнозировать вероятность развития данного заболевания, характер и тяжесть его течения и разработать стратегию профилактики.

Цель.

Провести исследование методом полногеномного секвенирования (NGS) основных кодирующих регионов (экзонов) генов GASQ2, TNNT2, MYBPC3, MYH7, MYL2, MYL3, TPM1, TNNI3, ACTC1, которые являются генетическими маркерами КМП и внезапной смерти, у пробанда и его матери.

Материалы и методы.

В исследование были включены образцы венозной крови пациента с Идиопатической дилатационной КМП, установленной на основании ЭхоКГ, МРТ, рентгенографии грудной клетки, и его матери. Методом фенол-хлороформной экстракцией были получены образцы ДНК данных пациентов. С помощью технологии «Амплисек» на аппарате «IonTorrent» были исследованы основные кодирующие регионы генов, ассоциированных с КМП и внезапной сердечной смерти. После проведения биоинформационного фильтеринга результатов секвенирования образцов ДНК, используя программы «GeneTalk» и «UGENE», была выявлена: замена p. Ser236Gly (A706G, rs3729989) в гене MYBPC3 в гомозиготном состоянии по мутантному аллелю (генотип G/G) у пробанда; замена p. Ser236Gly (A706G, rs3729989) в гене MYBPC3 в гетерозиготном состоянии (генотип A/G) у матери пробанда. При проведении верификации полученных данных и анализе образцов ДНК сибсов (брат и сестра пробанда) методом ПЦР-ПДРФ получено подтверждение наличия замены p. Ser236Gly (A706G, rs3729989) в гене MYBPC3 у пробанда (в гомозиготном состоянии по мутантному аллелю); у матери пробанда и обоих сибсов (в гетерозиготном состоянии).

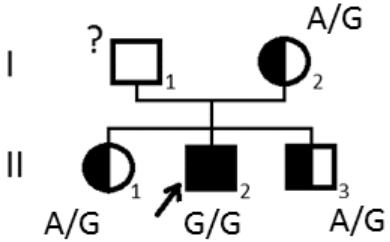

Рис. 1. Родословная пробанда. I-1 – ничего неизвестно; II-2 – пробанд, идиопатическая дилатационная КМП.

Заключение.

Полученные нами данные позволили утверждать, что наличие функционально значимой замены в гене MYBPC3 в гомозиготном состоянии является молекулярно-генетическим маркером, ассоциированным с Семейной формы дилатационной КМП тип 1MM (OMIM: 615396). А применение метода NGS секвенирования является перспективным для дальнейших исследований КМП.

Данная работа частично выполнена при поддержке гранта СПбГУ ИАС №1.38.79.2012.

К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА РАБОТАЮЩИХ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ПРЕПАРАТОВ АВТОХИМИИ

Монапова В.И.
Научный руководитель: д.м.н. проф. *Аликбаева Л.А.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Каждый работник имеет право: на рабочее место, соответствующее требованиям охраны труда , владеть информацией об условиях и охране труда на рабочем месте, о существующем риске повреждения здоровья, а также о мерах по защите от воздействия вредных или опасных производственных факторов.

Цель.

Целью исследования явилась оценка условий труда на предприятии ОАО «Химик» для последующей оценки профессионального риска работников основных профессий данного предприятия.

Материалы и методы.

На предприятии ОАО «Химик» была проведена оценка факторов производственной среды и трудового процесса по Р 2.2.2006 – 05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» для последующего определения профессионального риска работающих согласно руководству Р 2.2.1766 – 03 «Руководство по оценке профессионального риска для здоровья работников. Организационно - методические основы, принципы и критерии оценки».Основными технологическими профессиями на предприятии являются аппаратчики, наладчики оборудования, машинисты расфасовочно – упаковочных машин и укладчики – упаковщики. Производство охлаждающих жидкостей сопряжено с такими формами труда как механизированный и конвейерный, которые характеризуются определенными, и в ряде случаев значительными, физическими нагрузками. В связи с особенностями производственного процесса на рабочих местах формируется специфический комплекс факторов. Заданные технологическим процессом параметры температуры и влажности определяют микроклиматические условия на рабочих местах, технологическим оборудованием в процессе работы генерируется общая вибрация и производственный шум. В воздух рабочей зоны поступают как используемые в качестве исходных компонентов изготовляемой продукции, так и образующиеся химические вещества и аэрозоли. Оценка параметров микроклимата позволила установить, что на всех обследованных рабочих местах температура, относительная влажность и скорость движения воздуха были на уровне нормативных значений, что соответствовало 2 (допустимому) классу условий труда. Уровни производственного шума и общей вибрации также не превышали предельно допустимых значений на всех рабочих местах, следовательно, данные факторы тоже были отнесены к допустимому классу. Величины искусственной освещенности всех рабочих поверхностей соответствовали норме. В то же время, тяжесть трудового процесса для большинства технологических профессий соответствовала вредным условиям труда (3 класс) 1 степени. Кроме того, при производстве продукции в воздух рабочей зоны поступали вредные химические вещества. Было установлено, что среднесменные концентрации этиленгликоля превышали ПДК в 1,2-1,4 раза, что также обуславливало вредные условия труда 1 степени для всех оцененных профессий, кроме машиниста расфасовочно – упаковочных машин, где превышения ПДК установлено не было. Проведенные исследования позволили отнести условия труда при производстве препаратов автохимии на ОАО «Химик» преимущественно к вредным 3-го класса 1 степени на основании несоответствия нормам химического фактора и отдельных показателей тяжести труда. Оценивая профессиональный риск для работающих основных профессий по классам условий труда установлено, что индекс профзаболеваний ($И_{пз}$) находится в диапазоне 0,05 - 0,11, категория профессионального риска – малый (умеренный) риск. Для данной категории риска требуются меры по его снижению. Для оценки профессионального риска по медико – биологическим показателям рекомендуется проводить оценку состояния здоровья работающих по результатам периодических медицинских осмотров и оценивать показатели нарушения репродуктивного здоровья и здоровья потомства.

Вывод.

По результатам оценки профессиональный риск по степени весомости доказательств относится ко 2 категории (подозреваемый профессиональный риск), так как он установлен на основе результатов гигиенической оценки условий труда работающих на ОАО «Химик» по критериям руководства Р 2.2.2006 – 05. Для установления профессионального риска по степени весомости доказательств 1 категории (доказанный или предполагаемый профессиональный риск дополнительно проводится оценка заболеваемости с временной утратой трудоспособности и результатов профосмотров, работающих на ОАО «Химик».

КЛИНИКО-ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АТАКСИИ-ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИИ

Тулуш Е.К.[1,2], Ледащева Т.А.[1,2], Куранова М.Л.[3], Спивак И.М.[3]

Научные руководители: д.м.н., проф. *Романенко О.П.*, к.м.н. *Ледащева Т.А.*

1 - СПб ГКУЗ Диагностический центр (медико-генетический)

2 - СЗГМУ им. И.И. Мечникова

3 - Институт цитологии РАН, Санкт-Петербург

Атаксия-телеангиэктазия (АТ) (OMIM AT: 208900, OMIM дефектного гена: 607585) - редкое наследственное заболевание с частотой 1:100-300 тыс. населения. Имеет аутосомно-рецессивный тип наследования и обусловлено дефектом гена ataxia telangiectasia mutated (*atm*). АТ относится к наиболее изученным заболеваниям с повышенной радиочувствительностью у человека, коррелирует со сниженным репаративным потенциалом и неспособностью формировать блоки клеточного цикла после облучения. Клинически проявляется мозжечковой атаксией, телеангиэктазиями кожи, склер, слизистых, первичным иммунодефицитным состоянием, высокой предрасположенностью к неоплазиям и ранним летальным исходом в первом-втором десятилетии.

Цель работы

Заключалась в разработке экономически доступного экспресс-теста, основанного на методе непрямой иммунофлуоресценции с использованием антител к фосфорилированной форме ATM, для ранней диагностики АТ и уточнения диагноза в сложных случаях.

Материалы и методы.

Под нашим наблюдением состояло 22 больных из 19 семей с АТ. Семейные случаи составили 13,6%. Проводилось комплексное обследование неврологическими, цитологическими, молекулярно-генетическими, иммунологическими, инструментальными методами.

Результаты и обсуждение.

Одним из первых симптомов АТ является нарушение походки с момента самостоятельной ходьбы, по нашим данным у пробандов моторные изменения были с 0,76±0,11лет, выраженные явления атаксии в 3,7±2,3лет, с 6,7±0,6 лет появлялись хореиформные гиперкинезы в мышцах лица, рук и скандированная речь. К 11,8±0,5лет исчезала способность к самостоятельному передвижению. Тем не менее, у 53,3% пациентов возраст уточнения диагноза составил 5,7±0,6лет с пиком в 6,8±0,6 года. Таким образом, разработка экспресс-теста для уточнения формы атаксии, в том числе АТ, имела не только научную, но практическую значимость. Экспресс-тест основан на методе непрямой иммунофлуоресценции с использованием антител к фосфорилированной форме протеинкиназы ATM, которая выявляется в клетках здоровых людей в ответ на появление двунитевых разрывов или серьезных конформационных нарушений ДНК. В первичных фибробластах кожи и лимфоцитах периферической крови больных АТ определяли степень радиочувствительности в сравнении с клетками здоровых доноров и больных с недифференцированными формами атаксии. Цитологическая диагностика проведена в 26,3% семей, обследование методом экспресс-теста - в 10,5% семей. У одного пациента с клиническими проявлениями АТ диагноз был подтвержден, у второго – при использовании обоих методов было показано наличие как радиочувствительности, так и активной формы белка ATM, что требовало дальнейшего обследования больного.

Выводы.

Разработанный и апробированный экспресс-тест, основанный на методе непрямой иммунофлуоресценции, может быть использован для ранней диагностики АТ и дифференциации атаксий неясного генеза.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА CYP2C9 ПРИ ПЕРОРАЛЬНОЙ САХОРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ГЛИКЛАЗИДОМ

Абулула М., Баранов В.Л., Загородникова К.А., Топанова А.А
Научный руководитель: д.м.н., проф. Баранов В.Л.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель исследования.

Оценить клиническое значение генетических полиморфизмов CYP2C9 *2, *3 при применении гликлазида у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы.

Обследован 41 пациент с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа, принимавших гликлазид в качестве монотерапии в начальной дозе 30-60 мг/сут, под контролем уровня гликемии, Из ниж: мужчин - 28 (68,3%), женщин - 13 (31 ,7%). Средний возраст пациентов составил 54,8±1,1 года (от 39 до 66 лет). Среднее значение ИМТ - 23,4±0,2 кг/м2 (от 19,5 до 25 кг/м2).

У всех пациентов взяты образцы крови и проведен генетический анализ на выявление полиморфизмов CYP2C9*2,*3 методом ПЦР в реальном времени на анализаторе ДТ-96.

Результаты исследования.

Установлено, что среди 41-го пациента аллельный вариант CYP2C9*2 обнаружен у 11 больных (26,8%). Генотипы распределились следующим образом: *2*2- 0(0%), *1*2-11 (26,8%); аллельный вариант CYP2C9*3 обнаружен у 7 пациентов (17%) в гетерозиготном состоянии.

Мы наблюдали, что в группе исследуемых с наличием мутантного аллеля (*2 или *3) целевой уровень гликемии был достигнут у 13 пациентов (72,2%). Средняя суточная доза гликлазида составила 53±3,6 мг (30 мг-3 пациента; 60 мг- 10 пациентов). В остальных 5 случаях в связи с недостаточной эффективностью к терапии был добавлен метформин. В группе пациентов без мутаций целевой уровень гликемии был достигнут у 14 пациентов (60,8%). Средняя суточная доза гликлазида составила 83,5±7,1 мг (30 мг- 1 пациент; 60 мг- 4 пациентов; 90 мг- 6 пациентов; 120 мг- 3 пациента). В остальных 9 случаях в связи с недостаточной эффективностью терапия усилилась.

Выводы.

Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты с сахарным диабетом 2 типа, получающие в качестве стартовой терапии гликлазид, достигают целевого уровня гликемии в большем проценте случаев и на более низкой дозе препарата, если они являются носителями мутантного аллеля *2 или *3 в гене CYP2C9.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Кислицына О.Н., асп., *Топузов Р.Э.*, асп., *Ерохина А.А.* 640 гр., ЛФ.
Руководитель темы: к.м.н. *Ерохина Е.А.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность.

Результаты оперативного лечения рака толстой кишки зависят от многих факторов, в том числе от характера послеоперационных внутрибрюшных осложнений (ПВБО). Диагностика их трудна, что задерживает сроки хирургической коррекции.

Материал и методы.

Изучены результаты лечения 1355 больных, перенесших хирургические вмешательства на толстой кишке по поводу верифицированного рака, из которых у 139 отмечены ПВБО. В

послеоперационном периоде проводился клинико-лабораторный мониторинг. Обращали внимание на жалобы больных, вздутие живота, замедление перистальтики, лихорадку и другие клинические проявления осложнений. Оценивали показатели клинико-лабораторных и инструментальных исследований.

Полученные результаты.

ПВБО развивались чаще у мужчин - 14,1%, чем у женщин – 7,7%. Причем у мужчин увеличение осложнений наблюдалось преимущественно в возрасте 50-59 лет (24%). Среди них было больше больных с перитонитом без четко выявленного источника (80%), с кровотечениями (72,7%), абсцессами (64%). Чаще осложнения развивались при первично-множественном раке и при локализации опухоли в поперечной ободочной кишке и селезеночном изгибе. Чаще ПВБО наблюдались после операций с формированием кишечных анастомозов (12%). При экстренных хирургических вмешательствах количество ПВБО не намного больше, чем при плановых, но летальность значительно выше и достигала 8,3%.

Первые клинические признаки развивающихся ВБО появлялись на 3-5 сутки после операции, за исключением внутрибрюшного кровотечения и мезентериального тромбоза, которые отмечены в первые двое суток. Отчетливые перитонеальные симптомы отмечались далеко не у всех, что затрудняло диагностику. Появление одного какого-либо симптома не всегда являлось признаком развивающегося осложнения. А совокупность нескольких клинических проявлений всегда свидетельствовала о неблагополучном течении послеоперационного периода. Появление тревожных клинических признаков являлось показанием к использованию инструментальных методов. Ультразвуковое исследование и компьютерная томография оказались необходимыми в диагностике у большинства больных с абсцессами брюшной полости и распространенным перитонитом, у 17% пациентов с несостоятельностью кишечных швов. Рентгенологический метод помог подтвердить наличие ранней послеоперационной кишечной непроходимости в 72% наблюдений. Данные инструментальных методов исследования сопоставлялись с клинической картиной развивающегося осложнения и в совокупности диагностировали ПВБО.

Выводы.

Проведенное исследование показало значимость оценки клинических симптомов и особенно их сочетания и динамики в диагностике ПВБО у больных раком толстой кишки. Выделены наиболее опасные сроки развития внутрибрюшных осложнений: 3-5 сутки послеоперационного периода. Раннее распознавание клинических симптомов, особенно их сочетания, позволяло своевременно применить необходимые инструментальные методы для подтверждения диагноза и выполнения хирургической коррекции ПВБО.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОХРАНЁННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Некрасова Т.В.

д.м.н., проф. *Перепеч Н.Б.*

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Введение.

По результатам многочисленных эпидемиологических исследований, около 50% пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) имеют сохранённую фракцию выброса (ФВ). В настоящее время недостаточно изучен вопрос, каково влияние степени диастолической дисфункции на качество жизни больных и выраженность клинических проявлений пациентов с ХСН и сохранённой ФВ (ХСН-СВФ).

Цель исследования:

Изучить клинические особенности и качество жизни, определить наличие влияния степени нарушения диастолической функции на выраженность симптоматики и качество жизни пациентов с ХСН-СФВ.

Материалы и методы исследования.

Обследован 71 пациент с ХСН-СФВ (ФВ>50%, измеренная по методу Simpson) в возрасте от 51 до 82 лет, средний возраст 63,75±7,75 года, из них 9 мужчин (12,68%). Всем пациентам проводился тест 6-минутной ходьбы, эхокардиографическое исследование на аппарате Vivid 4, определялась ФВ левого желудочка и производилась оценка диастолической функции с определением показателей трансмитрального кровотока (скорость раннего трансмитрального диастолического кровотока E, скорость трансмитрального кровотока во время систолы предсердий A, соотношение E/A, время замедления раннего диастолического наполнения DT, время изоволюметрического расслабления IVRT) и скоростей смещения митрального кольца при помощи импульсноволновой тканевой допплерографии (E' и отношение E/E'). Применялась методика для оценки качества жизни больных с ХСН – Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), для оценки тяжести клинических проявлений – шкала оценки клинического состояния при ХСН (ШОКС) (модификация Мареева В.Ю., 2000). Статистический анализ осуществлялся с применением программы STATISTICA 6.1. Выполнялся расчёт показателей средних величин и стандартного отклонения, при наличии нормального распределения достоверность средних величин определялась по t-критерию Стьюдента, проводился корреляционный анализ с помощью критерия корреляции Пирсона.

Результаты исследования.

В зависимости от выраженности клинических проявлений и по результатам теста 6-минутной ходьбы пациенты были распределены на 2 группы: 1 группа (n=34) – пациенты с I функциональным классом (ФК) ХСН (NYHA), 2 группа (n=37) – II ФК ХСН. Пройденная дистанция в 1 группе составила 472,79±33,06 м, во 2 группе – 376,30±33,95 м. Из клинических симптомов ХСН у пациентов обеих групп наблюдались одышка, утомляемость, слабость, сердцебиения, периферические отёки, во 2 группе достоверно чаще регистрировался отёчный синдром ($p<0,05$). В 1 группе отмечались лучшие показатели качества жизни (25,38±17,42 и 42,76±18,20 баллов соответственно, $p<0,05$) и результаты оценки тяжести клинических проявлений с применением ШОКС (1,59±0,96 и 3,32±1,13 баллов соответственно, $p<0,05$). У пациентов 1 группы диастолическая дисфункция (ДД) I типа была диагностирована в 26 случаях, II типа – в 3 случаях, у 5 пациентов отсутствовали признаки ДД. Во 2 группе ДД определялась у всех пациентов: I типа в 31 и II типа в 6 случаях. Корреляционный анализ выявил достоверное отрицательное влияние показателя E/E' на дистанцию по результатам теста 6-минутной ходьбы $r=-0,48$, $p<0,05$), а также прямое влияние на показатели качества жизни и результаты оценки тяжести клинических проявлений с применением ШОКС ($r=0,49$ и 0,52 соответственно, $p<0,05$).

Вывод.

У пациентов с ХСН-СФВ степень диастолической дисфункции оказывает влияние на качество жизни и выраженность клинической симптоматики.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА «ПОРТФОЛИО КЛИНИЧЕСКОГО ОРДИНАТОРА»

Тур Е.Ю.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Фролова Е.В.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Использование портфолио в системе образования в последнее время получило широкое распространение. Метод портфолио используется как в условиях непрерывного профессионального развития врачей, так и в додипломном обучении. С 2012 года на кафедре семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова началась разработка электронной версии «Портфолио клинического ординатора» для использования ее, как дополнительного инструмента обучения в клинической ординатуре. Философия портфолио заключается в том, что предполагается смещение акцента с оценки на самооценку, то есть клинический ординатор должен самостоятельно определить приоритет своего развития в той или иной области. Основной смысл портфолио — показать самое лучшее, на что способен клинический ординатор.

Цель работы:

Разработать максимально действенную модель совершенствования и развития клинического ординатора, опираясь на метод индивидуальной накопительной оценки, основной стратегией которой является отслеживание прогресса обучения ординатора в его профессиональной деятельности.

Материалы и методы:

для использования портфолио в обучении была создана_электронная платформа, способная отразить процесс обучения и профессионального роста клинического ординатора, с помощью регистрации информации и регулярного заполнения модулей. Программа «Портфолио клинического ординатора» была сконструирована в виде корневого каталога, который содержит следующие разделы: «Личная информация», «Практическая работа», «Научная работа», «План индивидуального развития», «Самостоятельная работа» и «Внешняя оценка».

Для повышения мобильности программы «Портфолио клинического ординатора» разработанный ранее корневой каталог был модернизирован в виде Интернет–сайта при помощи html-редактора. Возможность использования он-лайн версии портфолио обеспечило легкую управляемость, простоту введения данных, быстрое воспроизведение и управление на любом мобильном устройстве.

Результаты:

Программа «Портфолио клинического ординатора» успешно применяется на кафедре семейной медицины с 2012 года в качестве дополнительного инструмента обучения и позволяет подобрать индивидуальный подход к каждому ординатору, определить его сильные и слабые стороны, и при помощи пошаговой оценки учебного процесса добиться максимального результата. Создание программы «Портфолио клинического ординатора» преследует выполнение следующих задач: 1. Фиксирование, накопление и оценка индивидуальных достижений ординатора; 2. Создание целенаправленных стратегий развития и стимулирование интереса к учебному процессу и кумуляция полученных знаний; 4. Формирование профессионального потенциала и развитие способности к организации самостоятельной деятельности; 6. Обеспечение преемственности в обучении на разных базах; 7. Создание полного представления о работе клинического ординатора и последующая акцентуация учебного процесса согласно его интересам; 8. Развитие рефлексивности к процессу обучения у клинического ординатора, повышение ответственности и самостоятельности в организации процесса обучения; 9. Формирование правильной самооценки и внешней оценки работы ординатора; 10. Создание базы для системного контроля наблюдения пациентов.

Заключение:

Разработанная модель портфолио позволяет подобрать индивидуальный подход к каждому ординатору, мониторировать процесс обучения и управлять им, в том числе дистанционно.

КОМПЬЮТЕРНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ КАК ЭТАП ПЛАНИРОВАНИЯ КОСТНО-РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ НА ЛИЦЕВОМ ОТДЕЛЕ ЧЕРЕПА В РАСТУЩЕМ ОРГАНИЗМЕ

Стеценко А.Г., Филиппова А.В.

Научный руководитель: д.м.н., *проф. Семенов М.Г.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

При рассмотрении вопроса о планировании оперативного лечения детей с врожденной и приобретенной деформацией лицевого отдела черепа выявляется ряд проблем, основными из которых мы считаем отсутствие достоверной прогнозируемости отдаленного послеоперационного результата и, как следствие, необходимость проведения повторных операций для функциональной и эстетической реабилитации пациента. Основной методикой для планирования операции является краниометрический расчет. Для планирования операций в

условиях растущего организма, по нашему мнению, наиболее перспективным является сочетание краниометрического расчета с трехмерным компьютерным моделированием.

Цель.

Разработка методики планирования оперативного вмешательства на лицевом отделе черепа у детей с использованием краниометрического анализа и трехмерного компьютерного моделирования.

Материалы и методы.

В работу включены пациенты с деформацией лицевого отдела черепа в возрасте от 1 до 18 лет. Полученная в ходе обследования компьютерная томограмма обрабатывается в соответствующих программах, где проводится трехмерный цефалометрический анализ, учитывая возраст и патологию лицевого черепа, моделируются возможные схемы оперативного лечения.

Выводы.

Виртуальное моделирование костно-пластических операций челюстно-лицевой области по устранению деформаций черепа, основанное на возрастных показателях краниометрического анализа позволяет:

-оценить характер определенной патологии;

-виртуально просчитать изменение соотношения костей лицевого черепа в результате всех возможных схем оперативного лечения;

-объективизировать планируемое перемещение остеотомированных фрагментов лицевого черепа.

Планирование вмешательства по данной схеме позволяет согласовать его с очередным этапом ортодонтического лечения для определенного возраста пациента при его патологии.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ ТРЕХПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Потанин С.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Михайлов А.В.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Применение методов ВРТ обусловило повышение частоты трех- и более плодных беременностей. Многоплодная беременность сопряжена со значительным повышением частоты специфических осложнений со стороны матери: преэклампсия, гестационный диабет, артериальная гипертензия, кровотечение в послеродовом периоде. Высокий уровень преждевременных родов у этой группы пациенток приводит к увеличению перинатальной детской заболеваемости и смертности, повышаясь соответственно числу развивающихся плодов. Уровень перинатальной смертности среди троен существенно выше, чем при одноплодной беременности. Необходимо отметить, что риск развития осложнений при многоплодии зависит не только от числа плодов, но и от типа многоплодия. При наличии монохориальной пары, возрастает риск развития специфических осложнений, в частности фето-фетального трасфузионного синдрома. В связи с этим в настоящее время применяется операция редукции числа плодов с целью минимизировать риски и улучшить исходы беременностей. Однако, существует группа пациенток при супермногоплодии, которые отказываются от проведения инвазивных вмешательств и настаивают на консервативном ведении.

Цель работы:

Провести анализ течения, осложнения и исходов при консервативном ведении трехплодных беременностей в 2013 г.

Материалы и методы:

В 2013 года наблюдались 6 пациенток при разных типах трехплодной беременностей. Все они были категорически настроены на продолжении вынашивания беременности, без проведения операции редукции числа плодов. При сроке беременности 11-13 6/7 недель всем пациенткам был проведен ультразвуковой скриннинг I триместра в целях исключения маркеров хромосомных аномалий. В зависимости от типа многоплодия беременные разделены на 2 группы. В первую групп вошли 2 беременные при трихориальном триамниотическом многоплодиией, во вторую – 4 беременных при дихориальном триамниотическом многоплодии.

В первой группе 1 пациентка родоразрешена в 31 неделю, в связи прогрессирующей истмико-цервикальной недостаточностью, вторая пациентка продолжает вынашивать беременность достигнув срока беременности 27 недель. 2 пациентки из II группы родоразрешены путем операции кесарева сечения при сроке 31 и 32 недели соответственно, в связи с прогрессирующей ИЦН. В одном случае произошла антенатальная гибель обоих плодов из монохориальной пары при сроке 22/23 недели, в связи с развитием фето-фетального трансфузионного синдрома, пациентка продолжает вынашивать одного плода, достигнув срока беременности 38 недель. У четвертой пациентки беременность протекала без осложнений, однако она была родоразрешена путем операции кесарева сечения при сроке 34/35 недели в связи с преждевременным излитием околоплодных вод.

Выводы:

На основании проведенного исследования можно сделать вывод о том, что развитие специфических осложнений при вынашивании трехплодной беременности, напрямую зависит от выбранной тактики ведения пациентки, и сопряжен с высоким риском преждевременных родов. При пренатальном консультировании уже в 1 триместре с беременными должна проводиться беседа и разъяснение по поводу тактики ведения беременности и всех возможных осложнений, связанных с консервативным ведением трехплодной беременности.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ МОНОХОРИАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ ОБРАТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ

Шлыкова А.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Михайлов А.В.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Синдром обратной артериальной перфузии является специфическим осложнением монохориальной беременности, при котором у одного из плодов рудиментарно развито или отсутствует сердце – плод-акардиус. Возможность антенатального развития плода-акардиуса определяется наличием анастомозов между системами гемоциркуляции плодов и “насосной” функцией сердца нормально развитого плода-помпы, однако в 30-60% беременность заканчивается его гибелью в следствие развития сердечной недостаточности. При беременности, осложненной синдромом обратной артериальной перфузии, возможно осуществление консервативной и оперативной тактики ведения. При этом последняя сочетается со значимым числом постоперационных осложнений, приводящих к прерыванию беременности. Выбор консервативной тактики ведения беременности возможен при использовании специализированных методов оценки состояния плода-помпы, позволяющих исключить признаки развития у него сердечной недостаточности, а также коррекции и профилактики других осложнений течения беременности, в частности, таких как преждевременные роды, многоводие, респираторный дистресс-синдром новорожденного.

Цель работы:

Представлен всесторонний клинико-патофизиологический анализ успешного консервативного ведения беременности, осложненной синдромом обратной артериальной на фоне острого многоводия и угрозы преждевременных родов.

Материалы и методы:

У пациентки при сроке беременности 19 недель было выявлено наличие монохориального многоплодия, осложнившегося синдромом обратной артериальной перфузии второго близнеца. Ввиду отсутствия при динамическом наблюдении превышения предполагаемой массы плода-акардиуса и быстрого ее увеличения относительно размеров плода-помпы, а также отсутствия признаков повышения сердечной преднагрузки у плода-помпы, была выбрана консервативная тактика ведения беременности. В связи с формированием острого многоводия в амниотической полости плода-акардиуса трижды при сроках беременности 28, 32 и 32 недели проведены амниоредукции с эвакуацией 2100, 2500, 3000 мл амниотической жидкости соответственно. При динамическом наблюдении по данным ультразвуковой допплерометрии было выявлено выраженное повышение резистентности

кровотоку в венозном протоке у плода-помпы, что свидетельствовало о повышении уровня преднагрузки и развитии у него сердечной недостаточности. Эти патофизиологические проявления нарушения гемодинамики явились показанием для родоразрешения пациентки путем операции кесарева сечения в срочном порядке при сроке беременности 35 недель 6 дней. Оценка живого новорожденного по шкале Апгар 7/7 баллов, вес 1970 грамм, длина – 42 см. Вес плода-акардиуса составил 1990 грамм, длина – 31 см. При оценке строения плаценты между пуповинами плодов обнаружены выраженные артерио-артериальные и вено-венозные анастомозы, что подтверждало этиологию формирования синдрома обратной артериальной перфузии. Состояние новорожденного расценивалось как средней тяжести за счет морфо-функциональной незрелости, недоношенности и термолабильности. Новорожденный был переведен в детскую городскую больницу №1 на второй этап выхаживания и выписан под наблюдение участкового педиатра через 1 месяц.

Выводы:

Консервативная тактика ведения монохориального многоплодия, осложненного синдромом обратной артериальной перфузии, показана только при наличии возможности динамической оценки состояния гемодинамики и отсутствии признаков повышения сердечной преднагрузки у плода-помпы.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ПОСТУПЛЕНИЯ КАЛЬЦИЯ И АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ЕГО НЕДОСТАТОЧНЫМ ПОСТУПЛЕНИЕМ В ОРГАНИЗМ МОЛОДОГО ЧЕЛОВЕКА

Базилевская Е.М.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Якубова И.Ш.*

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Одно из направлений профилактической медицины - ранняя диагностика и профилактика алиментарно обусловленных заболеваний. Развитию заболеваний, связанных с нарушением обмена Са, способствуют как факторы риска окружающей среды, образа жизни, так и генетические факторы (ген коллагена I типа, ген рецепторов витамина D, ген остеокальцина). Молодой может являться оптимальным периодом онтогенеза взрослого организма для принятия мер по заблаговременной профилактике развития заболеваний с отсроченным проявлением.

Цель:

Изучить уровень поступления Са с пищей и водой, лабораторные показатели и генетическую предрасположенность к возникновению заболеваний, связанных с нарушением обмена Са, у лиц в возрасте 18-29 лет и разработать мероприятия по заблаговременной профилактике патологий.

Материалы и методы:

Изучено фактическое питание и потребление Са частотным методом у 486 человек (331 девушек и 155 юношей). Полиморфизм генов определяли методом ПЦР РВ (ген COL1A1) и ПДРФ в 6% ПААГ.(гены VDR и BGP) Оценка микроэлементного статуса по результатам многоэлементного анализа волос. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программ MicrosoftExcel 2007 и Statistica 6.0. Для определения статистической значимости различий вычислялся t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Критическим уровень статистической значимости принимался при значении критерия $p< 0,05$.

Результаты исследования:

Основными источниками естественного поступления Са в организм человека являются пища и питьевая вода**.** Среднее потребление элемента с продуктами питания лицами обоего пола составило 1037,5±33.2 у девушек и 1151,9±58,1 у юношей. В обеих возрастных группах выявилось нерациональное отношение кальция и фосфора: более 1: 1,5. У лиц с более высокими значениями ИМТ потребление Са было достоверно выше, чем у лиц с низкими и нормальными значениями ИМТ ($p=0,03$).Дефицитным по кальцию оказалось питание 57% девушек и 48 %

юношей (686,4±12,3 мг/сут**).** При анализе частоты потребления молока и молочных продуктов обнаружено, что ежедневно включали в свой рацион питания молоко и молочные продукты 36% опрошенных, несколько раз в неделю около 41 % и 11% - несколько раз в месяц и реже. Недостаточное поступление Са с пищей усугублялось потреблением маломинерализованной водопроводной питьевой воды г. Санкт-Петербурга и (или) бутилированных вод с недостаточной минерализацией и низким содержанием Са (менее 20 мг/л при рекомендуемых 50-70 мг/л).

Риск развития заболеваний, обусловленных недостаточным потреблением Са, усугублялся у 34% респондентов регулярным курением, у 67% - низкой физической активностью и злоупотреблением алкоголем у 9%.

Анализ содержания эссенциальных микроэлементов в волосах выделенной группы показал дефицит Са более, чем у 59% обследованных лиц. Генетический риск развития нарушений обмена Са как минимум по одному гену был выявлен у 20,9% обследованных и в половине случаев носительство «неблагоприятных» аллелей генов сопровождалось недостаточным потреблением Са с пищей.

Таким образом, оценка риска развития заболеваний, связанных с нарушением обмена Са, у молодых людей должна включать, как гигиенические (оценка фактического питания, пищевого статуса, адекватности обеспечения кальцием рационов), так и клинико-лабораторные методы (биохимические показатели, содержание Са в биосубстратах, молекулярно-генетическое тестирование), оценку физической активности и факторов образа жизни.

Это позволит применять персонифицированные рекомендации по заблаговременной профилактике заболеваний в молодом возрасте, что предохранит поколение от развития большого числа патологий.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОГЛОБИНОПАТИЙ

Жиленкова Ю.И.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Козлов А.В.*

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Гемоглобинопатии представляют собой группу наследственных заболеваний, приводящих к нарушению структуры или синтеза гемоглобина. Часть мутаций в глобиновых генах приводит к развитию анемий, требующих наблюдения и лечения, что является серьезной медицинской проблемой. Миграция населения привела к распространению глобиновых аномалий в те географические зоны, для которых они не были характерны. Санкт-Петербург по распространенности гемоглобинопатий является «белым пятном», поскольку нет сведений о частоте данной патологии, поскольку программы скрининга и диагностики гемоглобинопатий не разработаны.

Цель работы.

Разработка клинико-лабораторного алгоритма диагностики различных форм гемоглобинопатий с целью выявления, лечения и мониторинга пациентов с гемоглобинопатиями.

Материал и методы.

Будут обследованы пациенты с различными формами гемоглобинопатий разных возрастных групп (0-14, 14-18 и старше 18 лет), находившиеся на обследовании и лечении в лечебных учреждения Санкт-Петербурга.

Критерии включения:

1. Наличие анемии (микроцитарные анемии − MCV<80фл, MCH<27пг) и/или наследственная предрасположенность к гемоглобинопатиям, отсутствие дефицита железа или эффекта от приема препаратов железа.
2. Обнаружение аномальных вариантов гемоглобина с помощью электрофореза.
3. Низкая активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в эритроцитах.

Предпочтение будет отдаваться результатам разделения вариантов гемоглобина с помощью капиллярного электрофореза с прямой детекцией фракций при 415 нм. В ряде случаев будет использован электрофорез гемоглобина на агарозе.

Для выявления мутаций β-глобиновых генов будет использован метод обратной гибридизации продуктов мультиплекс-ПЦР с высокоспецифичными олигонуклеотидными зондами, фиксированными на мембранах-стрипах.

Активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы будет определяться в гемолизатах эритроцитов.

Заключение.

К настоящему времени проведен анализ данных по распространенности вариантов гемоглобинопатий в Санкт-Петербурге. Сформированы группы пациентов с наследственными гемоглобинопатиями. В контрольную группу включены сравнимые по возрасту и этнической принадлежности пациенты без гематологической патологии.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Афак М.Т., *Абдулаев М.А.*, *Бабаев Ш.М.*, *Абдуллаев М.А.* каф. госпитальной хирургии имени В.А. Оппеля

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Абдулаев М.А*

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Цель.

Изучить возможности эндовидеохирургии в диагностике и лечение осложнений дивертикулеза ободочной кишки

Материалы и методы.

Произведен анализ 45 историй болезней больных в возрасте от 26 до 87 лет, оперированных в Александровской больнице по поводу осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки с 2009 по 2013гг с использованием лапароскопии. В исследование вошли больные как дивертикулитами, так и перифокальным воспалением и перфорацией.

Большая часть больных (21 (46,7%)) оперированы по поводу дивертикулита. Всем 21 больным выполнено лапароскопическая диагностика, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (ципрофлоксацин, амикацин, метрогил) и в плановом порядке после обследования и купирования воспалительного процесса выполнена резекция сигмовидной кишки 14 (66,6%), левосторонняя гемиколэктомия 4(19%), отказались от оперативного лечения -3 (14,3%)

9 (20%) пациентов при диагностичесмком лапароскопии выявлен перекрут жировой подвески, некротизированная жировая подвеска удалена, послеоперационный период гладкий.

У 5 (11,1%) больных при лапароскопии диагностировано перифокальное воспаление Всем этим больным выполнена лапароскопическое асситированное формирование двуствольного ануса, непосредственно выше очага воспаление и не выписывая из клиники выполнена резекция сигмовидной кишки, после предварительного обследования (фиброколоноскопия и ирригоскопия)

10(22,2%) больным выполнена лапароскопическая диагностика с конверсией, при перитонитах и абсцессах малого таза, всем этим больным выполнены операции типа Гартмана.

Результаты.

Умерла одна больная (2,2%). из 45

Выводы:

Лапароскопия позволяет раннему подтверждению осложнений дивертикулеза ободочной кишки.

Лапароскопия при осложнений дивертикулеза ободочной кишки избавляет пациентов от лапаротомии, сокращает сроки пребывания больных в стационаре, не выписывая из стационара завершить лечение у пациентов в течение одной госпитализации

Лапароскопия снижает риск развития осложнений и уменьшает летальность до 2,2%

МИНИИНВАЗИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ

Шишкин А.А.
Научный руководитель: д.м.н., проф. *Пострелов Н.А.*
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Синдром Мириззи является одним из тяжелых осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ). Среди больных ЖКБ синдром Мириззи встречается в 0,2–5,0 % случаев. Общая летальность при этом заболевании составляет 11-14%. Неудолетворительные результаты отдаленного послеоперационного периода, обусловленные стриктурой гепатикохоледоха и резидуальным холедохолитиазом, отмечены у 13-14% больных. При синдроме Мириззи выделяют основные три метода оперирования: традиционный, лапароскопический и посредством минилапаротомии. Лапароскопическая холецистэктомия за последнее десятилетие стала операцией выбора при ЖКБ, так как она характеризуется малотравматичностью и небольшим количеством осложнений. При этом наличие СМ считается одним из противопоказаний к выполнению лапароскопической холецистэктомии, одной из причин конверсии и ятрогенных повреждений желчных протоков.

Цель работы:

Изучение особенностей применения миниинвазивных операций при синдроме Мириззи.

Материалы и методы:

Всего было выполнено 68 операций по поводу различных типов СМ, из них 27 было начато лапароскопическим доступом, 13 было начато из мини-доступа, остальные 28 операций были выполнены полностью лапаротомным доступом. При СМ 1 выполнено 24 операции. При этом конверсий выполнено: при лапароскопическом доступе в 66,7 % (10 из 15), при мини доступе - 33.3 (1 из 3). 7 операций выполнено полностью посредством лапаротомии. При СМ 2 всего выполнено 12 операций. При 4 лапароскопических операциях в 3 случаях выполнена конверсия (75 %). 1 операция выполнена из мини-доступа без конверсии, 7 операций выполнено лапаротомным доступ. При СМ 3 выполнено 14 операций, из них 8 произведены лапаротомным доступом, при всех миниинвазивных попытках, а именно при 5 ЛХЭ и 1 ХЭ из мини доступа, выполнена конверсия. При СМ 4 все 3 операции были выполнены лапаротомным доступом. При СМ 5А выполнено 16 операций: 5 операций произведено полностью лапаротомным доступом. При всех 3 ЛХЭ сделана конверсия. При СМ 5Б выполнена 1 операция традиционным доступом. В общей сложности конверсия при лапароскопическом доступе была выполнена в 77,8 % случаев. Причиной конверсии в большинстве случаев служил плотный инфильтрат в области шейки желчного пузыря (17 из 25 случаев), остальными причинами конверсий являлись: крупный конкремент в шейке желчного пузыря (3 раза); крупный конкремент, вклиненный в общий желчный проток (2 случая); интраоперационное кровотечение (2 случая) и в 1 случае конверсия была выполнена для формирования гепатикоеюноанастомоза при СМ 3 типа.

Выводы.

Диагностика хронического рубцово-сморщенного желчного пузыря, в том числе синдрома Мириззи, до оперативного вмешательства в большой степени затруднена и составляет около 10 %. В основном диагностические мероприятия выполняются интраоперационно. Операция выполняется из миниинвазивного доступа, а затем при ее неэффективности возможен переход на конверсию. При диагностике синдрома Мириззи следует осуществить холецистотомию. После устранения закупорки протока и удаления части желчного пузыря показана восстановительная операция на протоках. Реконструктивные операции на протоках должны быть расценены как вынужденные.

МОРФОЛОГИЯ РЕТИКУЛЯРНОЙ ФОРМАЦИИ СТВОЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Терехов А.Ю. Ревенков В.А.
Научный руководитель: к.м.н., доц. *Пугач П.В.*
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).

Цель работы.

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.

Вывод.

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

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТИМУСА, СЕЛЕЗЕНКИ И СЕМЕННИКОВ НОВОРОЖДЕННОГО ПОТОМСТВА АЛКОГОЛИЗИРОВАННЫХ САМЦОВ КРЫС

Бажин С.Ю., Мамерзаев Н.А., Круглов С.В., Круговихин С.А.
Научный руководитель: к.м.н., доц. *Пугач П.В.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Алкоголизм является таким социальным злом, которое трудно переоценить. Злоупотребление спиртными напитками, как медико-социальная проблема была известна давно и до сих пор остается актуальной. Изменения в развивающемся организме, возникающие при употреблении женщинами алкоголя во время беременности, объединены под названием «алкогольный синдрома плода». Вместе с тем патологические состояния у потомства, связанные с мужским алкоголизмом, практически не описаны в современной литературе.

Цель работы.

Установить изменения основных морфометрических параметров (относительная масса, длина, ширина и толщина) тимуса, селезенки и семенников новорожденного потомства белых крыс в зависимости от длительности алкоголизации самцов.

Материалы и методы.

Были изучены относительная масса, длина, ширина и толщина тимуса, селезенки и семенников 43 новорожденных белых крыс. В зависимости от длительности алкоголизации самцов их потомство разделили на V групп: контрольную (I группа – самцы не подвергались воздействию этанола) и потомство самцов подвергнутых этаноловой интоксикации на протяжении 2 (II группа), 3 (III), 4 (IV) и 5 (V группа) месяцев до спаривания. В работе использован комплекс анатомических (препарирование), морфометрических (массу тела, тимуса, селезенки и семенников определяли взвешиванием на электронных весах "Acculab" (США), определение линейных размеров органов проводили под бинокулярной лупой МБС-2 при помощи окуляр-микрометра) и статистических методов исследования.

В результате проведенного исследования установлено следующее. Относительная масса тимуса прогрессивно снижается на протяжении всего эксперимента, достигая минимальных значений в V группе. Длина тимуса достоверно не изменяется на протяжении эксперимента, за исключением III группы, когда ее значения увеличивается, по сравнению с контролем в 2,1 раза. Такая же тенденция отмечена и со стороны ширины тимуса (увеличение по сравнению с контролем в 2,8 раза). Ширина тимуса на протяжении эксперимента постепенно нарастает и достигант своего максимума в V группе. Относительная масса селезенки увеличивается в 2,7 раза у новорожденных животных во II группе, а в последующем снижается, возвращаясь в V группе к контрольным значениям. Наибольшие показатели длины и ширины селезенки регистрируются у крысят III группы. Толщина селезенки, оставаясь относительно постоянной у животных II-IV групп, резко возрастает к концу эксперимента. Относительная масса семенников новорожденных крыс постепенно снижается, достигая своих минимальных значений у животных IV группы, а затем отмечается тенденция к увеличению этого показателя. Наибольшие длина, ширина и толщина семенников, относительно контрольных значений, отмечены у животных III группы, а наименьшие – V.

Заключение.

Таким образом, алкоголизация самцов крыс вызывает у их потомства изменения как относительной массы тимуса, селезенки и семенников, так и их линейных размеров. При этом, степень выраженности изменений, тех или иных морфометрических параметров тимуса зависит от длительности этаноловой интоксикации самцов. Линейные размеры семенников при этом изменяются однонаправленно, не коррелируя с относительной массой.

МУТАЦИОННАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ В ПОПУЛЯЦИИ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА

Мохов А.С., Гончаров А.Е.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Мутационные изменения играют доминирующую роль в бактериальной адаптации и дают бактериям возможность использовать новые стратегии выживания (Chou et al., 2009; Cooper, 2007). Были проведены многие исследования направленные на изучение штаммов бактерий устойчивых к антибиотикам, вызывающие ассоциированные с ними вспышки инфекций (Foster, 2004; Abbott, 2005; Brazier, 2008; Guo et al., 2011). В ходе проведённых исследований было выявлена связь между повышенными частотами мутаций штаммов (штаммы-мутаторы) и их широким распространениям среди клинически и эпидемиологическими значимыми популяциями патогенных и условно патогенных бактерий, что ведёт к появлению и распространению новых устойчивых к антибиотикам штаммов.

Хотя определение штамм-мутатор также может быть применено к исторической глобальной пандемии, вызванной устойчивым к пенициллину штаммом золотистого стафилококка с фаготипом PT80/81, которая возникла в Австралии , Великобритании, и Северной Америки в начале 1950-х (Rountree and Beard, 1958; Williams et al., 1959; Wormald, 1961; Tanimoto, 1962). На сегодняшний день остаётся до конца не известным, в какой степени

мутаторный генотип ассоциирован у возбудителей инфекционных заболеваний человека с эпидемическими свойствами.

Цель.

Целью настоящего исследования было изучение частоты мутаций к рифампицину у штаммов Staphylococcus aureus, представляющих эпидемические и неэпидемические клональные линии.

Материалы и методы.

Идентификация частот мутаций проводилась на агаре АГВ с рифампицином в концентрации 100 мг/мл согласно [O'Neill, A. J., and I. Chopra. 2002.]

В работе использовалось 39 штаммов S.aureus: штаммы золотистого стафилококка spa-типов t008, t030, t037, штаммы MSSA различных spa-типов и штаммы MRSA эпидемического клонального комплекса CC8/239.

Результаты.

Установлено, что частоты мутаций изолятов обусловивших развитие амбулаторных гнойно-септических инфекций и штаммов, выделенных при обследовании практически здоровых носителей в нескольких географических регионах России находятся в диапазоне от 10 -4 до 10 -6 , причем 6 из 16 штаммов эпидемического клонального комплекса CC8/239 имели частоты мутаций большие, чем 10 -5 , что может быть расценено, как гипермутабельный генотип.

Выводы.

Таким образом, представляется целесообразным более детальное изучение эпидемического значения штаммов-мутаторов в клинических популяциях MRSA, включая динамическое наблюдение за генетическими событиями, приводящими к формированию гипермутабельного генотипа.

НАРУШЕНИЯ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕЛИАКИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Соловьева Е.А., Журавлева М.С., Шабанова А.А., Карпов А.А.
Научный руководитель: д.м.н., проф. Орешко Л.С.
СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Согласно данным эпидемиологических и клинических исследований последних десяти лет, отмечается рост патологии органов пищеварения в структуре других заболеваний (Баранов А.А., 2002, 2006; Урсова Н.И., 2004). В последнее время неуклонно растет число пациентов с глютеновой энтеропатией, что стало актуальным не только в педиатрической практике, но и среди взрослого населения. По мнению ряда авторов, особую роль на формирование заболеваний органов желудочно-кишечного тракта влияет дисморфогенетические изменения СТ. ДСТ это гетерогенная группа наследственной патологии, которая рассматривается как фоновая основа, определяющая особенности и тяжесть течения основного заболевания (Кадурина Т.И., 2000, Яковлев В.М. и соавт., 2001, Нечаева Г.И., 2006). В популяции распространенность недифференцированной ДСТ варьирует от 26% до 80% по данным различных авторов. Повсеместное присутствие соединительной ткани во всех отделах пищеварительной системы и ее дисморфогенетические изменения могут обуславливать различные функциональные нарушения органов желудочно-кишечного тракта.

Цель:

Выявить особенности моторно-эвакуаторных нарушений органов пищеварительного тракта у пациентов с целиакией, ассоциированной с ДСТ.

Материалы и методы.

Обследовано 26 пациентов с целиакией, ассоциированной с недифференцированной ДСТ. Средний возраст больных составил 21,4 года (от 18 до 35 лет). Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,14 соответственно. Выявление недифференцированной ДСТ проводилась по критериям Т. Милковской-Димитровой и А. Каркашева (1985). Для оценки тяжести ДСТ

применялась балльная оценка значимости отдельных фенотипических признаков ДСТ, предложенная Л. Н. Аббакумовой. По данной шкале набранные пациентами баллы варьировали от 17 до 38 (среднее значение 24,8), что характерно для умеренной и тяжелой степени дисплазии. У всех пациентов диагноз целиакия был подтвержден при помощи эндоскопического и генетического исследования.Для оценки моторно-эвакуаторной функции органов желудочно-кишечного тракта использовалась периферическая электрогастроэнтерография на гастроэнтеромониторе «Гастроскан ГЭМ» (НПО «Исток-Система», г.Фрязино) в стандартном режиме (стандарт-ЭГЭГ) согласно разработанной методике. Методы описательной статистики включали в себя оценку среднего арифметического (M), ошибки среднего значения (m) – для признаков, имеющих нормальное распределение; а также частоты встречаемости – для качественных признаков. Статистическая обработка материала выполнялась на ЭВМ с использованием стандартного пакета программ (Statistica for Windows V. 6.0).

Результаты.

У всех обследованных больных выявлены моторно-эвакуаторные нарушения органов пищеварения. Со стороны верхних отделов пищеварительного тракта определялись следующие нарушения: 19 человек (73,1%) – ГЭР натощак, 5 человека (19.2%)- ДГР натощак, 13 человек (50%) – ГЭР после стандартной пищевой стимуляции, 3 человека (11,5%)- ДГР после еды, у 13 человек (50%) отмечалось сочетание данных изменений. Также, у 19 человек (73,1%) выявлены неадекватный, недостаточный или избыточный ответ желудка и двенадцатиперстной кишки на пищевую стимуляцию. Со стороны кишечника отмечался гипертонус или спастические сокращения отделов тонкой кишки на протяжении всего исследования у 17 человек (65,3%) и аналогичные изменения в толстой кишке у 12 человек (46,2%). Кроме того у 4 человек (15,3%) выявлена гипотония толстой кишки во вторую фазу исследования.

Выводы.

У всех обследованных пациентов с целиакией, ассоциированной с выраженной ДСТ, встречаются нарушения моторики пищеварительного тракта, наиболее частыми из которых являются гастроэзофагеальный рефлюкс, гипертонические и гиперкинетические состояния кишечника. В комплексную терапию пациентов, имеющих признаки ДСТ, для коррекции метаболизма в соединительнотканных структурах необходимо включать витаминно-минеральные комплексы, содержащие в составе магний.

НАРУШЕНИЕ СОСТАВА ПРИСТЕНОЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ЛЕГКОГО, ПОЛУЧАЮЩИХ ХИМИОТЕРАПИЮ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОБИОТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Иванов С.В., Серкова М.Ю.

Научные руководители: д.м.н., проф. [1]*Авалуева Е.Б.*, д.м.н. [2]*Орлов С.В.*

1 - СЗГМУ им. И.И. Мечникова;

2 - ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова

Цель исследования:

Усовершенствование технологий лечения пациентов с раком легкого, получающих химиотерапию, на основании использования в схемах терапии пробиотического комплекса «Бактистатин».

Материалы и методы:

41 пациент с раком легкого, получающие первый цикл первой или второй линии химиотерапии. Пациенты основной группы (n=21) в течение 28 дней от начала курса химиотерапии получали пробиотический комплекс «Бактистатин» по 2 капсуле 2 раза в день. Пациенты контрольной группы (n=20) получали только химиотерапевтические препараты. Пациентам до и после лечения было проведено исследование метаболитов микроорганизмов в крови с помощью метода газожидкостной хроматографии – масссспектрометрии по методу Осипова Г.А. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «SPSS Statistics 17.0» (компания «SPSS Inc.», США), с помощью критерия Манна-Уитни и критерия χ^2.

Результаты исследования:

В результате определения концентрации микробных метаболитов в крови у пациентов с раком легкого обнаружено значимое снижение уровня метаболитов бифидобактерий у 36 (87,8%) пациентов и уровня метаболитов лактобактерий – у 38 (92,6%) пациентов. При референтных значениях 5067 кл/г х 10^5, средний уровень маркеров бифидобактерий составил 3073 кл/г х 10^5. Обращал на себя внимание низкий уровень метаболитов *Streptococcus spp.*, что наблюдалось у 36 (87,8%) пациентов; *Cl. hystolyticum* – у 37 (90,2%) пациентов; *Lactococcus* – у 36 (87,8%); *Cl. propionicum* – у 38 (92,6%); *Actinomyces* – у 32 (78,0%); *Pseudonocardia* – у 36 (87,8%); *Cl. ramosum* – 18 (43,9%); *Alcaligenes* – у 19 (46,3%); *Rhodococcus* – у 25 (60,9%); *Staphylococcus intermedius* – у 33 (80,4%); *Cl. difficile* – у 28 (68,2%); *Eubacterium / Cl. coccoides* – у 27 (65,8%); *Staphylococcus* – у 22 (53,6%); *Eubacterium* – у 20 (46,3%); *Streptococcus mutans* – у 18 (43,9%) пациентов. Общее снижение метаболической активности микроорганизмов подтверждалось снижением общей микробной нагрузки у 37 (90,2%) включенных в исследование пациентов с раком легкого. Общая микробная нагрузка была снижена у всех обследованных пациентов: при референтных значениях 33869 кл/г х 10^5 средний уровень общей микробной нагрузки составил 22497 кл/г х 10^5. Также отмечалось появление в крови метаболитов патогенных микроорганизмов, уровень которых не должен превышать нулевое значение, в том числе *Moraxella / Acinetobacter* – у 20 (48,7%) пациентов, *Pseudomonas aeruginosa* – у 7 (17,0%) пациентов, *Fusobacterium / Haemophylus* – у 27 (63,4%) пациентов, *Bacteroides fragilis* – у 22 (53,6%) пациентов, *Cl. perfringens* – у 32 (78,0%) пациентов. После приема сорбционно-пробиотического комплекса «Бактистатин» у пациентов основной группы отмечено повышение уровня метаболитов бифидобактерий в крови у 11 (52,3%) пациентов. У пациентов контрольной группы не было выявлено повышения данного показателя по сравнению с исходными значениями к 28-му дню наблюдения, у 14 (70,0%) пациентов контрольной группы данный показатель продолжал снижаться. Уровень метаболитов лактобактерий в основной группе снизился к 28 дню наблюдения у 14 (66,6%) пациентов, в контрольной группе снижение показателя отмечено у всех 20 (100%) пациентов. Уровень микробных эндотоксинов оставался низким в обеих группах в начале и в конце периода наблюдения. В конце периода наблюдения общая микробная нагрузка увеличилась у 12 (57,1%) пациентов в основной группе и только у 6 (30,0%) пациентов в контрольной группе.

Выводы:

У пациентов с раком легкого, получающих химиотерапию, выявлено значительное снижение количества облигатных и факультативных представителей микрофлоры кишечника. При этом имеет место выраженный микроэкологический дисбаланс интестинального биотопа: на фоне выраженного снижения облигатных и факультативных представителей микробиоты повышается активность патогенной микрофлоры кишечника. Своевременное назначение пробиотических препаратов на фоне курса химиотерапии, способствует поддержанию исходного количества облигатных представителей пристеночной микрофлоры кишечника, и способствует гармонизации микробиоты желудочно-кишечного тракта.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Малушко А.В., Волкунович Т.А., Зубарева Т.М., Калинина Е.А., Дедуль А.Г.
Научный руководитель: д.м.н. *Комличенко Э.В.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В настоящее время в структуре гинекологической заболеваемости на долю пролапса тазовых органов (ПТО) приходится до 30%. С увеличением продолжительности жизни частота данного заболевания возрастает. Необходимо отметить, что в связи с рецидивом пролапса повторно оперируются более 35% больных.

Целью

Нашего исследования явилось определение новых диагностических биомаркеров ПТО у женщин и прогнозирование рецидива заболевания в послеоперационном периоде путем изучения метаболома сыворотки крови.

Материалы исследования.

В исследование включены 90 женщин в возрасте 55-65 лет. I группа – пациентки с ПТО в сочетании с дисплазией соединительной ткани. II группа – пациентки с рецидивом ПТО после оперативного лечения. III группа – пациентки без ПТО (контрольная группа).

Методы исследования.

Определение качественного и количественного состава метаболома сыворотки крови обследуемых проводится с помощью метода газовой хромато-масс-спектрометрии, стадирование ПТО выполняется по классификации POP-Q (ICS, 1996),

Заключение.

На данном этапе данные находятся на этапе обработки. Планируется впервые изучить метаболический профиль у женщин с ПТО, использую полученные результаты, выявить критерии для формирования групп по развитию рецидива ПТО после оперативного лечения.

НОВЫЙ ЭТАП ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ - ТРАНСФАРИНГЕАЛЬНЫЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП К ЩИТОВИДНОЙ И ОКОЛОЩИТОВИДНЫМ ЖЕЛЕЗАМ

Султанова Ф.М., Смирнов А.А., Татаркин В.В.
Научный руководитель: д.м.н., проф. *Трунин Е.М.*
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 околощитовидным железам.

Цель:

Оценить использование трансфарингеального доступа к ЩЖ и ОЩЖ.

Материалы и методы:

Ниже дано описание доступа. 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 – в латеральном, а также за счет увеличения расстояния между долей щитовидной железы и глубокими мышцами шеи. Затем отсоединяют проксимальную часть устройства и извлекают её из полости глотки. 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.

Результаты топографо-анатомического исследования: эндоскопический угол операционного действия составил 610 – 770, общая площадь зоны доступности была равна 26,8 – 33,1 $см^2$, значение объема операционного пространства составило 13,4 – 19,7 $см^3$. В большинстве случаев нам удалось визуализировать важнейшие околощитовидные образования.

Выводы:

Эти данные говорят о рациональности предложенного доступа и о возможности его выполнения с помощью гибкого эндоскопа.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ Х

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

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Введение:

Кардиальный синдром Х (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.

Цель исследования:

изучить влияние терапии Предукталом МВ на показатели нагрузочного теста и качество жизни 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. Для оценки качества жизни пациентов использовался Сиэтлский опросник качества жизни (SAQ). 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) и проведена оценка качества жизни с помощью SAQ.

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 ($p < 0,05$).

По данным SAQ: значение по шкале PL (ограничение физических нагрузок) после лечение в 1-ой группе составило 51,4%, во 2-ой группе – 80%; значение по шкале AS (стабильность стенокардии) после лечения в 1-ой группе составило 68,1%, во 2-ой группе – 94%; значение по шкале AF (частота приступов стенокардии) после лечения в 1-ой группе составило 72,1%, во 2-ой группе – 93%; значение по шкале TS (удовлетворенность лечением) после лечения в 1-ой группе составило 73,2%, во 2-ой группе – 90%; значение по шкале DP (отношение к болезни) после лечения в 1-ой группе составило 62,3%, во 2-ой группе – 88%. .

Выводы:

На основании проведенного исследования можно говорить о том, что добавление Предуктала МВ к базисной терапии у больных с КСХ значительно улучшает качество жизни и показатели нагрузочной пробы.

О РОЛИ ЭСТЕТИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПРИ КОНСТРУИРОВАНИИ ПОЛНЫХ СЪЁМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

Казаченко Е.В.
Научный руководитель: проф. *Мишнёв Л.М.*
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.акад.И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Все пациенты с полной потерей зубов нуждаются в восстановлении оптимальной функции жевания, в совокупности с которой решение эстетических проблем улучшает самооценку и качество жизни. Для того, чтобы эксплуатирование зубных протезов осуществляло благоприятное эмоциональное восприятие окружающими, предпочтительно уделение профессионального внимания множеству методов персонализации зубных протезов в процессе их изготовления.

Нас заинтересовали после тщательного изучения различных аспектов эстетического конструирования полных съемных зубных протезов способы воспроизведения гармоничной улыбки, которые нашли практическое применение при протезировании наших пациентов.

При решении вопросов эстетичности в зубных протезах, как известно, существенная роль отводится последовательности и правильности проведения всех этапов протезирования полными съемными протезами, что в совокупности с тщательной индивидуализацией зубных протезов путем применения некоторых эстетических аспектов при конструировании зубных рядов и моделировании искусственной десны позволяет сформировать гармоничную улыбку, которая весьма позитивно оценивается пациентами и их ближайшим окружением.

Соблюдение общепринятых параметров эталонов красоты, которые возможно реализовать через выполнение правила «золотого» сечения при конструировании зубных рядов, не у всех пациентов создает индивидуальный эстетический оптимум, в котором ключевыми могут являться возраст, профессия, пол и иные характеристики. Поэтому индивидуализация постановки искусственных зубов будет соответствовать решению этой задачи. Даже используя общепринятую стандартную постановку, следует вносить коррективы, учитывающие пожелания пациентов в рамках восприятия гармоничной улыбки. Таким образом, в результате вариации определенных эстетических аспектов осуществимо влияние на визуальное восприятие возраста пациента, акцентирование гендерных различий.

Цель работы.

Продолжить более детальное изучение, по сравнению с аналогичной работой прошлого года, вопросов эстетической постановки искусственных зубов в полных съемных протезах и способов оформления искусственной десны, имитирующей естественный внешний вид конструкции.

Материалы и методы.

При аналитическом обзоре специальной литературы по проблемам конструирования полных съемных зубных протезов использовано 19 отечественных и зарубежных источников. Проведено клиническое обследование 39 пациентов с полной потерей зубов в возрасте от 56 до 81 года на базе Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Стоматологической поликлиники №27» с последующей статистической обработкой результатов протезирования. Личное участие в проведении постановок зубов в 16 полных съемных протезах.

Вывод.

Систематизированы сведения, касающиеся вопросов эстетики при постановке зубов и оформлении искусственной десны в полных съемных протезах, что и было в последующем закреплено в непосредственном участии при конструировании зубных рядов у 13 пациентов. Возможно корректировать возраст пациентов, подчеркивать мужественность или утонченность, имитировать натуральный вид искусственной десны, создавая гармоничную и индивидуальную улыбку. Оценка клинического состояния полости рта при полной потере зубов определяет значимость проблемы эстетики при конструировании протезов.

ОБНАРУЖЕНИЕ АНТИТЕЛ К ФИБРИЛЛАМ БЕТА2-МИКРОГЛОБУЛИНА У БОЛЬНЫХ НА ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Поляков Д.С.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины СЗО РАМН, Санкт Петербург

Актуальность

Проблемы замещения функции почек обусловлена значительным увеличением числа больных, нуждающихся в данной процедуре. После введения в медицинскую практику гемодиализа было обнаружено, что у части больных развивается «гемодиализный», или бета2-микроглобулиновый амилоидоз. Данный вид амилоидоза связан с отложением в различных органах фибрилл бета2-микроглобулина (фБ2М). Бета2-микроглобулин (Б2М) в норме нековалентно связан с тяжелой цепью молекул класса I главного комплекса гистосовместимости, располагающихся на поверхности мембран всех ядросодержащих клеток. Длительная персистенция высоких концентраций Б2М считается основной причиной появления молекул белка в аномальной конформации и образования амилоидных фибрилл. Б2М амилоидоз сопровождается снижением качества жизни больных. Сывороточные концентрации Б2М у пациентов, подвергающихся хроническому гемодиализу, существенно выше нормы. Но в то же время не обнаружена разница между уровнем Б2М у диализных пациентов с амилоидозом (с клиническими проявлениями) и без амилоидоза. У многих больных значимые клинические проявления данного амилоидоза поначалу отсутствуют. Симптомы обычно неспецифичны и легко принимаются за нарушения другой этиологии.

Цель работы.

Выяснить особенности гуморального иммунного ответа на фибриллярные формы бета2-микроглобулина человека. Нас интересует вопрос, содержат ли фБ2М антигенные детерминанты, не свойственные мономерному Б2М. Не ясно, могут ли существовать в организме антитела против фБ2М, специфически не взаимодействующие с мономером данного белка.

Материалы и методы.

Выделение и очистка рекомбинантных Б2М, in vitro фибриллогенез Б2М, иммуноблот (Dot-BLOT).

Результаты.

Получен рекомбинантный Б2М, сформированы фБ2М. Оценена возможность использования фБ2М в качестве антигена в стандартной процедуре иммуноблотинга, для чего был осуществлен подбор субстрата, на который сорбируются фБ2М, выяснено, сохраняются ли фибриллы прикрепленными к фильтру на протяжении всей процедуры Dot-BLOT'а и не деполимеризуются ли прикрепленные к фильтру фибриллы за время этой процедуры. Эти антигены (Б2М, фБ2М) использованы в качестве основания «сэндвича» в иммуноблоте. Из сывороток больных, длительное время получающих гемодиализ, выделена фракция IgG. Полученные антитела пропущены через колонку с Б2М, иммобилизованном на сефарозе. В результате из общего пула IgG связались с колонкой антитела против мономерного Б2М. Не связавшиеся антитела были использованы в дальнейших экспериментах, в частности, проверены на аффинность к фБ2М. Указанным способом антитела очищены до такой чистоты, что при сравнении мономера Б2М в 10 раз концентрированнее (по массе), чем фБ2М, антитела связывались с фибриллами, но не с мономером. В изученных сыворотках обнаружены антитела, взаимодействующие с фБ2М, но при этом не взаимодействующие с мономером нативного Б2М. Теоретически, это могут быть конформационные антитела к фибриллярной форме Б2М, однако природа связавшихся с фибриллами антител должна быть уточнена в дальнейших исследованиях. Кроме того, следует расширить изучаемую группу больных, а также сравнить с контрольными группами: здоровых людей и больными, недавно получающие хронический гемодиализ.

Выводы.

Конформационные антитела к фБ2М могут быть ранним маркером начала бета2-микроглобулинового амилоидоза. Обнаружение и изучение таких антител в будущем может

принести пользу больным на хроническом гемодиализе, для которых появление (или изменение титра) специфических антител против фБ2М может означать раннюю постановку диагноза. А именно, такие конформационные антитела могут быть ранним маркером начала Б»М амилоидоза.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 14-04-31145 мол_а.

ОНКОСТАТИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ КОРОТКИХ ПЕПТИДОВ НА КЛЕТКИ ЛИМФОМЫ

Дик М.А., Костылев А.В., Линькова Н.С.
Научный руководитель: к.б.н., *Линькова Н.С.*
Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Россия
Санкт-Петербургский государственный политехнический университет, Россия

Введение.

Недостатками современных онкостатических препаратов являются высокая токсичность и недостаточная эффективность подавления роста опухоли. Создание пептидных препаратов, замедляющих рост опухолей, является перспективным направлением, так как эти вещества не обладают побочными эффектами.

Цель работы.

Изучить влияние тетрапептидов хонлутена (Т-34) и эпиталона (АЕ-0) и дипептида вилона (АВ-0) на рост и дифференцировку клеток лимфобластной лейкемии человека (лимфомы Беркитта).

Материалы и методы исследования.

Объектом исследования явилась лимфобластная клеточная линия Namalva 6 пассажа, которая была получена из института Цитологии РАН (Санкт-Петербург, Россия). Культуры были разделены на 4 группы: контрольную и экспериментальные, с добавлением пептидов Т-34, АЕ-0, АВ-0 в концентрации 60 нг/мл. Культивирование проводили в среде, содержащей 87,5% RPMI 1640, 20% FBS, L-глутамин (37°C, 5% CO_2). Цитологические мазки культур клеток фиксировали 96% этиловым спиртом для проведения иммуноцитохимического исследования. Для пермеабилизации мембран клеток использовали 0,1% Triton X-100. Стекла с мазками клеток помещали в 3% раствор перекиси водорода для блокады эндогенной пероксидазы. В исследовании использовали первичные моноклональные мышиные антитела к маркерам CD3, CD5 и CD20 (Novocastra) и вторичные антитела, конъюгированные с пероксидазой. Результат иммунохимического исследования оценивали по показателю площади экспрессии морфометрическим методом на микроскопе Nikon Eclipse E400 с использованием программы Videotest Morphology 5.2. Площадь экспрессии (%) была рассчитана как отношение площади окрашенных клеток, которые экспрессируют маркер, к площади, занимаемой всеми клетками.

Результаты исследования и их обсуждение.

Установлено, что все исследуемые пептиды влияли на динамику количества лимфоидных клеток при построении кривой клеточного роста. Пептид вилон способствовал достоверному снижению численности клеток по сравнению с контролем только на 3 сутки. Важно отметить, что на 9 сутки снятия кривой клеточного роста под действием эпиталона число клеток снижалось примерно на 30%, тогда как под влиянием хонлутена их количество снижалось более чем в 2 раза. Таким образом, по данным кривой роста лимфобластных клеток наиболее сильно их пролиферацию подавляет пептид хонлутен.

Далее нами было изучено влияние пептидов на экспрессию кластеров дифференцировки иммунокомпетентных клеток. При добавлении в культуру клеток хонлутена площадь экспрессии маркера CD3 увеличилась в 2,7 раза, а площадь экспрессии CD5и CD20 уменьшилась на 72% и 31% соответственно. Эпиталон не влиял на площадь экспрессии гликопротеина CD3, однако этот пептид способствовал повышению экспрессии маркера CD5 на 72% и маркера CD20 - в 4 раза по сравнению с контрольной группой. При добавлении в культуру клеток вилона площадь экспрессии маркеров CD3 и CD20 соответственно увеличилась в 2,83 и 0,87 раза, а площадь экспрессии маркера CD5 снижалась на 42% .

Выводы.

Таким образом, все 3 изученных пептида – вилон, эпиталон и хонлутен, обладают онкостатическим эффектом в отношении клеток культуры лимфобластной лейкемии человека, способствуя снижению их пролиферации и активации дифференцировки, причем наиболее эффективным пептидом является хонлутен.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ЭРИТРОЦИТОВ ГОЛОГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

Белогрудова И.В.
Научный руководитель: к.т.н., доц. *Майоров Е.Е.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Эритроцит является высокоспециализированной клеткой организма, основная функция которой осуществление транспорта кислорода из легких в ткани и углекислого газа в легкие. Любые ухудшения функциональных характеристик эритроцитов могут приводить к развитию гипоксии тканей, органов, систем и организма в целом. Установлено, что кроме критических изменений, приводящих к полной или почти полной утрате основной функции, эритроцит подвержен менее значительным патологическим изменениям, приводящим к уменьшению площади и изменению формы его поверхности, и обусловленному этим снижению функциональной полноценности. Такие изменения являются менее ярко выраженным или даже скрытым результатом развития патологических процессов. Их достоверное выявление и количественное описание стали возможны благодаря созданию метода цифровой голографической интерференционной микроскопии. Рассматривается проблема определения функционального состояния отдельной клетки и анализ происходящих в ней процессов с использованием интерференционной микроскопии. Предложены алгоритмы и разработано программное обеспечение для определения параметров фазового изображения клеток. Обсуждается возможность использования этих параметров для диагностики морфофункционального состояния отдельных клеток крови на примере эритроцитов мыши. Проблема определения функционального состояния живой клетки и понимание происходящих в ней метаболических процессов является актуальной задачей биофизики и фундаментальной медицины. Для решения этой проблемы необходимы высокочувствительные методы прижизненной микроскопии. Мы предлагаем новый подход, основанный на анализе количественных фазовых изображений, полученных с помощью методов современной интерференционной (фазовой) микроскопии.

Цель работы:

исследование возможностей метода голографической микроинтерферометрии для воссоздания трехмерных изображений эритроцитов крови человека. Адаптация методов цифровой голографической интерференционной микроскопии к задаче исследования морфологической полноценности эритроцитов, а также разработка методик выявления, способов количественного описания скрытой морфологической патологии эритроцитов.

Материалы и методы исследования.

В рамках данной работы проводились исследования нативных мазков венозной крови здоровых людей, пациента с Ca glandula mammae sinitra (T2N2M0) до начала и по завершении стандартного курса лучевой терапии и группы пациентов ХСМГЦ с подозрением на наследственное нарушение обмена веществ .Мазки крови наносили на предметное стекло, венозную кровь получали стандартной процедурой забора из кубитальной вены. Трехмерные изображения эритроцитов крови получали с использованием цифрового голографического интерференционного микроскопа. Эритроциты регистрировали при использовании объектива 40x0,65 и окуляра 7x. Голограмму (как оптический элемент интерферометра) регистрировали на голографических пластинах PFG-03 обрабатывали проявителем GP-2. Интерферограммы регистрировались с помощью стандартной цифровой камеры.

Выводы.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что цифровой голографический интерференционный микроскоп является точным и эффективным инструментом для измерения

морфологических параметров и визуализации фазовых микрообъектов. Предоставленные методики дают возможность достоверно выявить недоступные другим методом исследований патологические изменения формы эритроцитов и количественно описать степень их функциональной полноценности.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕРОИДНЫХ ПРОФИЛЕЙ МОЧИ МЕТОДОМ ГАЗОВОЙ ХРОМАТО-МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ

*Кривохижина Н.*С.1, *Стрельникова Е.Г.*1, *Великанова Л.И.*,1 *Поваров В.Г.*2
Научные руководители: д.б.н., проф. *Великанова Л.И.*, д.х.н., доц. *Поваров В.Г.*
1 - СЗГМУ им. И.И.Мечникова
2 - Санкт-Петербургский государственный университет

Определение стероидов и их метаболитов имеет большое значение для диагностики заболеваний гипофизарно-надпочечниковой системы. Особую ценность для диагностики ферментативных дефектов адреналового стероидогенеза и поиска признаков злокачественности образований надпочечников представляет изучение стероидных профилей мочи методом газовой хромато-масс-спектрометрии (ГХ/МС). Оптимизация методики определения экскреции стероидов и их метаболитов (андрогенов, глюкокортикоидов и минералокортикоидов) с мочой методом ГХ/МС состояла из сравнения различных вариантов проведения гидролиза (длительность и температура), экстракции (твердофазная и жидкостная) и дериватизации (длительность и объем дериватизирующего реактива), проведения исследований по точности и чувствительности анализа. В результате проведенных исследований гидролиз конъюгатов проводили в течение 64 час. при температуре 370С с последующей жидкостной экстракцией хлороформом, эффективность дериватизации была повышена за счет увеличения объема метоксиамина в пиридине до 160 мкл, триметилсилилимидазола (TSIM) до 500 мкл на 5 мл мочи. Воспроизводимость анализа составила 10,5%, чувствительность - 5 мкг/с. Оптимизированы условия хроматографического разделения. Идентификацию полученных стероидов проводили путем сравнения масс-спектров определяемых соединений со стандартами. Создана собственная база данных масс-спектров основных анализируемых стероидов. Всего идентифицировано 45 стероидов у больных с различными заболеваниями коры надпочечников. Количественный анализ проводили по методу внутреннего стандарта (андростандиол и кортизон). Определены коэффициенты пересчета при количественном определении стероидов для каждого из определяемых соединений. Стигмастерол и холестерол бутират являлись соединениями-маркерами, показывающими эффективность проведенной дериватизации. Получены разные стероидные профили мочи для больных синдромом Иценко–Кушинга (35 стероидов), адренокарциномой (45стероидов) и у здоровых лиц (30 стероидов).

Цель работы.

Разработать способ определения стероидного профиля мочи на основе метода газовой хромато-масс-спектрометрии с учетом оптимизации регламента пробоподготовки и условий хроматографического анализа.

Материалы и методы.

Стероидный профиль мочи исследовали на газовом хромато–масс-спектрометре SHIMADZU GCMS – QP2010 Ultra, колонке Rtx-5MS (30m, 0,25mm ID, 0,25um) (Restek). Условия проведения анализа: объем вводимой пробы – 3 мкл, без сброса (Splitless), газ–носитель – гелий. Температурный режим: хроматограф-: 500С в течение 1 минуты; повышение температуры до 1750С со скоростью 200С/мин; повышение температуры от 1750С до 2700С со скоростью 2,50С/мин; до окончания выхода хроматограммы температура остается постоянной 2700С; температура инжектора - 2700С, Масс-спектрометр: температура источника ионов - 2000С; температура интерфейса - 2700С. Детектируемая масса: 100 – 900 m/z, время сканирования – 0,3 сек. Для пробоподготовки использовали следующие реактивы: фермент Helix pomatia, хлороформ, 2% раствор метоксиамина в пиридине, TSIM, циклогексан. Внутренние стандарты – андростандиол, кортизон, стигмастерол и холестерол бутират.

Выводы.

Разработан способ количественного определения экскреции 45 стероидов с мочой методом газовой хромато-масс-спектрометрии, определены его аналитические характеристики (воспроизводимость 10,5%, чувствительность 5 мкг/с). Оптимизированы регламент пробоподготовки с использованием гидролиза в течение 64 час. при температуре 370 С с последующей жидкостной экстракцией, повышена эффективность дериватизации путем увеличения объема метоксиамина в пиридине до 160 мкл, TSIM до 500 мкл на 5 мл мочи. Определены коэффициенты пересчета при количественном определении стероидов. Получены разные стероидные профили при синдроме Иценко – Кушинга и адренокарциноме.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ С УЧЕТОМ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ О РЕЗИСТЕНТНОСТИ

Савилова И.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Захарова Н.В.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Высокий уровень инфицированности *H.pylori* жителей Санкт-Петербурга, использование антимикробных препаратов широкого спектра действия в лечении различных нозологий, отсутствие объективной информации о резистентности *H. pylori* и микроэкологических последствиях неэффективной эрадикации, продиктовали необходимость выполнения данной работы.

Цель работы:

Оценить чувствительность методов верификации *H. pylori* и оптимизировать схему эрадикационной терапии с учетом данных о резистентности к наиболее часто используемым антибиотикам у пациентов с *H. pylori* - ассоциированными заболеваниями.

Материалы и методы.

В исследование включались пациенты в возрасте 18-65 лет с *H.pylori*-ассоциированными заболевания. Наличие *H. pylori* подтверждалось как минимум двумя методами. Всем пациентам проводилась клиническая оценка заболевания, физикальный осмотр, ЭГДС. Идентификация *H.pylori* в биопсийном материале проводилась с помощью быстрого уреазного теста (Helpil-тест), бактериологического метода, методом ПЦР-Хеликопол НПФ «Литех». Чувствительность *H. pylori* к антибиотикам оценивалась методами секвенирования по Сэнгера и минисеквенирования в комбинации для выявления мутаций, ассоциированных с устойчивостью *H. pylori* к антибиотикам и методом серийных разведений. Использовался Колумбийский агар с селективными добавками DENT и Polymyxin E, лаборатория («Литех», Москва, либо НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург). Для эрадикации *H. pylori* назначали 10 дневный курс высокодозовой кислотосупрессивной триплексной терапии с висмутом (все препараты два раза в день: рабепразол 40 мг + кларитромицин 500 мг + амоксициллин 1000 мг + висмута трикалия дицитрат 240 мг). Оценку эффективности терапии проводили через 4-6 недель после окончания терапии, используя два неинвазивных метода: ^{13}С-дыхательный тест ИХА качественного определения антигена *H. pylori* в образцах фекалий «*H.pylori* fecal one step». Статистическая обработка проводилась с помощью программы STATISTICA 8.

Заключение.

За 2012-2014 г. было обследовано 135 пациентов с *H. pylori*-ассоциированными заболеваниями. По данным лаборатории «Литех» у 60 пациентов с положительным быстрым уреазным тестом бактериологическим *H. pylori* методом подтвержден у 4 пациентов (6,7%), методом ПЦР идентифицирована *H. pylori* у 44 (73%), резистентность к кларитромицину не выявлена. Такая низкая чувствительность методов идентификации обусловлена, по всей видимости, длительной транспортировкой замороженных образцов в лабораторию (в Москву). Остальные 75 образцов гастробиопсий тестировались в лаборатории НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург. Бактериологическим методом *H. pylori* подтвержден у 39 пациентов (52%). Методом ПЦР *H. pylori* идентифицирована в 35% (17 из 48)

случаев (НИЛ Диагностика, Санкт-Петербург). Из 75 пациентов с положительным быстрым уреазным тестом (Helpil-тест) ложноположительных результатов 23 (30,6%), ложно отрицательных - 1 (1,3%). Таким образом, выявлена низкая специфичность Helpil-теста, что не позволяет использовать его в идентификации *H.pylori*, несмотря на наличие сертификатов соответствия. Резистентность *H. pylori* к кларитромицину методом серийных разведений выявлена у 9 пациентов (26%), а методом ПЦР 46%. Корреляции между генетически выявленной резистентностью и фенотипической выявлено не было. Согласно общепринятым рекомендациям, при таком популяционном уровне резистентности схемы эрадикации, включающие кларитромицин, не позволяют достичь частоты эрадикации свыше 85%. Тем не менее, назначение высокодозовой кислотосупрессивной триплексной терапии с висмутом обеспечило эффективность лечения 93% (эрадикация у 37 из 40 пациентов, пролеченных по протоколу). Высокая частота эрадикации, даже при инфицированности резистентными штаммами хеликобактера, вероятно обеспечивалась выраженной кислотосупрессией, что позволяло улучшить киллинговую кинетику кларитромицина. Кроме того, включение в схему препаратов висмута позволило эффективно воздействовать даже на кокковые формы микроорганизма. Требуются дальнейшие исследования для оценки эффективности такого подхода и создания региональных рекомендаций по тактике ведения данных больных.

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЭНДОНАЗАЛЬНОГО УДАЛЕНИЯ ГИГАНТСКИХ ОСТЕОМ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Осипенко Е.В., Сопко О.Н.
Научный руководитель: д.м.н., проф. *Карпищенко С.А.*
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Лечение остеом, располагающихся в околоносовых пазухах, осуществляется только хирургическим способом, независимо от наличия клинических проявлений, и является одним из самых сложных ринохирургических операций. Из литературных источников известно, что первые оперативные вмешательства, связанные с удалением костной опухоли, в России были выполнены в начале 20 века. С течением времени способы экстракции остеом прогрессировали от наружного доступа (через коронарный разрез или переднюю стенку пазухи) к комбинированному и эндоназальному. Гигантские остеомы (более 30 мм в диаметре) не являются редкой находкой и выявляются, как правило, либо при выполнении компьютерной томографии (или рентгенографии) по поводу жалоб не связанных с проявлениями опухоли, либо при наличии осложнений, вызванных разрастанием новообразования. Среди наиболее грозных осложнений, сопровождающих рост остеомы, стоит отметить менингит, пневмоцефалию, экзофтальм.

Цель работы:

Эндоназальное эндоскопичекое удаление гигантских остеом околоносовых пазух.

Материалы и методы:

В период с января 2013 по март 2014 гг. в клинике оториноларингологии ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова нами прооперировано 5 пациентов с гигантскими остеомами лобных пазух и решетчатого лабиринта путем эндоскопического эндоназального доступа. С целью контроля расположения остеомы и для обеспечения безопасности ее структур мы использовали электромагнитную навигационную систему. Для уменьшения остеомы в размере нами использовались изогнутые под углом 70° наконечники боров моторной системы. В одном случае для уменьшения объема остеомы применен полупроводниковый лазер в контактном режиме мощностью 10 Вт. Из осложнений в послеоперационном периоде следует упомянуть о возникновении реактивного отека или гематомы век, которые были купированы в течение 4-6 дней. Послеоперационный период протекал гладко: все больные получали системную антибактериальную и местную противовоспалительную терапию.

Заключение:

Эндоскопическое эндоназальное удаление гигантских остеом околоносовых пазух требует наличия нескольких важных факторов: опытный ринохирург, адекватная оценка топографической анатомии размеров опухоли и соседних структур. При сочетании вышеуказанных факторов эндоназальное удаление гигантской остеомы является наиболее предпочтительным вследствие минимальной травматизации окружающих образований и отсутствия косметических дефектов.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОЙ СТРУКТУРЫ НАЛЕТА НА СПИНКЕ ЯЗЫКА У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ ГАЛИТОЗА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Бачуринская И.Е.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Цимбалистов А.В.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Введение:

Большинство ученых сходятся во мнении о том, что появление летучих сернистых соединений (ЛСС) в выдыхаемом воздухе – результат жизнедеятельности бактерий полости рта. Спинка языка является пристанищем одного из наиболее сложных микробиологических сообществ в экологии полости рта. Около 60 – 90% общего количества ЛСС, обнаруживаемых при физиологическом галитозе в выдыхаемом воздухе, производится на задней трети спинки языка, поэтому языку отводится роль первостепенного «галитозиндуцирующего» фактора.

Цель исследования:

Выявить особенности микрофлоры налета со спинки языка при галитозе (пародонтопатагены - P.Gingivalis, F.Nucleatum, T.Denticola, P.Intermedia, A.Actinomycetemcomintans и Solobacterium moorei).

Материалы и методы исследования:

обследовано 65 человек в возрасте от 20 до 60 лет: 25 мужчин и 40 женщин. Сформировано 2 группы. В первую группу включены 35 стоматологических пациента (53,8% наблюдений) с жалобами на неприятный запах изо рта. Вторую группу составили 30 больных (46,2% случаев) хроническим тонзиллитом с аналогичными жалобами. У всех пациентов проводились сбор анамнеза и анкетирования, изучение стоматологического статуса, регистрация концентрации ЛСС произведена с помощью аппарата Halimeter (USA), для выявления микроорганизмов использована ПЦР.

Результаты исследования:

Обследование показало, что в первой группе у 89% пациентов выявлена F.Nucleatum, в 94% случаях обнаружена P.Intermedia , у 91% пациентов установлена A.Actinomycetemcomintans , в 96% случаях - Solobacterium moorei. Во второй группе у 34% пациентов обнаружена F.Nucleatum, в 33% случаях выявлена P.Intermedia, у 15% пациентов установлена A.Actinomycetemcomintans , в 89% случаях - Solobacterium moorei. Такие пародонтопатагены, как P.Gingivalis и T.Denticola не выявлены ни в одной из групп.

Выводы.

Таким образом, определен состав микробиоценоза налета со спинки языка в зависимости от вида галитоза. Полученные результаты позволяют предположить, что одной из причин галитоза является проявление устойчивого дисбактериоза в сообществе микроорганизмов, обитающих на спинке языка.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ У БОЛЬНЫХ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЕМИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Шарикова О.В.
Научный руководитель: д.м.н., проф. *Земляной В.П.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Одним из главных факторов, влияющих на клиническое течение острого холецистита, является наличие сопутствующих заболеваний, среди которых особое место занимают острые кишечные инфекции (ОКИ), затрудняя диагностику ОХ и осложняя выбор тактики лечения у данной категории пациентов.

В настоящее время в периодической литературе проблема диагностики и лечения ОХ, возникшего у больных с клинической картиной ОКИ, представлена единичными публикациями, поэтому требует детального рассмотрения.

Цель.

Изучение структуры и частоты острого холецистита у больных с острыми кишечными инфекциями.

Материал и методы исследования:

Проанализировано 40 история болезни пациентов, прооперированных в инфекционном хирургическом отделении клинической инфекционной больнице (КИБ) им. С.П. Боткина в период с 1998 по 2011 гг. по поводу ОХ, поступившие в стационар с предварительным диагнозом острой кишечной инфекции. Средний возраст пациентов составил 48 лет. Большинством обследуемых являлись женщины (70%).

Результаты исследования и их обсуждение:

При анализе клинических наблюдений установлено, что все пациенты были госпитализированы в связи с наличием клинической картины ОКИ, из них после проведение специфических исследований диагноз ОКИ подтвержден у 23 (57,5%) пациентов. В 17 (42,5%) наблюдениях ОХ протекал под "маской" ОКИ. Из диагностированных ОКИ возбудитель сальмонеллеза выявлен у 16 (69,6%), дизентерии - у 3 (13%), энтерококковой инфекции - у 4 (17,4%) больных.

Ведущими симптомами у большинства больных были тошнота и рвота (80,0%), многократный жидкий стул (90,0%). Болевой абдоминальный синдром различной интенсивности встречался у всех пациентов. Все больные поступали в среднетяжелом и тяжелом состоянии, что, вероятно, было обусловлено эндогенной интоксикацией на фоне текущего инфекционного заболевания и/или тяжелым атипичным течением ОХ.

Все больные были прооперированы. Экстренные хирургические вмешательства выполнены 22 (55%), отсроченные - 18 (45%) пациентам. Попытка эндовидеохирургических вмешательств предпринята у 12 пациентов (30%), однако, выраженные явления местного перитонита потребовали конверсии доступа. Причинами выполнения холецистэктомии путем традиционного лапаротомного доступа у 28 больных явились развитие гиповолемического шока (28,6%) и распространенного перитонита (71,4%). Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 8 пациентов (20%).

При бактериологическом посеве желчи прооперированных больных Disenteria Flexneri 3a, Salmonella Give группы E, Salmonella Branderburg группы B, Salmonella Enteridi группы D высеяны соответственно у 3 (7,5%), 7 (17,5%), 4 (10%) и 5 (12,5%) пациентов. Это позволяет предположить, что у данных пациентов возбудитель кишечной инфекции послужил причиной развития вторичного острого холецистита.

Ранние послеоперационные осложнения развились у 6 больных (15%), из них кровотечение из ложа желчного пузыря и желчеистечение с развитием желчного перитонита выявлено соответственно у 2 и 4 пациентов.

Выводы:

1. Острая кишечной инфекция может явиться причиной развития вторичного острого холецистита.

2. Острый холецистит может протекать под "маской" острой кишечной инфекции, что затрудняет своевременную диагностику.
3. При сочетании острой кишечной инфекции и острого холецистита развивается синдром взаимоотягощения, утяжеляющий состояние больного.

ОЦЕНКА ПЕРЦЕПЦИИ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ Х МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НОЦИЦЕПТИВНОГО ФЛЕКСОРНОГО РЕФЛЕКСА.

Петрова В.Б. Петрова А.Б.
Научный руководитель: д.м.н., проф. Болдуева С.А.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Кардиальный синдром Х (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. Диагностика заболевания затруднена в связи с необходимостью доказательств нарушения перфузии миокарда, с одной стороны, и особенностями болевого синдрома - с другой. Поскольку признаки эндотелиальной дисфункции наблюдаются не у всех пациентов с КСХ, некоторые авторы считают основной причиной данного заболевания нарушение болевой (ноцицептивной) чувствительности. Однако до настоящего времени неясно, с чем связано усиленное восприятие болевых стимулов у пациентов с КСХ: являются ли причиной психологические факторы, лежат ли в основе измененная афферентной стимуляции со стороны миокарда или нарушение восприятия боли носит генерализованный характер.

Цель.

Целью настоящего исследования являлось изучение восприятие боли у больных Кардиальным синдромом Х.

Материалы и методы.

В исследование включались 32 женщин и 13 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. Болевой синдром был изучен с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Для определения порога боли у пациентов с кардиальным синдромом Х (КСХ) нами был использован метод ноцицептивного флексорного рефлекса (НФР) при электростимуляции икроножного нерва (Nicolet Viking (USA)). Исследование начинали с подачи стимулов малой интенсивности (0,5 мА), постепенно увеличивая их, наблюдали за появлением мышечных ответов. При появлении ответа фиксировали порог рефлекса – Пр), т.е. величину электрического тока, при которой он появился (в мА). Кроме того регистрировали порог боли (Пб), т.е. величину электрического стимула, при котором исследуемый впервые указывал на появление локализованной острой боли в области расположения стимулирующих электродов. Для точного определения соотношения между Пб и Пр вычисляли коэффициент –Пб/Пр. Статистическая обработка материалов исследования проводилась при помощи программ MS Excel 2010 с расчетом относительных и средних величин, выявлением корреляционных связей и оценкой достоверности.

Результаты.

Болевой синдром в грудной клетке отмечался у всех 45 больных, типичную для стенокардии локализацию (боль за грудиной, в прекардиальной области) описывали 70% пациентов, менее характерная клиническая картина (боль в области верхушки сердца или левого соска) была отмечена у 30 % пациентов. Интенсивность боли у пациентов с КСХ по данным визуальной аналоговой шкалы (при обычных приступах 5,20±0,220). При исследовании НФР у пациентов с КСХ по группе в целом были выявлены снижение порога боли (Пб), порога рефлекса (Пр) и соотношения (Пб/Пр): Пб равнялся 9,4±0,57 мА; Пр = 12,1±0,57 мА; Пб/Пр = 0,73±0,02.

Выводы.

У пациентов с КСХ отмечалось снижение болевого порога, что вероятно связано с нарушением восприятия боли, которое носит общий характер.

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА РАБОТАЮЩИХ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ МАКУЛАТУРНОГО КАРТОНА

Скворцова Е.А., аспирант 1-го года обучения каф. общей и военной гигиены
Руководитель: зав. каф. общей и военной гигиены, д.м.н. *Аликбаева Л.А.*

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Современная система трудовых отношений между работодателем и работником ставит новые сложные вопросы в плане установления последствий воздействия производственных факторов для здоровья работающих и необходимости прогнозирования такого воздействия. Использование методологии оценки профессионального риска в рамках профилактики защиты здоровья трудящихся предусматривает получение достоверной информации о существующем риске повреждения здоровья работников предприятий.

Целью нашего исследования являлась оценка профессионального риска для работающих предприятия ЗАО «Санкт-Петербургский картонно-полиграфический комбинат» (ЗАО «КПК СПб»).

Оценка условий труда на ЗАО «КПК СПб» проводилась у лиц 8 основных технологических профессий (6 картонного производства и 2-х полиграфического производства): сортировщик СМиЦ, размольщик РПЦ, машинист КДМ, сушильщик КДМ, резчик ПРС, машинист РУМ, печатник, сортировщик.

Для проведения исследований были определены основные места пребывания, где работающих. Всего были выбраны 21 точка измерений на картонном и 2 точки на полиграфическом производствах.

Гигиенические исследования условий труда и их оценка выполнены в соответствии с Р 2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда». Измерены микроклиматические факторы производственных помещений (температура, относительная влажность, скорость движения воздуха), искусственная освещенность рабочих мест, количество взвешенной в воздухе бумажной пыли. Оценка биологического фактора включала определение видов и количества патогенных, условно-патогенных микроорганизмов на технологических поверхностях и в воздухе рабочей зоны.

В результате проведенных исследований установлено, что условия труда лиц всех изученных профессий соответствуют вредным второй степени. При этом сразу 2-я степень 3-го класса была установлена для рабочих мест печатника и сортировщика полиграфического производства на основании существенного несоответствия фактических уровней производственных факторов гигиеническим нормам, тогда как для сортировщика СМиЦ и машиниста РУМ имело место суммирование условий труда класса 3.1, что также позволило отнести условия труда к вредным 2 степени – вредный.

Оценивая профессиональный риск для работающих основных профессий на КПК по классам условий труда установлено, что индекс профзаболеваний (Ипз) находится в диапазоне 0,12-0,24, категория профессионального риска - средний (существенный) риск. Для данной категории риска требуются меры по снижению риска в установленные сроки.

Для оценки риска по медико-биологическим показателям для работающих КПК необходимо обязательно проводить периодические медосмотры и рекомендовано оценивать заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ), биологический возраст в сравнении с паспортным, нарушение репродуктивного здоровья и здоровья потомства.

С целью углубленного изучения здоровья рабочих, занятых в производстве макулатурного картона, из контингента работников были сформированы две группы наблюдения: основная и контрольная. Среднегодовая численность основной группы за 2006–2009 гг. составляла 899 человек.

На основании углубленного анализа показателей ЗВУТ выявлено значительное превышение трудопотерь среди работников, подвергавшихся воздействию микробиологического фактора по болезням органов дыхания, системы кровообращения, кожи и подкожной клетчатки.

Выявлена степень причинно-следственной связи нарушений здоровья с работой (по данным эпидемиологических исследований) – средняя профессионально-обусловленная заболеваемость EF=33-50% (1,5<RR≤2).

Таким образом, проведенная оценка профессионального риска работающих на ЗАО «Санкт-Петербургский картонно-полиграфический комбинат» по критериям и классификации условий труда руководства Р 2.2.2006-05, дополненных отдельными клинико-физиологическими, лабораторными, экспериментами данными риск относится к категории 1Б – предполагаемый профессиональный риск.

ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ И НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

Протащик Д.В.
Научный руководитель: д.м.н. проф. *Ворохобина Н.В.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Первичный гиперальдостеронизм (ПГА) - клинический синдром, развивающийся в результате избыточной продукции альдостерона в корковом слое надпочечников, при котором секреция альдостерона полностью или частично автономна по отношению к ренин-ангиотензиновой системе. По данным различных исследований, распространенность ПГА среди пациентов с артериальной гипертензией (АГ) составляет от 7 до 15%. В настоящее время ПГА считается самой частой причиной вторичной АГ, составляя от 20 до 30%.В недавних исследованиях было показано, что пациенты с ПГА подвержены поражению органов-мишеней и сердечно-сосудистым катастрофам больше, чем пациенты с эссенциальной АГ.

Цель работы:

Установить особенности нарушения функции почек при ПГА.

Материалы и методы:

Обследовано 192 больных с низкорениновой АГ и 30 человек с нормальным уровнем артериального давления (АД). Средний возраст пациентов с АГ составил 47,5±3,4 года, контрольной группы - 51,8±4,2 лет. ПГА был установлен у 57 больных, у остальных пациентов диагностирована низкорениновая эссенциальная АГ (НЭАГ). Обе группы были сопоставимы по возрасту (44,7±4,2 лет - в группе с ПГА, 48,3±3,9 лет - у пациентов с НЭАГ), полу (63% женщин в группе с ПГА и 67% - с НЭАГ) и уровню АД (158±16/96±8 мм рт.ст. при ПГА, 164±21/99±13 мм рт.ст. - в группе пациентов с НЭАГ). Группы были различны по индексу массы тела (31,4±4,3 кг/м2 в группе больных ПГА и 28,7±3,5 кг/м2 - при НЭАГ), частоте встречаемости сахарного диабета 2 типа (26,3% - при ПГА и 9,6% - при НЭАГ) и длительности АГ (7±5 лет у пациентов с ПГА и 13±4 лет - при НЭАГ). Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программного пакета STATISTICA for WINDOWS (версия 5.5). Сравнение количественных показателей осуществлялось с использованием непараметрических методов (критерии Манна–Уитни, Вилкоксона, корреляции Спирмена).

Результаты:

В обеих группах было выявлено увеличение суточной потери белка с мочой. Однако в группе больных ПГА протеинурия была выше (0,14±0,06 г/сут), чем у пациентов с НЭАГ (0,05±0,03 г/сут). К тому же у пациентов с ПГА уровень креатинина сыворотки был выше (101,7±13,2 против 83,4±9,1 мкмоль/л). При анализе подгрупп пациентов без сахарного диабета у пациентов с ПГА уровень креатинина сыворотки также был выше (84,3±11,8 против 81,9±10,5 мкмоль/л), но различия были менее выраженными. Тем не менее, микроальбуминурия у пациентов с ПГА с нормальным уровнем сахара крови была больше (0,12±0,04 г/сут), чем у пациентов с НЭАГ (0,05±0,07 г/сут). Существенных различий в уровне суточной потери белка с мочой у больных сахарным диабетом 2 типа в обеих группах получено не было. Значимых различий в скорости клубочковой фильтрации у пациентов обеих групп получено не было.

Заключение:

Исследование PAPY, проведенное в Италии, выявило повышенный уровень микроальбуминурии у пациентов с ПГА. Анализ немецкого регистра Конна выявил значимое повышение уровня креатинина сыворотки у больных ПГА, однако данных за изменение

экскреции белка с мочой получено не было. В нашем исследовании отличия в уровне креатинина сыворотки были обусловлены большим количеством больных сахарным диабетом в группе с ПГА. Полученные данные позволяют предположить, что различия в уровнях микроальбуминурии могут быть обусловлены влиянием повышенного уровня альдостерона крови на функцию почек. Однако для подтверждения данной гипотезы необходимо исследование больших когорт.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ HER2 ПОЗИТИВНЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА.

Круглов А.Н.

Научный руководитель темы: д.м.н., проф. *Топузов Э.Э.*

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Актуальность:

Проблема лечения пациентов с распространенным раком желудка в последние годы приобретает все большую актуальность в связи с резким ростом заболеваемости во всем мире. Большая часть пациентов на момент постановки диагноза имеют распространенную форму заболевания, частота пятилетней выживаемости при этом составляет от 5% до 20 %, единственным методом лечения является химиотерапия. Комбинированная химиотерапия статистически достоверно увеличивает выживаемость и улучшает качество жизни больных метастатическим раком желудка в сравнении с симптоматической терапией или монохимиотерапией. Но, несмотря на преимущества комбинированной химиотерапии медиана общей выживаемости обычно не превышает одного года. В связи с этим большой интерес представляет изучение эффективности комбинаций хирургического лечения, химиотерапии и таргетных препаратов. Особую значимость стал приобретать персонализированный подход, основанный на выявлении экспрессии генов, в частности HER2/neu.

Цель работы:

Улучшение результатов лечения пациентов с распространенным раком желудка путем разработки современных наукоемких алгоритмов персонализированного хирургического и противоопухолевого лечения, а также мониторинга его эффективности.

Материалы и методы:

Исследовано 9 пациентов с HER2-позитивным распространенным раком желудка. Первая группа - пациенты, получившие только хирургическое лечение (паллиативные субтотальная резекция желудка - 2 и гастрэктомия - 1). Вторая группа – пациенты, получившие хирургическое лечение с последующей стандартной химиотерапией (3). Третья группа - пациенты, получившие хирургическое лечение с последующей стандартной химиотерапией в сочетании с терапией трастузумабом (3). Сформированные группы однородны по стадии рака желудка и наличию отдаленных метастазов, хирургическому лечению. Работа проведена на базе ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, г. Санкт-Петербург.(зав каф. д.м.н., проф. Топузов Э. Э.)

Результаты исследования:

В группе пациентов, получивших только хирургическое лечение продолжительность жизни составила 4, 6 и 7 месяцев, у всех пациентов за этот период нарастала кахексия, имелись признаки желудочно-кишечного кровотечения у 2х пациентов, отмечено увеличение размеров таргетных очагов и появление новых очагов в печени и легких, смерть наступила от прогрессирования рака желудка на фоне раковой интоксикации, кахексии, у одного пациента на фоне кровотечения из распадающейся раковой опухоли. В группе пациентов, получавших стандартную химиотерапию препаратами платины и 5-фторурацила после паллиативных хирургических вмешательств длительность безпрогрессивного периода составила 3, 5 и 7 месяцев, продолжительность жизни - 4, 6 и 9 месяцев соответственно. В данной группе пациентов нами отмечено преобладание в период лечения цитотоксических осложнений химиотерапии, в частности лейкопении и тромбоцитопении, а так же стоматита, которые требовали переноса цикла лечения или снижения дозы препаратов. Смерть всех пациентов

наступила от прогрессирования рака желудка. В группе пациентов, получавших стандартную химиотерапию препаратами платины и 5-фторурацила в сочетании с трастузумабом после паллиативных хирургических вмешательств длительность безпрогрессивного периода составила 16, 18 и 21 месяцев, продолжительность жизни - 19, 19 и 21,5 месяцев соответственно. За время лечения частота осложнений, связанных с цитотоксичностью не превысила таковую в предыдущих группах. Все пациенты на протяжении длительного периода лечения сохранили свой прежний образ жизни, в том числе трудоспособность.

Выводы:

Применение трастузумаба в сочетании со стандартной химиотерапией у пациентов, получивших хирургическое лечение, значительно увеличивает общую выживаемость больных с распространенным раком желудка.

ПОРАЖЕННОСТЬ БЛАСТОЦИСТОЗОМ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Вотинцев М.Н., Гончаров А.Е., Соусова Е.В., Межазакис Ф.И.

Научный руководитель: к.м.н, доц. *Гончаров А.Е.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В настоящее время активно обсуждается этиологическая роль Blastocystis spp. в возникновении заболеваний желудочно-кишечного тракта, включая синдром раздраженного кишечника [Moe K. et al., 1998; Stenzel D., 1996; Yoshikawa H. 2000].

Цель работы.

Оценка превалентности бластоцистоза у пациентов с диарейным синдромом, госпитализированных в отделение инфекционной больницы, а также амбулаторных пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями.

Материалы и методы.

Идентификация бластоцистной инвазии проводилась путем прямой микроскопии мазков кала в сочетании с ПЦР амплификацией фрагмента 18S-рибосомального спейсера с праймерами, специфичными для рода Blastocystis [Yoshikawa H, Wu Z, Kimata I et al (2004).].

Заключение.

Установлено, что превалентность в первой группе пациентов составила 6,4 (95% ДИ 2,81 – 0,14), во второй группе - 3,64 (95% ДИ 1,35 – 7,75). Отмечен кластер из трех случаев заболевания, зарегистрированных по одному адресу, что позволяет предположить возможность эпидемического распространения бластоцистоза.

Секвенирование полученных фрагментов 18S-рибосомального спейсера позволило отнести продукты амплификации ДНК Blastocystis к 1,2 и 3 генотипу соответственно. Данные генотипы бластоцист, по литературным данным, являются наиболее распространенными у пациентов и бессимптомных носителей и встречаются повсеместно.

По результатам исследований, проводимых в различных географических регионах [Scanlan P.D.Trends in Parasitology, August 2012, Vol. 28 No. 8] превалентность бластоцистоза варьировала от 5,6% (в Дании у пациентов с острым диарейным синдромом) до 60% (в Египте у пациентов с синдромом раздраженного кишечника).

Таким образом, превалентность бластоцистной инвазии установленная нами в группе госпитализированных пациентов с диарейным синдромом и группе амбулаторных пациентов с жалобами на состояние пищеварительной системы данным существенно не отличается от данного показателя, определенного в европейских странах. Оценивая перспективы дальнейших исследований, полагаем, обоснованным проведение эпидемиологических исследований, направленных на изучение факторов риска заражения бластоцистозом, включая факторы, ассоциированные с пребыванием зарубежом. Целесообразны также исследования в области молекулярной эпидемиологии бластоцистоза, направленные на раскрытие механизмов реализации патогенного потенциала данного вида возбудителя.

ПОВЫШЕНИЕ ПОРОГОВ СЛУХА У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 2 И 3 СТЕПЕНИ

Куренков А.В.[1]

1 - Самарский государственный медицинский университет, Самара

2 - СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Научные руководители: проф. д.м.н. *Ерёмина Н.В.*[2], доц. д.м.н. *Качковский М.А.*[1]

Сенсоневральная тугоухость (СНТ) относится к заболеваниям, актуальность которых возрастает в течение последних десятилетий. Одним из главных этиологических факторов сенсоневральной тугоухости является артериальная гипертония

Цель исследования:

Выявление состояния слуховой функции в зависимости от степени повышения артериального давления у больных, находящихся на стационарном лечении, с сенсоневральной тугоухостью и артериальной гипертонией.

Материалы и методы:

120 пациентов с артериальной гипертонией, находившихся на стационарном лечении в Клиниках Самарского государственного медицинского университета (пациенты терапевтического и оториноларингологического отделения). Все больные в зависимости от величины АД были разделены на группы. В первую группу вошли пациенты с артериальной гипертонией 2 степени – 76 человек, вторую группу составили пациенты с артериальной гипертонией 3 степени – 44 человека. Всем больным проведено общеклинические исследования, мониторинг артериального давления, тональная пороговая аудиометрия. Степень тугоухости определялась по международной классификации. Для оценки достоверности различий показателей применяли t-критерий Стьюдента, критерий Фишера. Для сравнения двух независимых выборок использовали критерий Манна-Уитни. Выполнялся корреляционный анализ с определением коэффициента Спирмена. Статистически значимыми считали отклонения при $p<0,05$.

У пациентов со 2 степенью артериальной гипертонии и 2 степенью сенсоневральной тугоухости средний порог восприятия на частотах речевого диапазона соответствовал: на 500 Гц - 28,6±1,4дБ, на 1000Гц - 37,8±1,9дБ, на 2000Гц - 49,5±1,3дБ, на 4000Гц - 59,3±1,5дБ. При 3 степени артериальной гипертонии (пациенты третьей группы) и 2 степени сенсоневральной тугоухости средние пороги восприятия звука были более высокими на частотах 2000Гц и 4000Гц: на500Гц - 27,5±1,4 дБ, на 1000Гц - 38,1±2,6дБ, на 2000Гц - 51,4±1,9дБ, на 4000Гц - 64,5±2,6дБ.

У больных 2 степенью артериальной гипертонии и 3 степенью сенсоневральной тугоухости средние пороги восприятия звука составили на 500Гц - 38,6±1,9дБ, на 1000Гц - 50,9±1,1 дБ, на 2000Гц - 62,7±2,1 дБ, на 4000Гц - 77,6±2,2 дБ. При 3 степени артериальной гипертонии и 3 степени сенсоневральной тугоухости средний порог восприятия был выше на всех частотах речевого диапазона и соответствовал на 500Гц - 40,8±2,2дБ, на 1000Гц - 53,0±2,7дБ, на 2000Гц - 65,3±0,9дБ, на 4000Гц - 81,0±2,5дБ.

Вывод:

Бóлее выраженное повышение порогов слуха наблюдалось у больных с 3 степенью артериальной гипертонии, чем со 2 степенью. У лиц со второй степью сенсоневральной тугоухости эти различия выявлены на частотах 2000Гц и 4000Гц, а при 3 степени сенсоневральной тугоухости – на всех частотах речевого диапазона – от 500Гц до 4000Гц. Отмеченное понижение слуховой чувствительности при бóльшей степени артериальной гипертонии свидетельствует о более значительном нарушении функции слухового анализатора.

ПОКАЗАТЕЛИ МАССЫ ТЕЛА И ТИМУСА В ОНТОГЕНЕЗЕ ПОТОМСТВА АЛКОГОЛИЗИРОВОНЫЫХ КРЫС

Круговихин С.А., Круглов С.В.
Научный руководитель: к.м.н., доц. *Пугач П.В.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В последние десятилетия крайне остро встала проблема алкоголизации населения. Проблема материнского алкоголизма является едва ли не самой острой, поскольку вызывает многочисленные изменения в организме потомства, в частности в органах иммунной системы. Тимус, как первичный орган иммунной системы во многом определяет состояние, как периферических органов иммуногенеза, так и выраженность защитных реакций всего организма.

Цель работы.

Установить особенности морфометрических параметров массы тела и тимуса крыс, развивавшихся в условиях внутриутробной этаноловой интоксикации в пре- и постнатальном периодах онтогенеза.

Материалы и методы.

Были изучены абсолютная и относительная масса, абсолютный прирост (АП), энергию роста (ЭР) и темп прироста (ТП) тела и тимуса крыс, полученных от самок контрольной группы (не употребляли этанол – К) и самок, подвергшихся этаноловой интоксикации на протяжении 1 мес. до наступления беременности и на ее протяжении (экспериментальная группа – Э). Тимус потомства животных контрольной (n=53) и экспериментальных групп (n=46) забирали на 20-21 сутки беременности, в первые сутки постнатальной жизни (К2 и Э2) и на 7 сутки постнатального развития (К3и Э3). АП определяли как разность между абсолютными значениями показателя в данный и предыдущий периоды: $АП = N_2 – N_1$, где N_2 – абсолютное значение показателя в данный период; N_1 – абсолютное значение показателя предыдущего периода. ЭР рассчитывали как отношение АП к истекшему промежутку времени: $ЭР = АП / t_2 – t_1$, где ЭР – энергия роста; АП – абсолютный прирост; t_2 и t_1 – время (сут) истекшее между данным и предыдущим уровнем сравниваемых величин (7 суток). ТП вычисляли как отношение между АП данного периода и абсолютным уровнем показателя предыдущего периода: $ТП = АП_2 / N_1 \times 100\%$, где ТП – темп прироста; $АП_2$ – абсолютный прирост в данный период; N_1 – абсолютный показатель предшествующего периода. В работе использован комплекс анатомических (препарирование), морфометрических (массу тела и тимуса крыс определяли взвешиванием на электронных весах “Acculab” (США)) и статистических методов исследования.

Результаты проведенного исследования представлены в таблице.

Таблица. Морфометрические показатели тела и тимуса в онтогензе крыс

Группа животных	Показатели	Масса тела	Абсолютная масса тимуса	Относительная масса тимуса
К2	АП	2,64	0,0022	-0,0011
	ЭП	1,32	0,0003	0
	ТП	83,28	22	0
Э2	АП	0,11	-0,0028	-0,0015
	ЭП	0,04	0	0
	ТП	2,56	0	0
К3	АП	8,80	0,04	0,0016
	ЭП	2,93	0,005	0,0002
	ТП	151,46	327,87	84,21
Э3	АП	4,11	0,02	0,0013
	ЭП	1,37	0,002	0,0002
	ТП	93,20	384,62	118,18

Заключение.

Пренатальная этаноловая интоксикация замедляет становление показателей массы тела и тимуса в постнатальном периоде онтогенеза крыс.

ПОСЛЕДСТВИЯ РЕКОНСТРУКЦИИ АОРТО-ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА

Борта К.Е., Ибрагимов С.А., Лущай В.В., Лучинина Д.В., Козырева А.Б., Шоназарова У.С., Бондаренко П.Б., Кожевников Д.С.
Руководитель темы: д.м.н., доц. *Иванов М.А.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Последствия реконструктивных вмешательств на аорто-подвздошном сегменте остаются неудовлетворительными. Различные варианты реконструкции характеризуются неодинаковыми исходами и отдалёнными результатами. Зная частоту и тяжесть послеоперационных осложнений, можно предугадать дальнейшее течение заболевания у конкретного больного и выбрать наиболее подходящий вид операции.

Цель.

Оценить итоги реконструктивных вмешательств у лиц с атеросклеротическим поражением подвздошных артерий.

Материал и методы.

В основу работы положено подведение итогов реконструкции аорто- подвздошного сегмента (АПС) у 250 больных в сроки от одного до 15 лет после перенесенного вмешательства. У 64 пациентов выполнено аорто-бедренное шунтирование, у 59 человек – стентирование общей и наружной подвздошных артерий, у 137 человек – полузакрытая эндартерэктомия. Результаты операций оценивались по итогам телефонного опроса, дуплексного сканирования, ангиографии, МРТ и КТ.

Результаты.

В 45% наблюдений зарегистрировано поражение наружной подвздошной артерии, в 20% - общей подвздошной и в 35% случаев – общей и наружной подвздошной артерий. После шунтирующих вмешательств у 64% пациентов выполнена ампутация, после эндартерэктомии – у 38% . Стентирование ни у одного из оперированных не привело к ампутации. Летальные исходы наблюдались в группе шунтирующих операций и стентирования (3,2% и 1,7%). После ангиопластики и стентирования потребовались повторные открытые вмешательства у 6,8% больных; повторные эндоваскулярные воздействия с выполнением стентирования – у 10,7% в этой же группе и у 9,6% после эндартерэктомии. В группе шунтирующих операций потребности в такого рода помощи не было. Неблагоприятные кардиоваскулярные события имели место в 3,2% после аорто-бедренного шунтирования (инфаркт миокарда).

В поздние сроки изучение результатов лечения показало, что в период от 1-5 лет погибло 20% больных, с 5-10 год - еще 20%, спустя 10 лет после операции - 38,7% пациентов. В общей сложности за 15-летний срок выжило 13,8% оперированных. Основная причина неблагоприятного исхода - кардиоваскулярные события и новообразования.

Выводы.

Неодинаковые итоги оперативных вмешательств на АПС позволяют выбирать оптимальную тактику для различных категорий больных. При значительной тяжести состояния и наличии сопутствующих заболеваний показаны стентирование и эндартерэктомия.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛИПРИСТАЛА АЦЕТАТА В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Султанова Ф.М., Ангелова Е.М., Вавилова К.В., Белоусова А.А., Чеклюева М.В., Яковлева О.В.
Научный руководитель: асс, к.м.н. *Тайц А.Н.*
СЗГМУ им. И.И.Мечникова
СПбГПМА

Актуальность.

Миома матки – это наиболее распространенное доброкачественное образование женскиех половых органов и встречается у 20—40% женщин репродуктивного возраста и у 50% женщин за 50 лет, характеризующееся обильными маточными кровотечениями, анемией, болевым синдромом, бесплодием. Преобладает эта патология в возрастной группе 30—40 лет. Ежегодно в странах Европейского союза проводится около 300000 операций по поводу миомы

матки, включая около 230000 гистерэктомий. В связи с этим актуальным является вопрос о медикаментозном лечении этой патологии, а также системном применении лекарств в качестве предоперационной подготовки при органосохраняющих операциях.

Цель.

Оценить эффективность улипристала ацетата в предоперационной подготовке пациенток с диагнозом «миома матки».

Материалы и методы.

Было пролечено 12 пациенток в возрасте от 26 до 51 года с диагнозом «миома матки» различной локализации: субмукозная миома матки, интрамуральное расположение миоматозных узлов и множественная миома матки, которым планировалось оперативное лечение.

Результаты исследования.

В группе больных - 7 пациенток с диагнозом «субмукозная миома матки», 4 - «интрамурально расположенный узел миомы матки», 2 – «множественная миома матки», средний диаметр самого большого миоматозного узла 4,1. Среднее изменение общего объема миомы после лечения составило: –21, –12% и +3%. Среднее уменьшение размера опухоли после 13 нед лечения составило 36% в группе. Пациенткам было произведено органосохраняющее оперативное лечение с (гистерорезекция субмукозного узла, лапароскопическая миомэктомия). У пациенток с сопутствующей анемией (60%), вызванной гиперполименорреей, к моменту оперативного лечения отмечалось восстановление нормального уровня гемоглобина.

Выводы.

В настоящее время улипристал ацетат в дозе 5 мг в день с продолжительностью приема 13 недель является эффективным лекарственным средством при лечении миомы матки, сопровождающейся выраженной клинической симптоматикой, у женщин репродуктивного возраста с целью подготовки их к хирургическому лечению. Полученные результаты показали перспективу дальнейшего использования улипристала ацетата в лечении миомы матки.

ПРОЛОНГИРОВАННЫЙ РЕЖИМ ПРИЕМА КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

Ангелова Е.М., Султанова Ф.М., Вавилова К.В., Белоусова А.А., Чеклюева М.В., Яковлева О.В.

Научный руководитель: асс, к.м.н. *Тайц А.Н.*

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

СПбГПМА

Актуальность:

На данный момент наиболее эффективным методом предупреждения нежелательной беременности является гормональная контрацепция. 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. Помимо стандартной схемы 21/7 в настоящее время Популярны такие схемы,как 24/4, 26/2. Одной из новых- является пролонгированный режим, при этом препарат принимается непрерывно в течение нескольких циклов, после чего следует 7 дневный перерыв и повторение схемы.

Цель работы:

Изучить преимущества приема пролонгированного режима КОК.

Материалы и методы:

Было опрошено 100 женщин репродуктивного возраста, ежедневно принимающих КОК по стандартной схеме 21/7.

Результаты исследования:

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, предменструальный синдром, выраженный дискомфорт)

Выводы:

Пролонгированный режим приема КОК позволяет регулировать менструальный цикл, используется для предотвращения нежелательной беременности, для защиты от ряда заболеваний и снижает число побочных эффектов, наблюдающихся при традиционном циклическом приеме КОК.

ПРОБЛЕМА ОСЛАБЛЕНИЯ ГЕОМАГНИТНОГО ПОЛЯ В ЗАКРЫТЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ И НА СУДАХ

Кочергин С.С., Никонов В.А., Мозжухина Н.А.
Научный руководитель: к.м.н., доц. *Мозжухина Н.А.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Состояние и функциональная активность организма находится в тесной зависимости от состояния геомагнитного поля. Гипогеомагнитное поле (ГГМП) в сочетании с комплексов факторов среды вызывает нарушение адаптационных процессов в организме, проявляется в изменении функционального состояния ЦНС, сердечно-сосудистой, иммунной системы и системы крови.

Важнейшим фактором, ведущим к ослаблению естественного уровня геомагнитного поля в среде обитания человека, является экранирование объектов, помещений и технических средств. Так, характерным примером экранирующих помещений являются помещения судов, в которых образуются неоднородные электромагнитные поля, значительно отличающиеся по своим параметрам от естественных электромагнитных полей на поверхности Земли.

Целью работы

явилось изучение гипогеомагнитного поля на в жилых и общественных зданиях, а также на судах.

Материалы и методы.

Инструментальные измерения гипогеомагнитного поля проводились в соответствии с ГОСТ Р 51724-2001 «Экранированные объекты, помещения, технические средства. Поля гипогеомагнитные. Методы измерения и оценки соответствия уровней полей техническим требованиям и гигиеническим нормативам» на соответствие СанПиН 2.1.8./2.2.4.2489-09 «Гипогеомагнитные поля в производственных, жилых и общественных зданиях и сооружениях», СанПиН 2.1.2.2645-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям проживания в жилых зданиях и помещениях» (с изм. и доп. №1). Измерения проводились за двухлетний период на судах и за трехлетний период в жилых и общественных зданиях, завершенных строительством.

Результаты.

Полученные результаты для жилых и общественных зданий были сгруппированы в две основные группы: объекты малоэтажной и многоэтажной застройки без учета конструктивных особенностей зданий. За трехлетний период анализа не было выявлено случаев отклонения показателей ГГМП от нормируемых значений и разброс относительных показателей ГГМП внутри зданий был не существенным. Вместе с тем характеристики геомагнитного поля открытого пространства городской среды существенно отличались в разных районах города. Локальные флюктуации отмечались в местах прохождения подземных коммуникаций, нахождения подземных сооружений, в том числе заглубленных металлических емкостей (например, топливных емкостей АЗС) и ряде других. В помещениях судов было выявлено существенное ослабление гипогеомагнитного поля. Степень снижения постоянного магнитного

поля зависит от места расположения помещений судна, магнитных свойств корпусных конструкций судов, а также широты местонахождения судна.

Выводы.

Полученные данные подтверждают гигиеническую значимость гипогеомагнитного поля в помещениях жилых и общественных зданиях, а также на судах.

В связи с вышеизложенным представляется необходимой разработка методических указаний по гигиенической оценке ГГМП в жилых и общественных зданиях и других объектах.

Необходимо ввести показатели, характеризующие ГГМП, в систему социально-гигиенического мониторинга.

ПРОГНОЗ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗОНЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ АРТРОПЛАСТИКЕ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Калимуллина А.Ф., Жаровских О.С., Дорофеев Ю.Л.
Научный руководитель: д.м.н. *Ткаченко А.Н.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Перелом шейки бедренной кости и дегенеративно-дистрофическое поражение тазобедренного сустава у пациентов старших возрастных групп принадлежат к числу самых распространенных заболеваний. Нагноение после эндопротезирования тазобедренных суставов у больных пожилого и старческого возраста является одним из наиболее частых осложнений.

В медицинскую практику прочно вошли системы математического моделирования течения и исходов заболеваний. Несмотря на детальную разработку методик артропластини тазобедренного сустава, риск развития нагноения операционной раны в раннем периоде после вмешательства остается высоким, что заставляет осуществлять поиск критериев выбора индивидуального подхода при предоперационной подготовке и ведении раннего послеоперационного периода у этой категории больных. Данное обстоятельство является побудительным мотивом к специальному научному исследованию по созданию эффективной системы прогнозирования развития неблагоприятного течения послеоперационного периода у пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава.

Цель работы:

Разработать математическую модель прогноза и профилактики гнойных осложнений в области хирургического вмешательства при эндопротезировании тазобедренных суставов у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы.

Первый этап статистического исследования заключался в разработке плана и программы исследования. На втором этапе проводился сбор материалов для их последующей обработки. Основу третьего этапа исследования составила статистическая группировка с анализом данных. Создание базы данных и статистическая обработка осуществлены методами вариационной статистики, графическое оформление и правку текста проводили с применением пакета прикладных программ. При построении программы прогноза применен метод последовательного анализа А. Вальда (1960).

За период с 2000 по 2010 гг. тазобедренных суставов были имплантированы 709 пациентам в возрасте от 60 до 96 лет. При среднем возрасте больных 77,4 ± 5,2 лет большинство (432 чел. - 60,2%) пациентов составили женщины. Кроме патологии со стороны тазобедренных суставов у всех больных выявлялось не менее двух сопутствующих заболеваний. Наиболее частыми были перенесенный инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, что, несомненно, не могло не отразиться на течении послеоперационного периода.

Выявлено, что развитие послеоперационных осложнений обусловливается следующими факторами: возраст, пол, характер и компенсация сопутствующей патологии, качество предоперационной подготовки, условия проведения и длительность операции, наличие интраоперационных осложнений и др.

Все эти критерии оценены количественно. На основании последнего создан программный продукт, позволяющий прогнозировать осложнения в зоне хирургического вмешательства в раннем послеоперационном периоде. Использование данного программного продукта в пилотном формате позволило прогнозировать компликации с вероятностью 80% и обеспечить снижение их частоты в 1,7 раза.

Заключение.

Таким образом, прогноз развития ряда осложнений послеоперационного периода, а также выявление факторов риска возможны на основании количественной оценки прогностических факторов. Это позволяет на дооперационном этапе прогнозировать осложнения и целенаправленно заниматься их профилактикой до операции, во время вмешательства и после него.

ПРОГРАММА РАЦИОНАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ СНИЖАЕТ ВНУТРИБОЛЬНИЧНУЮ ЛЕТАЛЬНОСТЬ И ЗАТРАТЫ НА АНТИМИКРОБНУЮ ТЕРАПИЮ

Медведев Д.С.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Захарова Н.В.*

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Программы рационального применения антибиотиков (antimicrobial stewardship) используются во всем мире для сдерживания резистентности микроорганизмов к антимикробным препаратам. Кроме влияния на резистентность, программы могут снизить летальность и затраты на антимикробные препараты.

Цель работы.

Оптимизировать назначение системных антимикробных препаратов в ожоговом центре БУЗ ВО «Медсанчасть «Северсталь» с помощью внедрения мер по рациональному использованию антибиотиков.

Материалы и методы.

В 2007 году в ожоговом центре была внедрена программа рационального применения антимикробных препаратов. Эмпирическое назначение системных антимикробных препаратов с лимитировано пациентами с клиническими признаками инфекционного процесса, разработаны протоколы назначения антибиотиков. Профилактическое использование антимикробных препаратов ограничено периоперационной антибиотикопрофилактикой. Предложена стратегия деэскалационной антимикробной терапии раневой инфекции при тяжелой ожоговой травмы (ожоги 40% и более от общей поверхности тела с ожогами III Б-IV степени не менее 20% поверхности тела), сепсиса, нозокомиальной пневмонии. Для оценки эффективности введенных мер, проведено сравнение показателей работы отделения в 2006 году (год перед внедрением программы) и в 2012 году. Отдельно выделена группа пациентов с термическими ожогами, из-за высокой частоты применения системных антимикробных препаратов по сравнению с другими пациентами ожогового центра. В 2006 пролечено 363 пациента с термическими ожогами, а в 2012 – 302 пациента; с показателями общего койко-дня 8663 и 6302 суток соответственно. Оценка летальности проводилась с помощью непараметрического критерия $\chi 2$-Пирсона, при анализе таблиц сопряженности в онлайн калькуляторе StatPages.

Результаты.

Летальность пациентов с термическими ожогами была статистически значимо ниже в 2012 году (7,99% в 2006 году, 2,98% в 2012 году; 95% CI: 0,153-0,796; p=0,006). Для сравнительной оценки потребления системных антимикробных препаратов, было вычислено количество определенных суточных доз (DDD) для каждого системного антибиотика. Использованы, рекомендованные ВОЗ, значения DDD (http://www.whocc.no/atc_ddd_index/). Общее количество DDD всех системных антимикробных препаратов снизилось с 13682 в 2006 до 7148 в 2012, показатель количества DD на одного пациента снизился с 25,01 до 16,55. Отмечено выраженное снижение количества DDD у следующих антибиотиков: цефазолин с 1000 до 3,3; цефоперазон + сульбактам с 206 до 195; цефотаксим с 575 до 0; цефтазидим с 274

до 40; цефтриаксон с 1347 до 375; ципрофлоксацин с 1576 до 598 и оксациллина с 4063 до 1800 DDD. Рост наблюдался в группе меропенема (с 262 до 685 DDD) и ванкомицина (с 380 до 662 DDD). Общие затраты на системные антимикробные препараты снизились с 5 668 437,4р. (10 362,9р. на одного пациента) в 2006 г. до 2 990 423,7р. (6 922,1р. на одного пациента) в 2012 г.

Выводы.

Использование меропенема и ванкомицина возросло за счет включения данных препаратов в стартовый режим при деэскалационной схеме. Снизилось потребление цефазолина и оксациллина за счет отказа от профилактического использования. Курсы назначения цефалоспоринов третьего поколения и фторхинолонов стали короче, что может снизить риск «параллельного ущерба» для сдерживания резистентности грамотрицательных микроорганизмов к карбапенемам. Внедрение программы снизило летальность пациентов с термическими ожогами и затраты на системные антибиотики.

ПРОФИЛАКТИКА ОБРАЗОВАНИЯ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Султанова Ф.М., Ангелова Е.М., Вавилова К.В., Белоусова А.А., Чеклюева М.В., Яковлева О.В.
Научный руководитель: асс, к.м.н. *Тайц А.Н.*
СЗГМУ им. И.И.Мечникова
СПбГПМА

Актуальность:

За последние годы интерес к профилактики спаечного процесса значительно возрос, в связи с высокой частотой оперативных вмешательств и отсутствием единого подхода к реабилитации репродуктивного здоровья в после операционном периоде. Частота спаечной болезни после операций на органах брюшной полости и малого таза составляет от 55% до 93%.

Цель:

Оценить безопасность и эффективность препарата на основании долгосрочных клинических исходов (рождаемость, хронические тазовые боли, спаечная обструкция тонкой кишки).

Материалы и методы:

В исследовании приняли участие 500 женщин, которые были разделены на 2 группы: 1)основная группа – 300 женщин (210 использовали противоспаечный барьер – Interceed; 90 - противоспаечный гель – Intercoat) ; 2)группа контроля – 200 женщин, которые не использовали препараты.

Результаты исследования:

Согласно проведенному ретроспективному анализу с 2008 по 2013 гг. получено: у женщин с трубно- перитонеальным бесплодием и проведенными реконструктивными операциями с использованием противоспаечных препаратов Interceed (Johnson and Johnson, Gynecare, Somerville, NJ), процент рождаемости выше, чем в группе, которая не использовала противоспаечные препараты. Использование Interceed при операциях на опухолях яичников достоверно снижает долгосрочные клинические исходы.

Выводы:

Interceed снижает частоту послеоперационных спаек, как при лапаротомии, так и при лапароскопии при условии полного гемостаза. Он безопасен и эффективен, но не предотвращает образование абсолютно всех спаек.

Рекомендовано использовать противоспаечный барьер у пациенток с высоким риском формирования клинически значимых спаек (при эндометриозе, воспалительных заболеваниях тазовых органов, миомэктомии).

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К ВАНКОМИЦИНУ ЭНТЕРОКОККОВ В ОТДЕЛЕНИЯХ РАЗНОГО ПРОФИЛЯ

Шаляпина Н.А., Любимова А.В.
Научный руководитель: д.м.н., проф. *Любимова А.В.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель работы.

Выявить частоту резистентности к ванкомицину энтерококков в отделениях различного профиля.

Материалы и методы.

Трехкратное исследование точечной превалентности в отделениях разного медицинского профиля (отделение патологии новорожденных, реанимации недоношенных новорожденных, хирургического, онкологического, трансплантологии костного мозга для подростков). Трижды в течение 3 месяцев через равные промежутки времени проводились бактериологические исследования смывов из зева, кожи, посевы мочи, кала пациентов, а также смывов с объектов внешней среды. Верификация устойчивости энтерококков к ванкомицину осуществлялась амплификацией кассет ванкомицин-резистентности vanA и vanB согласно методике предложенной Dutka-Malen S. et al. (Dutka-Malen S, Evers S , Courvalin P, 1995). В качестве положительного контроля амплификации кассеты ванкомицин-резистентности vanA был использован штамм Enterococcus faecium SMI Ekkr148 из коллекции Шведского института контроля за инфекциями. Молекулярно-генетическое типирование энтерококков методом ПЦР со «случайными» праймерами (RAPD-ПЦР) проводилась с применением универсального праймера R5 (5’-AACGCGCAAC-3’) в концентрации 50 пмоль/мкл согласно условиям реакции.

Результаты.

Ванкомицинрезистентность была обнаружена только у E.faecium (VRE). Наибольшая частота инфицирования VRE была отмечена в отделениях патологии новорожденных: доля VRE среди всех выделенных энтерококков составила от 22,2% до 65% , реанимации недоношенных новорожденных: доля VRE среди всех выделенных энтерококков составила от 20% до 36,8% и отделении трансплантологии костного мозга для подростков: доля VRE среди всех выделенных энтерококков составила от 8,3% до 38,4%; в хирургическом и онкологическом отделениях ни на одном из этапов исследования VRE обнаружен не был.

Выводы.

Таким образом, отделениями высокого риска инфицирования VRE являются отделения патологии и реанимации новорожденных, и отделение трансплантологии костного мозга для подростков, что требует углубленных исследований эпидемиологических особенностей данной инфекции в этих медицинских учреждениях.

РОЛЬ ИЗМЕРЕНИЯ УРОВНЯ 18-ГИДРОКСИКОРТИКОСТЕРОНА В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА

Протащик Д.В.
Научный руководитель: д.м.н. проф. *Ворохобина Н.В.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Первичный гиперальдостеронизм (ПГА) в настоящее время считается самой частой причиной вторичной артериальной гипертензии (АГ). Выявление ПГА в группах высокого риска, в соответствии с клиническими рекомендациями Международного эндокринологического общества, базируется на подсчете альдостерон-ренинового соотношения (АРС), «золотым стандартом» дифференциальной диагностики считается сравнительный селективный забор крови из надпочечниковых вен (ССЗВК). 18-гидроксикортикостерон (18-ОНВ) является предшественником альдостерона с высоким сродством к минералкортикоидным рецепторам, синтезирующийся в результате ряда последовательных превращений из прогестерона под воздействием альдостеронсинтазы.

Цель:

Оценить роль измерения уровня 18-гидроксикортикостерона в диагностике ПГА.

Материалы и методы:

Обследовано 294 пациента с АГ и 30 человек с нормальным уровнем артериального давления. Измеряли уровень альдостерона (АЛД) и активность ренина плазмы (АРП) сыворотки крови методом РИА; 18-ОНВ крови и суточной мочи методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ). Всем пациентом были выполнены «маршевая» проба (МП), проба с нагрузкой физиологическим раствором (ПФР), компьютерная томография (КТ) надпочечников. Пациенты с повышением уровня кортизола, метанефрина и норметанефрина были исключены из исследования. Положительный АРС имели 78 пациентов. Диагностика ПГА была основана на ПФР (ПГА при снижении уровня АЛД после пробы менее 50% или значении АЛД выше 100 пг/мл) и КТ. У 49 пациентов был диагностирован ПГА, 34 из них был выполнен ССЗВК.

Результаты:

У 49 больных был установлен ПГА на основании повышения в крови уровня альдостерона (395,7±102,9 пг/мл, $p<0,01$) и снижения АРП (0,5±0,29 нг/мл/час, $p<0,05$), снижения уровня альдостерона при проведении ОП на 36,1±4,1%, отсутствия подавления альдостерона в результате проведения пробы с ФР (уровень АЛД составил 143,5±37,4 пг/мл). По данным ВЭЖХ у больных ПГА отмечено повышение в крови уровня 18-ОНВ (2,6±0,4 нг/мл, $p<0,01$), экскреции с мочой 18-ОНВ (64,7±33,1 мкг/с, $p<0,05$). Диагностически значимым при выполнении ССЗВК у больных АПА считалось превышение уровня альдостерона со стороны гиперсекреции в 2 и более раз, тогда как уровень 18-ОНВ отличался более чем в 3 раза.

Выводы:

Определение уровня 18-ОНВ в крови и суточной моче является информативным дополнительным критерием выявления ПГА, а также улучшает точность дифференциальной диагностики основных форм ПГА.

РОЛЬ МИОМЭКТОМИИ В ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Яковлева О.В., Султанова Ф.М., Ангелова Е.М., Вавилова К.В., Белоусова А.А., Чеклюева М.В.

Научный руководитель: асс, к.м.н. *Тайц А.Н.*

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

СПбГПМА

Актуальность.

Миома матки выявляется у 20-40% женщин репродуктивного возраста. В последние годы отмечается отчетливая тенденция к увеличению заболеваемости данной патологией. В связи с этим особую актуальность приобретают проблемы преодоления бесплодия у больных с миомой матки, что обусловлено ,в частности, развитием функционального направления в оперативной гинекологии, внедрением новых методов оперативного лечения больных.

Цель:

Оценить эффективность оперативного лечения (миомэктомии) как этапа прегравидарной подготовки женщин с бесплодием.

Материалы и методы:

Обзор современной литературы с позиции доказательной медицины за последние 10 лет.

Результаты исследования:

Число случаев первичного бесплодия у больных с миомой матки составляет 18-24%, вторичного 25-56% , что обусловлено:1) изменением в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-матка;2) деформацией полости матки(преимущественно субмукозные и интрамуральные узлы);3) продукцией эндотелием миоматозноизмененной матки вазоактивных провоспалительных цитокинов; 4)нарушением сократительной способности миометрия и изменением кровотока в нем.

В настоящее время в качестве лечения все чаще используется реконструктивно-пластический хирургический метод- миомэктомия.

Обзор работ выявил, что частота наступления спонтанной беременности в течение года после миомэктомии достигает в среднем 40%. Например, по данным Bulleti et al., частота беременности после миомэктомии, выполненной 106 больным,76% которых имели более 3 узлов (диаметр одного из узлов достигал 6 см и более), в 4 раза превышала таковую у больных без оперативного вмешательства(106 больных).

Анализ исследований показал, что на эффективность миомэктомии в отношении наступления беременности могут повлиять несколько факторов, к которым относят: возраст больной старше 35 лет, наличие других факторов бесплодия и его длительность; количество, диаметр, локализация миоматозных узлов; а также характер послеоперационной реабилитационной терапии. Вид доступа оперативного вмешательства (лапаротомный, лапароскопический, трансцервикальный) достоверно не влияет на эффективность преодоления бесплодия.

Выводы:.

Миомэктомия, являясь патогенетически обоснованным вмешательством, при своевременном выполнении и использовании современных хирургических технологий малотравматична, безопасна и является одним из ведущих методов сохранения или реабилитации репродуктивной функции у больных с миомой матки.

СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

Титова А.Л.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Сайганов С.А.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель:

Оценка регионарной и глобальной сократимости у пациентов в раннем периоде после АКШ на работающем сердце.

Материалы и методы:

Было обследовано 49 пациентов, средний возраст которых составил 62,7±7,4 г . Всем больным в связи с многососудистым поражением коронарных артерий было выполнено АКШ в условиях off-pump. Исследование геометрических и гемодинамических характеристик сердечной мышцы при помощи эхокардиографии (Эхо-КГ) проводили до операции КШ и в раннем послеоперационном периоде: через 3 дня и 1 месяц. Были рассчитаны показатели, характеризующие функциональное состояние ЛЖ: конечный систолический объем (КСО), конечный диастолический объем (КДО), фракция выброса (ФВ) ЛЖ, митрально-септальная сепарация (EPSS), индекс нарушенной локальной сократимости (ИНЛС), который рассчитывали как отношение суммы баллов для каждого сегмента к числу анализируемых сегментов.

Результаты:

Клиническая картина ИБС у пациентов до поступления в стационар чаще всего была представлена приступами стенокардии напряжения II и III ФК (39 % и 40 %). Около 80 % прооперированных пациентов перенесли в прошлом ИМ. Было установлено, что у больных с наличием в анамнезе ИМ количество зон с нарушенной регионарной сократимостью, а также ИНЛС (64%) были значимо выше, по сравнению с больными без предшествующего ИМ. Коэффициент корреляции (R) составил 0,65. Динамика объемных показателей ЛЖ в раннем послеоперационном периоде (через 1 мес.) не претерпела существенных изменений: КДО 109,8±30,9, 101,2±27,6 ($p>0,05$), КСО 44,4±20,9, 40,7±16,6 ($p<0,05$), также как и показатели глобальной сократимости ЛЖ (ФВ) 61,4±9,1, 62,5±7,8 ($p >0,05$) и EPSS 7,1±3,4, 6.7±3,3 ($p>0,05$). Что касается оценки локальной сократимости, исходно она была нарушена у 49% пациентов. В раннем послеоперационном периоде, преимущественно, на 3-й день обследования, было выявлено появление новых зон нарушения локальной сократимости у 6 (12,2 %) пациентов. Появление новых участков гипокинезии не сопровождалось достоверно значимым снижением ФВ 60,1 ± 7,1, 59,1±8,8 ($p >0,5$) и изменениями геометрических показателей ЛЖ. В сроке до 1 месяца у 4-х (8,1%) пациентов сохранялись зоны локальной гипокинезии. Транзиторный характер этих нарушений может быть обусловлен проявлением станнинга. Наряду с

ухудшением регионарной кинетики ЛЖ после операции, наблюдалось и ее улучшение в 3 (6,1%) случаях через 3 дня и в 5 (10%) случаях через 1 месяц, что позволяет думать о включении сокращения жизнеспособных сегментов миокарда, исходно находящихся в гибернирующем состоянии.

Выводы:

Отсутствие взаимосвязи между динамикой показателей глобальной и локальной сократимости миокарда ЛЖ может свидетельствовать об уравновешивании явлений обратимой гибернации и реперфузионного станнинга в раннем послеоперационном периоде.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА ПРЕДПРИЯТИЯ ВОДОСНАБЖЕНИЯ И КАНАЛИЗОВАНИЯ

Сухова Я.М.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Гребеньков С.В.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Профессиональные водители автомобильного транспорта участвуют во всех отраслях деятельности человека, поэтому в настоящее время во всем мире большое внимание уделяется изучению их состояния условий труда и здоровья. Однако данных, отражающих сложившуюся ситуацию в Российской Федерации, и, в частности в Санкт-Петербурге, очень мало.

Цель:

Изучить состояние здоровья водителей автотранспорта в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы:

Произведен анализ состояния здоровья водителей по результатам углубленной сплошной диспансеризации, проведенной в 2011 - 2013 гг. на базе Медицинского центра ГУП «Водоканал Санкт-Петербурга».

Результаты:

Были обследованы 1320 водителей в возрасте от 20 до 68 лет, распределенных по возрастным группам следующим образом: водители от 20 до 35 лет - 230 человек, что составляет 17,4% от общего числа водителей, 35-50 лет – 400 человек (30,5%), возрастная группа старше 50 лет – 700 человек (53%).

В возрастной группе до 35 лет здоровыми были признаны 155 человек, что составляет 67,4% от числа водителей в данной возрастной группе, от 35 до 50 лет – 132 человека (33,0%), старше 50 лет – 27 человек (3,9%). Структура заболеваемости наиболее распространенными, в том числе производственно обусловленными, заболеваниями водителей представлена в таблице 1.

Заболевания	Уровень заболеваемости в возрастных группах (‰), (в скобках абсолютное число случаев)		
	20-35 лет	35-50 лет	≥ 50 лет
Заболевания сердечно-сосудистой системы, в том числе	73,91 (17)	287,50 (115)	857,14 (600)
Гипертоническая болезнь и синдром артериальной гипертензии	43,48 (10)	262,50 (105)	490,00 (343)
Заболевания дыхательной системы	30,43 (7)	37,50 (15)	60,00 (42)
Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника и синдром боли в спине	43,48 (10)	292,50 (117)	314,29 (220)
Заболевания пищеварительной системы	69,57 (16)	172,50 (69)	210,00 (147)
Ожирение	82,61 (19)	172,50 (69)	140,00 (98)
Сахарный диабет и нарушение толерантности к глюкозе	4,35 (1)	7,50 (3)	44,29 (31)

Повышенная заболеваемость и рано наступающие стойкие нарушения здоровья нередко ведут к ранней инвалидизации водителей. Почти все водители к моменту стойкой утраты трудоспособности находятся в допенсионном возрасте. В структуре этиологических причин инвалидности водителей первое место занимает сердечно-сосудистая патология – 63,5%.

Заключение:

Заболеваемость профессиональных водителей автотранспорта по различным показателям остается весьма высокой, но, тем не менее, уровень выявления профессиональной заболеваемости у данного контингента остается низким как в целом по Российской Федерации, так и в городе Санкт-Петербурге.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВИДОВОГО РАЗНООБРАЗИЯ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ, ИЗУЧЕННОГО С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОХИМИЧЕСКИХ ТЕСТОВ И MALDI-TOF-МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ

Рябинин И.А., Ремнева Н.П., Кашуба В.М., Цветкова Г.В., Сабиров В.Р., Снигирева Е.В.
Научный руководитель: д.б.н., проф. *Васильева Н.В.*

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Цель.

Исследование влияния MALDI-TOF-масс-спектрометрии на видовую идентификацию грамотрицательных бактерий, выделенных в многопрофильном стационаре.

Материалы и методы.

Штаммы энтеробактерий (219) и грамотрицательных неферментирующих бактерий (64) выделяли на плотных средах (кровяной агар, среда Эндо, среда Плоскирева, UriSelect 4) из различных видов клинического материала в микробиологической лаборатории НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина.

Для биохимической идентификации изоляты субкультивировали на трехсахарном агаре с солью Мора, цитратной среде Симмонса, среде для определения подвижности и продукции индола, бульоне Кларка, а также на мясо-пептонном агаре при 44° С (для Acinetobacter spp.). Выполняли определение оксидазной активности. Последующую идентификацию проводили с использованием коммерческих систем, основанных на ферментации углеводов и разложении аминокислот (для энтеробактерий) и ассимиляции различных источников углерода (для неферментирующих бактерий). В интересах производителя торговые марки панелей не указываются. Для видовой идентификации, основанной на MALDI-TOF-масс-спектрометрии, использован метод прямого нанесения культуры (без экстракции белков). MALDI-TOF-масс-спектрометрию проводили с использованием прибора Autoflex speed TOF/TOF (Bruker Daltonik) в линейном автоматическом режиме с детекцией положительно-заряженных ионов в диапазоне m/z 2000 — 20000. Масс-спектры идентифицировали с помощью базы Biotyper Real Time Classification 3.1.

Заключение.

Внедрение видовой идентифкации с использованием MALDI-TOF-масс-спектрометрии позволило сократить время анализа на 1 — 2 суток. Результаты идентификации, полученные биохимической системой и на масс-спектрометре оказались идентичны для представителей следующих таксонов: E. coli, триба Proteae, Serratia marcescens, Enterobacter aerogenes, Ps. aeruginisa, Ralstonia pickettii, Burkholderia cepacia, Acinetobacter haemolyticus.

Среди изолятов, биохимически идентифицированных как Klebsiella pneumoniae и K. oxytoca, удалось обнаружить представителей Raoultella planticola и R. ornithinolytica. Однако производитель оборудования не гарантирует абсолютную точность такого определения.

Масс-спектрометрическая идентификация позволила, до некоторой степени, различить представителей видового комплекса Enterobacter cloacae: E. cloacae (33 %), E. ludwigii (7%), E. asburiae (22%), E. hormaechei (26%), E. kobei (12%). Для Citrobacter spp. Мы получили

следующие результаты (по биохимии/по масс-спектрометрии): C. koseri/C. koseri (90%)+C. amalonaticus (10%); C. freundii/C. freundii (88%)+C. gillenii (6%)+Kluyvera crescens (6%).

Группа штаммов, идентифицированная как «беспигментные Pseudomonas spp.» по масс-спектрометрии, как оказалось, включает следующие виды: Ps. koreensis (14%), Ps. citronellosis (4%), Ps. nitroreducens (37%), Ps. mosselii (14%), Delftia acidovorans (4%) и Plesiomonas shigelloides (4%). Нетермотолерантные изоляты Acinetobacter spp. были разделены на виды A. pittii (14%), A. junii (29%), A. guillouiae (14%), A. nosocomialis (29%), Achromobacter xylosoxydans (14%).

Таким образом, использование MALDI-TOF-масс-спектромерии позволило не только ускорить бактериологический анализ, но и более детально раскрыть видовое разнообразие изученной группы бактерий. Последнее обстоятельство делает MALDI-TOF-масс-спектрометрию незаменимым инструментом в в области госпитальной эпидемиологии.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ASPERGILLUS NIGER, A.AWAMORI И ПЕРЕХОДНЫХ ВАРИАНТОВ

Рябинин И.А., Чилина Г.А., Михайлова Ю.В.
Научный руководитель: д.б.н., проф. *Васильева Н.В.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Aspergillus niger и A. awamori – родственные и близкие по своим морфологическим свойствам виды, представители которых могут вызывать инвазивный аспергиллез. A. awamori, как возбудитель инфекций у человека известен значительно меньше. Однако некоторые последние работы, выполненные с применением ДНК-сиквенирования, показали, что штаммы A. awamori могут иногда составлять около половины изолятов, которые идентифицируют при кратком морфологическом исследовании как A. niger. A. awamori также используется промышленно для получения некоторых ферментов. Поэтому представляет интерес подход к различению этих двух видов для исследований в медицинской и санитарной микологии.

Цель работы

Выявить характерные морфологические отличия в росте на различных питательных средах среди изолятов Aspergillus niger, A. awamori и генетически переходных вариантов (A. niger/awamori).

Материалы и методы.

Исследованы клинические штаммы A. niger (4), A. awamori (3) и штаммы с промежуточной видовой принадлежностью (2) из Российской коллекции патогенных грибов, предварительно идентифицированные методом 18S-рДНК-сиквенирования. Штаммы субкультивировали для получения гигантских колоний на агаре Чапека, агаре Сабуро, сусло-агаре и картофельно-морковном агаре при 28° С 7 суток. По окончании срока инкубации проводилась фотосъемка колоний, из них готовили микропрепараты, которые исследовали в световом микроскопе с микрофотографией и микрометрией.

Заключение.

В результате проведенного исследование удалось выявить следующие морфологические особенности.

По характеру роста на среде Сабуро и сусло-агаре все штаммы имели ряд индивидуальных особенностей (окраска субстратного мицелия, наличие белого воздушного мицелия, борозды), но они не были четко связаны с видовой принадлежностью культуры.

На картофельно-морковном агаре поверхность и окраска колоний у штаммов разных видов не различалась, но край колоний у A. awamori был извилистый, у A. niger – равномерный.

На среде Сабуро, сусло-агаре и картофельно-морковном агаре штаммы A. awamori образовывали конидиальные головки, где терминальное расширение и стеригмы окрашены одинаково и всегда светлее спор. У A. niger терминальное расширение часто темнее, чем стеригмы. На сусло-агаре различия более контрастные — в 7-дневных культурах A. niger головки практически непрозрачные, угольно-черные, штаммы A. awamori во всех случаях образовывали головки с хорошо просматриваемым центральным комплексом. Штаммы A.

awamori на агаре Чапека во всех случаях образовывали колонии более светлого оттенка в сравнении с ростом A. niger. При микроскопическом исследовании выявлено, что у изолятов A. awamori терминальное расширение конидиеносца и стеригмы светло-коричневого цвета, споры почти прозрачные, в них окрашены только оболочки. У A. niger конидиальные головки при микроскопии темно-коричневые, а при осмотре колоний невооруженным глазом имеют угольный цвет.

Среди штаммов A. niger/awamori один по макро- и микроморфологии колоний практически не отличался от типичных штаммов A. niger, а другой имел достаточно своеобразные черты. На среде Сабуро у него образовывались темноокрашенные области на обратной стороне колоний, на сусло-агаре — необычно высокие конидиеносцы (до 6 мм), а на агаре Чапека в колонии формировалась мощная сеть тонких воздушных гиф, оплетающая конидиеносцы, в колонии наблюдалась секторальная изменчивость.

Таким образом, среди представителей трех групп аспергиллов секции Nigri можно найти морфологические различия, однако, они трудноуловимы и требуют углубленного исследования. Поэтому ДНК-сиквенирование по прежнему является методом выбора для идентификации данной группы возбудителей.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И ОПОРНЫХ СТРУКТУР ШЕИ ПРИ ИНТУБАЦИИ В СКОРОЙ ПОМОЩИ И В СТАЦИОНАРЕ

Тихонов С.В., Корякина В.А.
Научный руководитель д.м.н., проф. *Мишин Е.С.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель исследования.

Сравнить характер повреждений мягких тканей и опорных структур шеи, возникших вследствие интубации трахеи в скорой помощи и в стационаре.

Материал и методы исследования.

Проведен анализ 44 случаев смерти лиц, которым в рамках оказания медицинской помощи проводилась интубация трахеи врачами скорой помощи (22 случая) и стационаров (22 случая). Среди умерших было 26 мужчин (59,1%), 18 женщин (40,9%) в возрасте от 20 до 91 года. Диагностика повреждений шеи проводилась с использованием модифицированного метода исследования трупа с последующим дополнительным медико-криминалистическим исследованием подъязычногортаннотрахеального комплекса по методике, включавшей стереомикроскопическое исследование скелетированных объектов подъязычной кости (ПК), щитовидного хряща (ЩХ), перстневидного хряща (ПХ) и хрящей трахеи (ХТ) (Мишин Е.С.,1992).

Результаты исследования.

В 10 случаях интубация выполнена в стационаре для использования эндотрахеального наркоза при оперативном пособии, в остальных 32 случаях - с целью респираторной поддержки для проведения ИВЛ. Время с момента интубации в машине скорой помощи до наступления смерти составляло от 0 до 30 суток, в стационаре - от 1 часа до 48 суток. При судебно-медицинском и патологоанатомическом исследованиях трупов лиц, умерших в стационаре, были установлены следующие причины смерти: отравление барбитуратами - 1 сл., термические ожоги – 4 сл., позиционное сдавление – 1 сл., интраоперационная геморрагическая анемия – 1 сл., заболевания - 15 сл.. Причинами смерти лиц, интубированных в скорой помощи, по данным судебно-медицинских исследований трупов были: тупая травма живота с разрывом селезенки – 1 сл.; действие крайних температур – 2 сл.; отравления - 13 сл., заболевания – 6 сл.. При медико-криминалистическом исследовании изъятых органокомплексов шеи обнаружены очаговые кровоизлияния в мягких тканях в 19 случаях (86%) интубации в стационаре и в 11 случаях (50%) - в скорой помощи. В одном случае интубации в стационаре у пациентки 71 года были установлены 3 линейных вертикальных разрыва гортаноглотки на глубину слизистого слоя. Повреждения опорных структур шеи в виде полных переломов, надломов, трещин подъязычной

кости, хрящей гортани и трахеи, а также надрывов сочленений больших рогов с телом ПК выявлены в 17 случаях (77%) интубации в стационаре и в 11 случаев (50%) интубации в скорой помощи. Изолированные повреждения одного из элементов (ПК, ПХ и ХТ) органокомплекса, отмечены только в 4 случаях (23%) интубации в стационаре. В остальных 13 случаях (76%) были сочетанные повреждения 2-х (8 случаев), 3-х (4 случая) или 4-х элементов (1 случай) органокомплекса. Изолированные и сочетанные повреждения при интубации в скорой помощи встретились почти в одинаковом соотношении 45% и 55% соответственно. Отмечены сочетанные повреждения 2-4-х элементов органокомплекса шеи (6 случаев).

Выводы.

При производстве интубации причиняются повреждения шеи в виде кровоизлияний в мягких тканях, изолированных и сочетанных переломов подъязычной кости, хрящей гортани и трахеи. Больший объем повреждений шеи отмечен при проведении интубации в стационаре по сравнению со скорой помощью.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ОРГАНИЗМА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Иванов С.В.

Научный руководитель: д.м.н. *Хорошилов И.Е.*

СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Недостаточность питания – патологическое состояние, обусловленное несоответствием поступления и расхода питательных веществ, приводящее к снижению массы тела и изменениям компонентного состава организма. Развитие недостаточности питания играет важную роль в патогенезе воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) – язвенного колита и болезни Крона. Более чем у 50% пациентов с ВЗК наблюдается снижение массы скелетных мышц, при обострении заболевания также часто отмечается уменьшение количества жировой ткани. При развитии недостаточности питания пролонгируется фаза обострения заболевания, происходит утяжеление течения заболевания. Для оценки компонентного состава организма используются различные модели строения тела, из которых наиболее простой является двухкомпонентная, которая подразделяет массу тела на массу жировой ткани, и безжировую массу. Жировая масса отражает энергетические запасы организма, а безжировая – пластические (белок крови и внутренних органов). В условиях стационара применяют три основных метода исследования компонентного состава организма: метод калиперометрии, биоимпедансный анализ (БИА) и двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию (ДРА).

Цель исследования.

Оценить эффективность методов БИА и калиперометрии для определения количества жировой ткани у пациентов с обострением воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), имеющих недостаточность питания по типу «алиментарный маразм».

Материалы и методы.

В исследование были включены 56 пациентов в возрасте от 18 до 63 лет с обострением ВЗК, имеющие недостаточность питания по типу «алиментарный маразм». Исследование компонентного состава организма (количество жировой ткани) проводилось методом ДРА (прибор «Lunar Prodigy Advance»), методом БИА (прибор «Диамант») и методом калиперометрии (по J.V. Durnin и J.Womersley). Данные БИА и калиперометрии сравнивались с «золотым стандартом» – ДРА. Для статистического анализа использовались непараметрический парный критерий Вилкоксона. коэффициент корреляции Спирмена и метод Уилсона.

Результаты исследования.

У 16 пациентов определено количество жировой ткани в организме с помощью данных трех методов: при использовании ДРА медиана значений жировой массы составила 7,2 кг (min=2,0 кг, max=18,1 кг), при использовании метода БИА – 8,6 кг (min=0,0 кг, max=13,4 кг),

при использовании метода калиперометрии – 5,4 кг (min=1,0 кг, max=16,5 кг). Результаты БИА статистически не отличались от данных ДРА (z=-0,724, p=0,469), как и результаты калиперометрии (z=-1,396, p=0,163), но коэффициент корреляции Спирмена между данными БИА и ДРА (ρ=0,94, p<0,001) был значительно выше, чем между данными калиперометрии и ДРА ρ=0,73, p=0,001), что косвенно подтверждает большую точность метода БИА. Оценка динамики количества жировой ткани в организме после курса нутритивной поддержки методами БИА и калиперометрии проводилась у 56 пациентов с ВЗК: установлено, что совпадение направленности изменения количества жировой ткани (увеличение количества, уменьшение количества или отсутствие изменений) при использовании методов БИА и калиперометрии наблюдалось только в 68% случаев (95% ДИ: 54,8%; 78,6%), то есть данные два метода демонстрируют различные результаты мониторинга количества жировой ткани.

Заключение.

Метод БИА имеет преимущество в точности по сравнению с методом калиперометрии для исследования компонентного состава организма пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, имеющими недостаточность питания по типу «алиментарный маразм», как при однократном определении количества жировой ткани в организме, так и для динамической оценки жировой массы на фоне нутритивной поддержки.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА

Трофимова Н.В., Тованова Н.А.
Научный руководитель *Дрожжин Ю.Б.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Телемедицина - это направление на стыке нескольких областей: медицины, телекоммуникаций, информационных технологий, образования.

Врачи могут поставить диагноз, на основании полученных через электронную почту или глобальную сеть Интернет. Достижения телемедицины устраняют необходимость в физическом присутствии специалиста на месте. При современном уровне развития информационных технологий становиться возможным обмениваться электронными версиями таких документов, общаться при помощи интернета, устраивать видеоконференции.

Отсутствие единого информационного стандарта становится существенным препятствием, на пути эффективной информатизации здравоохранения. Введение единого стандарта обмена информацией позволит решить эти проблемы внутри медицинской информационной системы.

Цель работы.

Изучить современные телемедицинские подходы и необходимость информационных стандартов в медицине. Определить эффективность лечения и диагностики данным методом.

Материалы и методы.

Изучение литературы по данной теме, оценка моральной эффективности и диагностической ценности.

Вывод.

Телемедицина — направление медицины, основанное на использовании компьютерных и телекоммуникационных технологий для обмена медицинской информацией между специалистами с целью повышения качества диагностики и лечения конкретных пациентов.

Современные телемедицинские подходы позволяют проводить удаленные консультации врачей и их пациентов, находящихся в самых отдаленных районах. Благодаря телемедицинским технологиям врачи и специалисты могут слушать лекции известных учёных по самым актуальным проблемам здравоохранения и медицинской науки, поддерживать профессиональные связи с ведущими мировыми научными центрами, а также со своими коллегами из соседних районных больниц или с ведущими специалистами областного центра.

Использование телекоммуникаций в медицине (и удовлетворение разнообразных информационных потребностей специалистов и учреждений здравоохранения) развивается по двум основным направлениям: через открытую сеть Интернет и по закрытым корпоративным сетям собственно телемедицины или в режиме выделенных на время телеконсультаций. Так же

оно определило необходимость разработки единых стандартов на системы кодирования и форматы передачи данных. В настоящее время приоритетной для систем здравоохранения и страхования является задача организации сбора и хранения данных о пациенте в одном месте, обеспечения конфиденциальности, возможности обмениваться информацией не только внутри своей системы, но и с внешними системами.

СОСТОЯНИЕ МОЗГОВОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ

Шепило С.А. Разнатовский К.И. Александров Н.Ю.
Научный руководитель: д.м.н., проф. *Разнатовский К.И.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В последнее десятилетие отмечается рост случаев регистрации нейросифилиса в Российской Федерации. Учитывая факты преобладания в структуре современного нейросифилиса асимптомных форм и отсутствия абсолютной точности лабораторных методов диагностики нейросифилиса, приобретают актуальность дополнительные инструментальные методы исследования. Одним из таких методов является ультразвуковая допплерография (УЗДГ), которая позволяет объективизировать недостаточность кровообращения в церебральных сосудах при первичной диагностике, в динамике наблюдения и оценке эффективности лечения.

Цель работы.

Изучить состояние церебральной гемодинамики у пациентов с ранним и поздним нейросифилисом.

Материалы и методы.

Нами было обследовано 88 больных ранним (РН) и поздним нейросифилисом (ПН) (53 мужчины и 35 женщин), возраст 18–55 лет, средний возраст 40,3 лет. Из них 44 (50%) пациентам был поставлен диагноз РН, 44 (50%) – ПН.

В 1 группу вошли пациенты с РН. Во 2 группу – пациенты с ПН. В 3 группу контроля – 30 добровольцев, считающих себя здоровыми и не страдающих какими-либо хроническими заболеваниями. К РН мы относили специфическую неврологическую патологию, развившуюся до 5 лет от начала заболевания, к ПН – после 5 лет от начала заболевания. Диагноз нейросифилиса (НС) у всех пациентов подтвержден серологическими тестами с ликвором (МР, ИФА, РПГА, РИФц) и ликворограммой (белок, цитоз).

Для оценки мозгового кровотока у этих пациентов проводилось УЗДГ в среднемозговых артериях (СМА) на сонографе «Sonara», Viasys Healthcare (США) датчиком 2 Мгц. Параметры регистрировались в покое. В СМА регистрировали показатели (Vs, см/с), (Vd, см/с), (Vm, см/с), индекс (RI), коэффициент (S/D). Рассчитывались коэффициент асимметрии (КА).

Результаты.

Полученные результаты исследования представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Состояние ЛСК у больных нейросифилисом

Группа	Правая СМА			Левая СМА			КА, %
	Vs	Vd	Vm	Vs	Vd	Vm	
Контрольная	92,9±3,3	44,8±2,1	58,3±1,9	93,4±3,1	42,8±2,0	58,0±2,0	4,9±0,9
Ранний нейросифилис	85,2±2,4	35,5±1,3 **	51,4±1,5 ***	83,8±2,5 *	34,9±1,3 ***	50,5±1,7 **	6,4±0,7
Поздний нейросифилис	75,2±2,5 ***	30,6±1,4 ***	48,2±1,7 ***	72,9±2,2 ***	29,9±1,3 ***	47,7±1,7 ***	5,5±0,6

Примечание: различия достоверны относительно контрольной группы: * - p<0,05, ** - p<0,01, *** - p<0,001 по Mann-Whitney

Таблица 2

Состояние периферического сопротивления у больных НС

Группа	RI		S/D	
	Правая СМА	Левая СМА	Правая СМА	Левая СМА
Контрольная	0,55±0,03	0,54±0,03	2,11±0,02	2,14±0,02
Ранний нейросифилис	0,65±0,01 *	0,64±0,01 ***	2,47±0,07 ***	2,45±0,05 ***
Поздний нейросифилис	0,67±0,01 **	0,66±0,08 ***	2,56±0,07 ***	2,59±0,01 **

Примечание: различия достоверны относительно контрольной группы: * - p<0,05, ** - p<0,01, *** - p<0,001 по Mann-Whitney

Выводы.

В результате исследования скоростных показателей кровотока в церебральных сосудах у больных нейросифилисом было обнаружено снижение скоростных характеристик ЛСК (пиковой, средней, диастолической скоростей кровотока). Наиболее выраженные изменения определялись в группе позднего нейросифилиса. Гемодинамически значимой асимметрии мозгового кровотока ни в одной группе обнаружено не было.

Состояние регионального периферического сосудистого сопротивления у больных нейросифилисом характеризовалось снижением упруго-эластических свойств артерий за счет повышения индексов S/D и RI.

Таким образом, проведенное исследование доказывает существование нарушений мозговой гемодинамики у больных нейросифилисом., а УЗДГ может использоваться в диагностике гемодинамических нарушений у больных нейросифилисом.

ТЕЧЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН

Пиханова Ж.М., *Бондаренко П.Б.*, *Подсуслонникова Е.Д.*, *Мятечкина К.В.*

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Иванов М.А.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Поражение периферических сосудов у женщин имеет свои отличительные черты.

Цель

Настоящего исследования - выявить особенности периферической атеросклеротической болезни у женщин.

Материалы и методы:

В основу работы легли наблюдения над 75 пациентками с периферической артериальной болезнью. У обследуемых лиц анализировались характеристики развития заболевания; степень стенозирования анализируемого сегмента оценивалась посредством дуплексного сканирования, ангиографии, КТ- и МРТ-ангиографии. Результаты изучались в сравнении с показателями лиц контрольной группы (больные ИБС).

Результаты.

Особенностью течения периферического атеросклероза у женщин необходимо считать высокую частоту стенокардии 1-2 функционального класса (p=0,001), постинфарктного кардиосклероза (p=0,002).

Роль артериальной гипертензии (АГ) в развитии атеросклероза не подвергается сомнению. Среди женщин с периферической атеросклеротической болезнью именно неконтролируемая артериальная гипертензия сопровождалась преобладанием окклюзионных поражений над стенотическими (p=0,0004).

Сахарный диабет (СД) «сглаживает» различия в течении периферического атеросклероза у мужчин и у женщин, однако, влияние его на выраженность стенотического процесса остается неизменным. Резистентность сахарного диабета к терапии отмечена у 77,7% анализируемых пациенток (p=0,0009).

Анализ возрастных особенностей течения периферического атеросклероза у женщин позволяет сделать заключение о том, что до 45 лет стенотический процесс не успевает достичь гемодинамически значимых величин, однако, в возрастных группах 45-60 и более 60-ти лет наблюдается близкое распределение гемодинамически значимого стеноза и окклюзионных поражений (с преобладанием последних, p=0,001).

Окклюзионный вариант поражения анализируемого сегмента преобладал в случае быстро прогрессирующей негативной динамики заболевания (51,6% vs. 33,3%, в сравнении с медленным течением заболевания, соответственно, p<0,05).

Изменения коэффициента атерогенности влекут за собой развитие значимых стенотических и окклюзионных изменений на уровне анализируемого сегмента у абсолютного большинства пациенток, тогда как благополучные значения данного показателя сопровождаются изменениями просвета артерий, не достигающих субкритических (p=0,0004).

Выводы.

К особенностям периферического атеросклероза у женщин необходимо отнести преобладание проявлений после 45 лет, тяжелое течение АГ и СД, неблагоприятные итоги быстрого развития заболевания и наличие дислипидемии.

ТОПОГРОФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИМФОИДНЫХ БЛЯШЕК КРЫС В НОРМЕ, ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ЭТАНОЛОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Молчанов Д.А., Круглов С.В., Сорокин Р.А.
Научный руководитель: к.м.н., доц. *Пугач П.В.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Лимфоидные бляшки (ЛБ) являются неотъемлемой составляющей лимфоидной ткани, ассоциированной с кишкой (GALT – gut-associated lymphoid tissue), которая составляя до 25% всей массы слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и являясь источником около 1/3 всех лимфоидных клеток организма, представляет собой чрезвычайно значимый иммунный орган, выполняющий важнейшие функции, связанные с местной и системной защитой.

Цель работы.

Установить топографо-анатомические особенности ЛБ крыс в норме, при беременности, этаноловой интоксикации и в сочетании последней с беременностью.

Материалы и методы.

Работа выполнена на 28 беспородных белых крысах. Объектом исследования послужила тонкая кишка и расположенные в ней ЛБ. Были выделены 4 группы крыс: I (интактные крысы) – служила контролем (n=8), II – объединила крыс находившихся в состоянии беременности 19-21 сут (n=7), III группа включила крыс получавших 15 % раствор этанола на протяжении 1 месяца (n=7), в IV группу входили беременные крысы подвергавшихся этаноловой интоксикации в течение 1 месяца до наступления беременности и на ее протяжении (n=6). В работе использован комплекс анатомических (препарирование), морфометрических (определение длины и ширины ПБ проводили под бинокулярной лупой МБС-2 при помощи окуляр-микрометра) и статистических методов исследования.

Как показало проведенное исследование ЛБ у крыс расположены на всем протяжении тонкой кишки, включая двенадцатиперстную. Размер ЛБ колеблются в очень широких пределах. Так максимальную и минимальную длину (14 и 1 мм соответственно) и ширину (11 мм и 1,2 мм соответственно) мы зарегистрировали в контрольной группе животных. В тоже время отмечается тенденция к увеличению линейных размеров ПБ в кранио-каудальном направлении. Одной из особенностей топографии ЛБ является наличие достаточно крупной бляшки примерно на середине кишки. Размеры ЛБ коррелируют с длиной кишки: чем короче кишка, тем больше линейные размеры ЛБ. В экспериментальных группах эти особенности нивелируются. Так во II группе нам удалось обнаружить кранио-кадульный модус распределения ЛБ только у одной крысы, а крупной ЛБ не было; размеры же ЛБ, напротив. были пропорциональны длине кишки. В III и IV группах на протяжении всей кишки ЛБ имели практически равные размеры на всем ее протяжении.

Морфометрические параметры представлены в таблице.

Таблица

Морфометрические характеристики лимфоидных бляшек крыс

Группа животных	Количество ПБ	Длина ПБ (мм)	Ширина ПБ (мм)
I	14,4±0,2	6,10±0,34	4,38±0,23
II	10,2±0,1	4,41±0,40*	3,55±0,15*
III	13,3±0,4	5,09±0,27*	3,30±0,15*
IV	15,0±0,5	5,00±0,31*	3,52±0,24*

*-различия достоверны по сравнению с контролем(P<0,05)

Заключение.

Таким образом, беременность, не отягощенная этаноловой интоксикацией, вызывает более выраженное изменения со стороны анатомии и топографии ЛБ, что видимо, является отражением адекватной перестройки GALT.

ТРАНСПОНИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ТОКСИКОЛОГО - ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ РИСКА ЗДОРОВЬЮ РАБОТНИКОВ НЕФТЕПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ПРЕДПРИЯТИЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ

Дуннен А.А., Нехорошева Н.А., Нехорошев А.С., Захаров А.П.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Нехорошев А.С.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Инновационные технологии переработки нефти направлены на существенное снижение концентраций в нефтепродуктах ароматических углеводородов, согласно требований технического регламента Таможенного союза, в связи с необходимостью учёта таких отдалённых последствий, как канцерогенность и мутагенность.

Цель.

Цель нашей работы состояла в переносе результатов санитарно эпидемиологических исследований токсичности ароматических углеводородов в процессах получения бензина, дизельного топлива и других нефтепродуктов, в практику доказательной гигиены.

Поскольку основным фактором роста содержания моно-, ди- и полициклических ароматических углеводородов и их гомологов является процесс каталитического риформинга, нами проведена оценка риска воздействия аренов, содержащихся в паровом или аэрозольном состоянии на профессиональную заболеваемость.

Методом обращённой газовой хроматографии и дифференциальной спектрофотометрии показано, что среди ароматических углеводородов, выделяющихся в производственную среду при получении бензина, особую опасность представляет бензен, нарушающий нормальное течение процессов окисления в убихиноновой цепи дыхательной системы. Предложено индивидуальное определение концентрации бензена с одновременным определением суммарного содержания аренов в воздухе рабочей зоны для оценки риска заболевания кровеносной системы организма в связи с их высокой комплексообразующей способностью. При оценке риска заболеваемости в процессах получения дизельного топлива обоснована необходимость определения суммарного содержания бициклических алкилнафталинов и аналогов тетралина, оказывающих раздражающее действие и при биотрансформации в организме образующих 6-нафтолы, которые обладают канцерогенным действием. Для более тяжёлых фракций нефти наибольший риск канцерогенеза оказывает содержание 3,4-бенз-(а)-пирена и других полициклических ароматических углеводородов (ПАУ), поэтому в связи с высокой комплексообразующей способностью ПАУ и их гидрофобностью нами транспонированы результаты санитарно-эпидемиологических исследований на гигиенические рекомендации по технологии гидрировании высокотоксичных вредных веществ, в рамках доказательной медицины. Предложено проводить как суммарное определение полициклических ароматических углеводородов (ПАУ) с предполагаемой ВОЗ канцерогенной активностью, так и

отдельную оценку содержания 3,4-бенз-(а)-пирена как наиболее канцерогенного компонента для прогноза заболеваний с отдалёнными последствиями

Выводы.

Таким образом, нами транспонированы результаты санитарно-токсикологических исследований производственной среды при получении нефтехимических продуктов различного характера на гигиенические рекомендации при разработке новых инновационных технологий получения современных уровней топлива.

ФАКТОРЫ РИСКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ АНГИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Коплярова Н.С., Зайцев В.В., Иванов М.А.
Научный руководитель: к. м. н., *доц. Зайцев В.М.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель работы.

Определить факторы риска и степень их влияния на колебания гемодинамического профиля во время оперативного лечения и в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы.

Данное исследование проводится в течение нескольких лет (октябрь 2011 г. - февраль 2014 г.) на базе сосудистой хирургии клиник Петра Великого. Полученные данные на отдельных этапах исследований уточнялись, дополнялись и корректировались с учетом накопленной репрезентативной информации. К моменту настоящей публикации было обследовано 190 пациентов, которым выполнялись реконструктивные оперативные вмешательства на брюшной аорте, артериях нижних конечностей, сонных артериях. Все пациенты были разделены на 2 группы: основная клиническая группа (n=102) с гемодинамически значимыми отклонениями частоты сердечных сокращений и среднего артериального давления; контрольная группа (n=88) – пациенты без гемодинамических отклонений. Проводились следующие оперативные вмешательства: каротидная эндарктерэктомия (n=24), шунтирующие вмешательства на аортоподвздошном сегменте (n=26), реконструктивные вмешательства на бедрено-подколенном сегменте (n=120), аорто- и маммарокоронарное шунтирование (n=20). Для получения результатов среднего артериального давления использовалось формула Вецлера и Богера. Вся собранная информация была обработана с помощью пакета статистического анализа данных программы Microsoft Excel. Расчет относительного риска (ОР) проводился посредством общепринятых в настоящее время методик.

Результаты.

Проанализировав особенности проведенных оперативных вмешательств, было установлено, что при длительно протекающих операциях (более 4 часов) почти у половины больных (48%) наблюдались колебания среднего артериального давления (СрАД), а частоты сердечных сокращений (ЧСС) у 64,7% основной группы. Неблагоприятными факторами нестабильной гемодинамики явилось как недостаточная инфузия, так и избыточная; у больных при кровопотеря свыше 500 мл – колебания СрАД у 24% пациентов основной группы ($p<0.05$). В результате проведенного анализа были выделены основные факторы риска изменений гемодинамики: возраст старше 70 лет, критическая ишемия при периферическом атеросклерозе, неконтролируемая артериальная гипертензия, выраженные нарушения коронарного кровотока, длительное оперативное вмешательство, кровопотеря. Наиболее частым осложнением в послеоперационном периоде у основной группы явился острый инфаркт миокарда (n=12), что не наблюдалось в контрольной группе.

Выводы.

Выраженные сдвиги СрАД и ЧСС приводит к развитию тяжелых осложнений в послеоперационном периоде.

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ МИКРОКРОВОИЗЛИЯНИЯ КАК ПРОЯВЛЕНИЯ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Тимонина О.И., Голдобин В.В.
Научные руководители: д.м.н., проф. *Клочева Е.Г.*, д.м.н. *Вавилова Т.В.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

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 работы:

Изучение особенностей возникновения церебральных микрокровоизлияний и их локализации у пациентов с хронической цереброваскулярной патологией.

Материалы и методы:

Было обследовано 27 больных, в возрасте 60,6±10,2 года, женщин – 16, мужчин – 11. Всем пациентам проводилось неврологическое обследование по стандартной методике, а также выполнялось магнитно-резонансное томографическое (МРТ) исследование головного мозга на томографах с магнитным полем в 1,5 Тл или 3 Тл. Протокол МРТ исследования включал применение импульсных последовательностей SWI и T2-GRE для выявления микрокровоизлияний.

Результаты исследования и их обсуждение: Пациенты пожилого возраста (старше 65 лет) составили 37% обследованных. При неврологическом осмотре очаговая неврологическая симптоматика была представлена: пирамидной недостаточностью, легким гипокинетическим синдромом, 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 56%, в левое хвостатое ядро у 19%, в правую височную долю 15%, в лобные доли 11%, в ствол 7%, в правое хвостатое ядро 7%, в правую теменно-затылочную область 7%, в таламус 7%, в левую затылочную долю 7%.

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 и в полушариях мозга достоверно чаще встречались у женщин, а ЦМ в ствол мозга только у мужчин. Также было выявлено, что у пациентов в возрасте до 65 лет в 71% случаев ЦМ локализуются в области базальных ганглиев, из них 41% приходится на двухстороннее поражение, а у больных старше 65 лет локализация ЦМ в области базальных ганглиев составляет 100%, из которых на двухстороннее поражение приходится 80%.

Выводы:

Церебральные микрокровоизлияния наиболее часто наблюдаются в проекции базальных ганглиев (в 81% наблюдений). Нельзя также исключить гендерные и возрастные различия в формировании микрокровоизлияний в различных отделах мозга.

ЭКСПРЕССИЯ КИССПЕПТИНОВ В ТКАНИ ЯИЧНИКА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ

Черноштан К.В., Дурнова А.О.
Научный руководитель: к.б.н., *Дурнова А.О.*
НИИ институт акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) представляет собой одну из наиболее распространенных форм эндокринопатий, которая приводит к гиперандрогении и ановуляторному бесплодию. По исследовательским данным на сегодня СПКЯ болеют 5-10 % женщин репродуктивного возраста. При СПКЯ наблюдается увеличение яичников, объемом

более 10 см^3, с наличием в нем более 10 атретичных фолликулов диаметром до 10 мм, гиперплазированная строма составляет 25% объема яичника.

Известно, что кисспептины играют важную роль в наступлении пубертатного периода и овуляции. Мутации в генах рецепторов к кисспептинам приводят к гипогонадизму, нарушению полового созревания и бесплодию. Кисспептины – это семейство пептидных гормонов, в которых присутствуют аргнин-фенилаланиновые остатки, а также содержится С-концевой декапептид, который имеет важную биологическую роль. Кисспептины кодируются геном *Kiss1*, который содержится в ЦНС, яичниках, яичках, поджелудочной железе, тонкой кишке и передней доле гипофиза и играют существенную роль в регуляции функционирования гипоталамо-гипофизарной оси, связанной с репродуктивной системой человека.

Цель.

Рассмотреть связь и найти зависимости между экспрессией кисспептинов и синдромом поликистозных яичников.

Материалы и методы:

Материалом исследования служила ткань яичников 36 женщин с СПКЯ 3-х возрастных групп: 1 – 19-25 лет, 2 – 26-30 лет, 3 –31-35 лет и группа контроля (n=10). Иммуногистохимическая реакция с антителами к маркерам Kiss1 *(*Abcam,1:150) проведена авидин-биотиновым иммунопероксидазным методом. Площадь экспрессии оценивали на системе компьютерного анализа микроскопических изображений «Морфология 5,2» (Vidiotest). Статистическую обработку данных и проверку на нормальность проводили в программе «Statistica 7.0» с помощью критерия Шапиро-Вилка, а для сравнения групп использовали t-критерия Стьюдента ($p<0,05$). .

Результаты:

При анализе индекса массы тела **у** пациенток разных возрастных групп было установлено, что в 1 возрастной группе 20-25 лет, значение составляло 23,2, во 2 возрастной группе 26-30 лет – 24,7, в группе 31-35 лет - 25,51. При морфометрическом анализе были получены следующие результаты: в 1 группе относительная площадь экспрессии кисспептинов была в 2,5 раза выше чем в контрольной группе; в группе 26-30 лет - статистически значимых отличий от контрольной группы выявлено не было; в группе 31-35 лет из 10 случаев положительная реакция наблюдалась только в одном препарате.

Выводы:

С увеличением возраста пациенток и сопутствующими физиологическими изменениями в репродуктивной системе уровень кисспептинов значительно снижается, что подтверждает почти полное отсутствие реакции в 3-й возрастной группе. При СПКЯ экспрессия кисспептинов в яичнике значительно выше чем в контрольной группе здоровых женщин.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ПАЦИЕНТОК С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ

Пустынная Е.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Татарова Н.А.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В настоящее время основой профилактики репродуктивных потерь в циклах вспомогательных репродуктивных технологий является оптимизация подготовки и обследования пациенток. В равной степени это относится и к патологии шейки матки, в связи с высокой распространенностью инфекционно - воспалительных заболеваний шейки матки; однако диагностика и лечение этих заболеваний зачастую проводится несвоевременно.

Цель:

Оценка результативности программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) у женщин с заболеваниями шейки матки.

Задачи:

Повышение эффективности программ ВРТ, путем углубленного обследования и оптимизации методов и сроков лечения патологии шейки матки перед протоколами ВРТ.

Материалы и методы.

Всем пациенткам перед протоколом ВРТ проводится цитологический, кольпоскопический, инфекционный и иммунологический скрининги; формируются группы наблюдения: контрольная, куда включены пациентки без патологии шейки матки и группа сравнения, которую составляют пациентки с инфекционно-воспалительными заболеваниями шейки матки. Лечение шейки матки в группе сравнения проводится консервативными и/или хирургическими методами. В обеих группах проводится оценка результатов программ ВРТ.

Результаты исследований.

Обследована 61 пациентка в возрасте 24 - 41 лет (средний возраст 30,9 лет), с бесплодием в течение 1-15 лет (в среднем 5,6 лет); из них первичное бесплодие у 38(62,3%), вторичное бесплодие у 23(37,7%); с бесплодием, обусловленным наружным генитальным эндометриозом - 9 пациенток (14,8 %), с трубно-перитонеальным бесплодием - 18(29,5%), мужским бесплодием - 11(18,0%), эндокринным бесплодием - 16(26,2%), идиопатическим бесплодием - 8(8,2%), сочетание мужского фактора с трубноперитонеальным бесплодием-1(1,6%). За период наблюдения женщинам, включенным в исследование выполнено 87 циклов ВРТ. Беременность наступила в 27 случаях (31%).

Контрольную группу составили 25 пациенток, у которых не выявлено патологии шейки матки; им выполнен 31 цикл ВРТ, в 13 случаях (42,0%) которые завершились маточной беременностью. У остальных 12 пациенток из данной группы беременность не наступила. При этом у 7 из них (29,1%) при углубленном обследовании влагалищного профиля выявлены выраженные дисбиотические и воспалительные изменения. Адекватной терапии, нормализации влагалищного биоценоза перед протоколами ВРТ не проводились.

Группу сравнения составили 36 женщин с выявленными заболеваниями шейки матки; им выполнено всего 56 циклов ВРТ; в 14 случаях (25%) наступила маточная беременность. В этой группе у 22 (61,1%) пациенток выявлены изменения в мазках на онкоцитологию: койлоцитарные клетки; LSIL, HSIL; у 30(83,3%) пациенток методом ПЦР выявлены: микоуреоплазменная флора, Chlamidia trachomatis, вирус папилломы человека высоко- и среднеонкогенных типов. У 16 пациенток (44,4%) культуральным методом выявлен рост Enterococcus fecalis и Escherichia coli в титре > 10^5 КОЕ/мл, у 22(33,3%) - ассоциация условно-патогенной, уреоплазменной флоры и ВПЧ. У 5(13,9%) пациенток группы сравнения выявлены антиспермальные антитела в цервикальной слизи в титре 1:100. 13 обследуемым (36,1%) из этой группы было проведено хирургическое лечение (радиоволновая эксцизия /лазерная вапоризация) в среднем за 6 месяцев до протокола ВРТ. Из них у 9(69,2%) в протоколе ВРТ наступила маточная беременность с первой попытки. 11 пациенткам (20,6%) из этой группы проводилась консервативная этиотропная, противовоспалительная, противовирусная терапия; из них у 5 (38,5%) наступила беременность в последующем протоколе ВРТ.

Выводы.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости оптимизации обследования и лечения патологии шейки матки перед протоколами ВРТ, а так же уточнения роли заболеваний шейки матки в формировании цервикального фактора бесплодия и его влияния на результативность программ ВРТ.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ

А

Абдулаев М.А. · 195, 212
Абдуллаев М.А. · 195, 212
Абдухалимов К.С. · 195
Абулула М. · 204
Авалуева Е.Б. · 217
Авдеев А.М. · 195
Азаров Д.В. · 168
Акимов В.П. · 199
Александров Н.Ю. · 252
Алексеев В.Н. · 200
Алексеев Ю.А. · 64, 200
Алиев Н.С. · 110
Аликбаева Л.А. · 121, 186, 202, 231
Аллояров А.Р. · 184
Амосова Н.Н. · 30
Ангелова Е.М. · 125, 129, 180, 193, 237, 238, 242, 244
Андреевская М.В. · 178, 179
Анисимов В.Н. · 48
Анненкова О.М. · 31
Антошкин О.Н. · 18, 21
Артюкевич Д.И. · 165
Атаев Д.Б. · 157
Аужанов Д.Б. · 141
Афак М.Т. · 212
Афлитонов М.А. · 182

Б

Бабаев Ш.М. · 212
Баженова С.И. · 30
Бажин С.Ю. · 214
Базилевская Е.М. · 210
Байков Д.В. · 182
Байрамов А.А. · 128
Байрамова Л.Г. · 107
Балашевич Л.И. · 187
Балашов А.Е. · 114
Балашов В.К. · 153, 158
Банникова А.И. · 173
Бараков Я.Д. · 156, 158
Баранов В.Л. · 175, 204
Баранская С.В. · 189
Барнова Н.О. · 26
Барышникова Д.Д. · 172
Батаев С.А. · 146, 152
Бачуринская И.Е. · 228
Баяндурова К.М. · 33
Баянова Н.А. · 53
Бек А.В. · 194
Беленец А.В. · 46
Белик И.А. · 191
Белогрудова И.В. · 224
Белоказанцева В.В. · 82
Белоусова А.А. · 180, 193, 237, 238, 242, 244
Бенкен А.А. · 179
Бережной Е.П. · 191
Березовская О.А. · 70
Биккоев Р.А. · 18
Бобраков М.А. · 153, 158
Богачева К.А. · 161
Богданова Т.Ю. · 126
Болдуева С.А. · 220, 230
Болсуновский К.М. · 118
Бондаренко П.Б. · 134, 153, 160, 163, 237, 253
Бондарь В.А. · 136
Борта К.Е. · 132, 237
Босиева А.Р. · 135
Брагина З.Н. · 140
Братчиков О.И. · 115
Бруй Т.А. · 142
Будникова И.В. · 29
Буланова О.И. · 27
Бунтовская А.С. · 166
Бурова М.С. · 41
Бутаев Т.М. · 169
Быстров А.В. · 31
Быстрый К.Н. · 110

В

Вабищевич А.П. · 36
Вавилова К.В. · 125, 129, 180, 193, 237, 238, 242, 244
Вавилова Т.В. · 257
Василевский В.П. · 137
Васильев Я.И. · 124
Васильева Н.В. · 247, 248
Великанова Л.И. · 225
Веревкин В.Б. · 69
Ветров В.Р. · 115
Винничук С.А. · 17
Вишневецкая Т.П. · 123, 124, 125, 128
Власик Р.А. · 62
Власова И.Ю. · 44
Водопьян С.С. · 114
Войтенко А.А. · 182
Волков А.М. · 199
Волкунович Т.А. · 182, 190, 218
Воробьев А.А. · 149
Воробьева В.А. · 166
Ворохобина Н.В. · 232, 243
Вострилов И.М. · 106, 110, 111
Вотинцев М.Н. · 234

Г

Гадян Л.А. · 45
Гайворонская Е.Б. · 50
Галковская О.А. · 65, 66, 81, 85
Гамова И.В. · 122
Гарифуллин Т.Ю. · 29
Гасымова Н.З. · 55
Герасименок Г.А. · 182
Глотов А.С. · 200
Годзоева А.О. · 138
Голдобин В.В. · 257
Голубева Е.А. · 38
Гончар Д.Г. · 88
Гончаров А.Е. · 215, 234
Гончаров Е.А. · 168
Гоперхоева Б.Р. · 170
Горгадзе Д.Л. · 137
Горпиняк Ю.Ю. · 67
Гребеньков С.В. · 246
Грищук М.Г. · 191
Гуржий А.Ю. · 175
Гусева Н.П. · 33

Д

Давыденко Е.А. · 173
Данилова А.Ю. · 22
Данилова М.М. · 200
Данькина В.О. · 75
Дедуль А. Г. · 182
Дедуль А.Г. · 190, 218
Денисенко М.Д. · 197
Денисенко Н.П. · 32, 34, 37, 197
Джаджиева М.Ю. · 169
Джалилова Ш.А. · 84, 85
Джаппуева Д.И. · 162
Дик М.А. · 223
Долгов Д.А. · 48, 198
Должикова О.В. · 60
Дорофеев Ю.Л. · 240
Дорош А.В. · 67
Дрогомирецкая Е.И. · 147, 148, 150, 151, 153, 156, 157, 158, 161, 162
Дуннен А.А. · 255
Дурнова А.О. · 177, 257

Е

Евсеева О.В. · 161
Егоркина С.Б. · 27
Егорова Е.В. · 107, 109
Ерёменко Т.В. · 171
Еремина Н.В. · 188
Ерёмина Н.В. · 235
Ермилов В.В. · 21
Ерохина А.А. · 20, 98, 143, 204
Ерохина Е.А. · 20, 143, 156, 161, 204

Ж

Жандаров К.Н. · 146

Жаровских О.С. · 240
Жежулова М.В. · 89
Жиленкова Ю.И. · 211
Жилина Ю.А. · 147
Жирнов В.А. · 109
Жовтая А.Н. · 149
Жукова Е.А. · 200
Жукова М.А. · 163
Жуковский Ю.В. · 146, 152
Жукофф О.В. · 107
Журавлев П.Г. · 40
Журавлева М.С. · 216

З

Загородникова К.А. · 204
Загребин В.Л. · 18, 21
Задорожная О.В. · 52
Зайцев В.В. · 134, 159, 256
Зайцев В.М. · 256
Заславский Г.И. · 87, 99
Захаров А.П. · 255
Захарова Н.В. · 176, 226, 241
Захарова О.В. · 220
Зеленер А.О. · 128
Зеленская Т.М. · 72
Зелинский В.А. · 133
Зелионко А.В. · 174
Земляной В.П. · 164, 229
Зогби М.М. · 74
Золотых И.В. · 43
Зубарев Д.В. · 118
Зубарева Т.М. · 182, 190, 218

И

Ибрагимов С.А. · 132, 237
Иванов А.А. · 69
Иванов М.А. · 132, 134, 153, 159, 160, 163, 237, 253, 256
Иванов С.В. · 217, 250
Иванова М.В. · 92
Иванова Т.Г. · 166, 167, 170
Иголкина Л.А. · 18
Ильченко Е.Г. · 50
Ильясов С.Ю. · 53
Ильясова Ю.С. · 53
Иржанский А.А. · 106, 108, 110, 111
Исаков В.Д. · 89
Исакова А.В. · 32, 197
Исакова В.Ю. · 162
Исакович Д.А. · 153

К

Казаченко Е.В. · 221
Калашникова Н.А. · 154
Калимуллина А.Ф. · 240
Калинина Е.А. · 182, 190, 218
Калинина Е.С. · 182
Калинина Е.Ю. · 20
Калымаго М.В. · 140, 142
Капустин С.И. · 175
Каращук Н.П. · 24
Кардаш Н.А. · 16
Карпекина Е.П. · 109
Карпищенко С.А. · 189, 227
Карпов А.А. · 216
Касторнова А.Е. · 127
Катречко К.А. · 88
Качковский М.А. · 235
Кашина У.С. · 18
Каширская А.С. · 66
Кашуба В.М. · 247
Кащенко В.А. · 199
Кебряков А.В. · 163
Ким А.В. · 121, 186
Киреева М.О. · 77
Киселёва М.В. · 24
Кислицына О.Н. · 143, 204
Клейменова Т.С. · 177
Климко Н.Н. · 184
Клочева Е.Г. · 257
Клюев А.Н. · 116
Клюйко Д.А. · 142
Ключарева С.В. · 183
Ключарёва С.В. · 183
Ковалев Ю.В. · 49
Кожевников Д.С. · 237
Козачёк О.О. · 157

Козлов А.В. · 211
Козлова О.А. · 90
Козырева А.Б. · 153, 237
Комар В.О. · 139
Комаренко О.В. · 105
Комаровский Ю.А. · 90
Комличенко Э.В. · 182, 190, 218
Конкина Н.В. · 173
Контримович С.В. · 52
Коплярова Н.С. · 256
Корякина В.А. · 249
Косарев В.В. · 188
Костромина Ю.В. · 44
Костылев А.В. · 223
Костюкович С.В. · 137
Кочергин С.С. · 239
Кощеев Ю.А. · 36
Кравцов А.И. · 90
Кривохижина Н.С. · 225
Круглов А.Н. · 161, 233
Круглов С.В. · 214, 236, 254
Круговихин С.А. · 214, 236
Крутикова Н.Н. · 119
Кудлахмедов Ш.Ш. · 182
Кудратов Ш.А. · 196
Кузнецов В.Д. · 63
Кузнецова В.Е. · 38
Кузнецова И.И. · 99
Кузьмин А.Л. · 154
Куксо А.Ю. · 94
Кулаев А.М. · 169
Куранова М.Л. · 203
Куренков А.В. · 235
Кутузова А.А. · 28, 33
Кухаренок И.И. · 101

Л

Лаба Д.В. · 166
Лагодская Л.И. · 137
Ланская К.А. · 86
Лапкина Г.Я. · 129, 130
Лебедева Е.А. · 167
Ледащева Т.А. · 203
Лелевич А.В. · 35
Лень Т.А. · 93
Линник С.А. · 105, 110
Линькова Н.С. · 223
Липатов В.А. · 115
Литвина Е.В. · 149
Лобашов В.В. · 103
Логунова Ю.Р. · 122
Лузин В.И. · 191
Лукин Ф.Д. · 123
Лутай Г.Ф. · 120
Лучинина Д.В. · 160, 237
Лучкевич В.С. · 174, 198
Лущай В.В. · 160, 237
Любимова А.В. · 243

М

Майоров Е.Е. · 224
Макаренко И.Е. · 123, 127
Максимович Е.Н. · 35, 36
Максимович Н.Е. · 35, 36
Малушко А.В. · 182, 190, 218
Мамерзаев Н.А. · 214
Манджаева С.У. · 156, 158
Маслакова Н.Д. · 144, 145
Матвеев В.И. · 131
Матезиус И.Ю. · 172
Махрова И.А. · 44
Мациевский Н.А. · 175
Медведев Д.С. · 241
Межазакис Ф.И. · 234
Мельников А.С. · 129
Мельченко Н.А. · 144, 145
Метляева А.В. · 39
Минаханов И.И. · 27
Митрюков В.В. · 22
Михайлов А.В. · 185, 208, 209
Михайлов Н.И. · 131
Михайлова А.Н. · 126
Михайлова В.В. · 192
Михайлова Н.Н. · 37
Михайлова Ю.В. · 248
Мишин Е.С. · 93, 249
Мишнёв Л.М. · 221
Мозжухина Н.А. · 239
Молчанов Д.А. · 254
Монапова В.И. · 202

Морозова Р.С. · 32
Моураова О.А. · 135
Мохов А.С. · 168, 215
Мятечкина К.В. · 134

Н

Назаров Ю.В. · 98
Неженцева Е.Л. · 123
Некрасов В.А. · 54, 55
Некрасов Р.А. · 156
Некрасова Т.В. · 205
Непоседова А.Г. · 56
Нехорошев А.С. · 255
Нехорошева Н.А. · 255
Нечаева М.В. · 109
Нигматов Б.Ф. · 187
Никитин А.В. · 100
Никифорова К.И. · 118
Николаева Е.А. · 73
Никонов В.А. · 239
Никулина О.В. · 184
Новаков А.В. · 48
Новицкая Т.А. · 23, 24, 25, 26, 183

О

Овсянников В.Г. · 33
Олейник Т.Л. · 30, 31
Орешко Л.С. · 216
Орлов Г.В. · 47
Орлов С.В. · 217
Орлова А.А. · 81
Осипенко Е.В. · 227
Осипова Е.Л. · 89
Османалиев И.Ж. · 103
Острецова Т.С. · 65
Отян А.С. · 127
Ошмяна С.В. · 139
Ошомкова Л.В. · 104

П

Павлова А.Г. · 183
Павлюченок М.Б. · 46
Пакин В.С. · 200
Пакульневич Ю.Ф. · 165
Пантелеев А.М. · 184
Панчук Ю.П. · 91, 94, 102
Парамонов А.А. · 51
Парасюк А.Р. · 62
Пастухова Ю.Г. · 78
Пахомов А.А. · 125, 129
Пенкина Н.И. · 41
Перевозчикова В.Н. · 181
Перепеч Н.Б. · 205
Першина А.С. · 164
Петров Л.В. · 95
Петрова А.Б. · 57, 230
Петрова А.И. · 56, 57
Петрова В.Б. · 57, 230
Петрова Е.А. · 91
Петрова Н.Н. · 181
Петрова О.Ю. · 97
Пирогова З.И. · 40
Пискулина Е.С. · 41
Пиханова Ж.М. · 253
Плеханова Е.В. · 120
Поваров В.Г · 225
Поваров В.Г. · 225
Подпоринова Е.Э. · 86, 93
Подсуслонникова Е.Д. · 134, 253
Поздеев М.В. · 49
Поляков Д.С. · 222
Полякова М.С. · 72
Попов М.Н. · 188
Пострелов Н.А. · 213
Потанин С.А. · 208
Праводелова А.О. · 92, 96, 97, 100, 101
Прокудина О.А. · 34, 123
Протащик Д.В. · 232, 243
Пташников Д.А. · 108
Пугач П.В. · 214, 236, 254
Пустынная Е.А. · 258
Пхалагова М.Т. · 155
Пэтайчук А.Г. · 172

Р

Разнатовский К.И. · 252
Ревенков В.А. · 214
Ремнева Н.П. · 247
Романенко О.П. · 203
Ромашов П.П. · 106
Рыбаков В.А. · 59
Рындин К.Н. · 34
Рысев Г.А. · 178
Рыхлицкая А.В. · 139
Рябинин И.А. · 247, 248

С

Сабиров В.Р. · 247
Савельева А.А. · 185
Савилова И.В. · 226
Сагьдиев А.И. · 47, 103
Садыкова Г.К. · 196
Сайганов С.А. · 245
Самойлов А.П. · 22
Самохин Н.В. · 154
Саргсян С.А. · 18
Семенихина Д.В. · 54
Семенов М.Г. · 207
Семинютина И.М. · 151
Сенько В.В. · 199
Серкова М.Ю. · 217
Сикор Д.В. · 35
Симоненко С.Г. · 83
Симонова К.А. · 159
Симонян К.Г. · 148
Скворцова Е.А. · 231
Слюсарев А.В. · 150
Смирнов А.А. · 23, 112, 116, 125, 129, 219
Смирнова Н.С. · 63
Снежко А.И. · 149
Снигирева Е.В. · 247
Соболев А.Б. · 39
Соколова М.И. · 43
Соколовская Д.М. · 68
Соллертинская Т.Н. · 126
Соловьёв А.Г. · 51
Соловьева Е.А. · 216
Сопко О.Н. · 227
Сорокин Р.А. · 254
Сорокина Е.С. · 37
Соусова Е.В. · 234
Спасюк В.А. · 139
Спивак И.М. · 203
Стегунова Н.А. · 47, 103
Стеценко А.Г. · 207
Стрельникова Е.Г. · 225
Стрижонок М.А. · 23
Сулейменова А.Ж. · 141
Султанова Ф.М. · 23, 112, 116, 125, 129, 130, 180, 193, 219, 237, 238, 242, 244
Сурдина А.Д. · 116
Сухова Я.М. · 246
Сушко А.В. · 59, 67

Т

Тагиров Н.С. · 112, 116
Тайц А.Н. · 125, 129, 130, 180, 193, 237, 238, 242, 244
Татаркин В.В. · 112, 116, 125, 129, 219
Татарова Н.А. · 258
Телегин А.А. · 88
Теплов К.В. · 98
Терехов А.Ю. · 214
Тимонина О.И. · 257
Титова А.Л. · 245
Тихонов С.В. · 249
Тихонова А.И. · 124
Ткаченко А.Н. · 111, 240
Платова А.А. · 155
Тованова Н.А. · 251
Томилова А.В. · 81
Топанова А.А · 204
Топузов М.Э. · 114, 116, 118
Топузов Р.Э. · 143, 204
Топузов Э.Э. · 162, 233
Торопов Д.А. · 119
Третьякова А.А. · 22
Трофимова Н.В. · 251
Трофимова С.Р. · 27

Трошин Е.Л. · 95
Трунин Е.М. · 219
Тулуш Е.К. · 203
Тур Е.Ю. · 206
Тюрин И.А. · 27
Тягунов Д.С. · 48, 198

У

Ульянкова Н.А. · 84

Ф

Фалеев Р.Н. · 127
Федорова Е.Д. · 87
Федоровская Ю.С. · 119
Филенко Б.П. · 164
Филиппов К.В. · 104
Филиппова А.В. · 207
Филь Т.С. · 176
Фомин М.В. · 186
Фролова Е.В. · 206

Х

Хардиков М.А. · 147
Хасан А.К. · 79
Хегай М.Д. · 37
Хетагурова Ф.К. · 173
Хилюк Т.В. · 35, 36
Холдаенко О.К. · 122
Хомутова Н.Н. · 58, 60, 61, 62, 64, 68, 69, 70, 71, 73, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83
Хорошилов И.Е. · 250
Хоружая А.Н. · 18
Хотей А.П. · 139
Храмцова Е.Г. · 41, 44, 45
Хутиев Ц.С. · 135, 136, 138, 155, 162

Ц

Царикаева М.С. · 169
Цветкова Г.В. · 247
Цветкова Е.В. · 61
Циалко Л.С. · 79
Цимбалистов А.В. · 192, 228
Цололо Я.Б. · 58
Цомартова М.В. · 136
Цыбулько А.Л. · 102

Ч

Чеклюева М.В. · 180, 193, 237, 238, 242, 244
Черкасов А.Ю. · 105
Чернова Е.В. · 107
Черноштан К.В. · 257
Чернявин М.П. · 154
Чилина Г.А. · 248
Чупров А.И. · 25
Чупров И.Н. · 18, 183
Чурина Н.А. · 200

Ш

Шабанова А.А. · 216
Шагина А.А. · 80
Шакеров Э.А. · 112, 116
Шаляпина Н.А. · 243
Шанусь И.В. · 171
Шарикова О.В. · 229
Шепило С.А. · 252
Шиман А.Г. · 107, 109
Шистер Т.И. · 38, 39
Шишкин А.А. · 213
Шкурко С.Д. · 71
Шлыкова А.В. · 209
Шмагина Н.Ю. · 57
Шмерлинг И.Ш. · 62, 75
Шоназарова У.С. · 160, 237
Шроль С.Г. · 171
Шулакова Е.А. · 93
Шумков В.А. · 56

Щ

Щавинская А.В. · 76
Щинова М.Ю. · 41
Щур М.С. · 133

Э

Этезова Д.А. · 28

Ю

Юргалова Л.П. · 17
Юрцова Л.С. · 96

Я

Яковлева О.В. · 180, 193, 237, 238, 242, 244
Якубова И.Ш. · 210
Якунова И.А. · 74, 81
Яцкевич В.К. · 16, 146, 152

«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 II

Компьютерная верстка М.В.Воронцов, В.Н.Анисимов.

При поддержке
«федерации представителей молодёжных научных обществ медицинских вузов»

http://fyssmu.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 60x84 $^{1}/_{16}$.
Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 15,58.
Тираж 300 экз. Заказ № 139.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.