

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

**88-й
КОНФЕРЕНЦИИ
СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА:
«МЕЧНИКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ-2015»
23–24 апреля 2015 г.**

**3-й
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ
«ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ»
22 апреля 2015 г.,**

ПОСВЯЩЁННЫХ

**70-летию Победы в Великой Отечественной войне
1941–1945 гг.**

и

170-летию со дня рождения Ильи Ильича Мечникова

Часть II

**Санкт-Петербург
2015**

Мечниковские чтения-2015: Материалы 88-й конференции студенческого научного общества. 23–24 апреля 2015 года. Трансляционная медицина: от теории к практике: Материалы 3-й научно-практической конференции молодых ученых и специалистов / под ред. д.м.н. А.В. Силина и д.м.н. С.В. Костюкевича. Ч. II. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. — 324 с.

В настоящем издании приведены результаты научных исследований студентов, молодых ученых и специалистов представленные на 88-й конференции студенческого научного общества СЗГМУ им. И.И. Мечникова «Мечниковские чтения–2015» и 3-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:

Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Torun; Department of Family Medicine, Medical University, Varna, Bulgaria; Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск; Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань; Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта, Калининград; Башкирский государственный медицинский университет, Уфа; Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Белоруссия; Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан; Бюро судебно-медицинской экспертизы Ленинградской области; Витебский государственный Ордена Дружбы Народов медицинский университет, Витебск, Белоруссия; Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград; Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко, Воронеж; Восточно-Казахстанская Областная Больница г. Усть-Каменогорск; ГБОУ Лицей №179 Калининского района Санкт-Петербурга; Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Белоруссия; Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы; Городская клиническая больница №1 Новосибирской области; Городская клиническая больница №1 г. Бишкек; Государственный медицинский университет города Семей Усть-Каменогорский филиал; Государственный медицинский университет города Семей, Семипалатинск, Казахстан; Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Белоруссия; Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала; Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан; Ивановская государственная медицинская академия, Иваново; Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск; Институт цитологии РАН, Санкт-Петербург; Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова РАН, Санкт-Петербург; Казанский государственный медицинский университет, Казань; Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан; Киргизская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан; Кировская государственная медицинская академия, Киров; Курский государственный медицинский университет, Курск; Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина, Санкт-Петербург; Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Федерального государственного Автономного Образовательного Учреждения Высшего Образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Севастополь; Медицинский Центр ГМУ города Семей; Медицинский институт Пензенского государственного университета, Пенза; Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, факультет фундаментальной медицины, Москва; Научно-исследовательский институт медицинской микологии им. П.Н. Кашкина, Санкт-Петербург; НМУ им. А.А. Богомольца, Киев, Украина; Национальный Научный Кардиохирургический Центр, Астана, Казахстан; Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород; Новосибирский государственный университет, Новосибирск; Омская государственная медицинская академия, Омск; Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова; Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь; Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина, Москва; Российская военная медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург; Российский Университет Дружбы Народов, Москва; Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону; Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань; НИИ физиопульмонологии, Санкт-Петербург; Самарский государственный медицинский университет, Самара; Санкт-Петербургская государственная академия ветеринарной медицины, Санкт-Петербург; Санкт-Петербургский Государственный аграрный университет, Санкт-Петербург; Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург; Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург; Санкт-Петербургский фельдшерский медицинский колледж, Санкт-Петербург; Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов; Северный государственный медицинский университет, Архангельск; Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья, Санкт-Петербург; Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр, Санкт-Петербург; Смоленская государственная медицинская академия, Смоленск; Станция скорой медицинской помощи Астраханской области; Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан; Таджикский технологический Университет, Душанбе, Таджикистан; Тверская государственная медицинская академия, Тверь; Университет информационных технологий, механики и оптики, Санкт-Петербург; Управление Роспотребнадзора по городу Санкт-Петербург; Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург; Филиал №2 ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в г. Санкт-Петербург»; ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья»; Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, Казахстан.

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

СОДЕРЖАНИЕ

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ	21
НВИ ЭНДСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ	21
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК ПРИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ДЕТЕЙ.....	22
ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ АУДИОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗНЫХ ФОРМ ПРЕСБИАКУЗИСА	22
ИЗМЕНЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО УША ПРИ ОТОТОКСИЧЕСКОЙ ТУГОУХОСТИ	23
КРАНИОМЕТРИЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ.....	24
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МАГНИТНЫХ МИКРОНАУШНИКОВ НА ОРГАН СЛУХА.....	24
ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ АТАКСИИ КАК СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ УСТАЛОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ..	25
ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПОСЛЕ РИНОПЛАСТИКИ.....	26
РАСТВОР ВАГОТИЛА: АЛЬТЕРНАТИВА АЗОТНОКИСЛОМУ СЕРЕБРУ В ЛОР-ПРАКТИКЕ	27
СКРИНИНГОВАЯ САМОДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ СЛУХА ПРИ ПОМОЩИ МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ	27
СПОНДИЛОГЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ.....	28
СТВОРКА ГАСНЕРА: ФОРМА, РАСПОЛОЖЕНИЕ	29
СТРУКТУРА ОТКАЗОВ КАК ИНДИКАТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ НЕОТЛОЖНОЙ ЛОР-ПОМОЩИ.....	30
ЭЛЕКТРОАКУМЕТРИЯ СУБЪЕКТИВНОГО УШНОГО ШУМА ПРИ НЕКОТОРЫХ НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УША.....	31
ОФТАЛЬМОЛОГИЯ	32
АНОФТАЛЬМ И ГЛАЗНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ.....	32
ВЛИЯНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМой.....	33
ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ.....	33
ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПАЮЩИХ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ.....	34

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМой	35
ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗОПАСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОНЪЮНКТИВИТА	36
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ	38
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ ОТ ВОСХОДЯЩЕГО ПАРАЛИЧА ЛАНДРИ	38
ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	39
ВТОРИЧНЫЙ МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА	39
ГИГАНТСКИЕ МНОГОЯДЕРНЫЕ КЛЕТКИ	40
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФАДЕНОПАТИЙ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ И САРКОИДОЗЕ	41
ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ASCA И MBL У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА	42
ЗАВИСИМОСТЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ОТ СТЕПЕНИ ОБСЕМЕНЕННОСТИ Н. PYLORI У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ	43
ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-9 ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА В ТОЛСТОЙ КИШКЕ	44
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЛЕКТРОДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПИГМЕНТНЫХ МЕЛАНОМ КОЖИ ПРИ ПОМОЩИ ПРИБОРА СВЧ ТОМОГРАФИИ	45
К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЯГКОТКАННОЙ САРКОМЫ ЮИНГА	45
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАРЦИНОИДНОГО СИНДРОМА	46
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ЛЕГКИХ ПО ПРОТОКОЛАМ ВСКРЫТИЙ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	47
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МИКСОМЫ СЕРДЦА	48
КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ ИНДУЦИБЕЛЬНОЙ НО-СИНТАЗЫ В КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОПУХОЛИ	49
МЕТАПЛАСТИЧЕСКАЯ КАРЦИНОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	50
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	51
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССЛАИВАЮЩИХ АНЕВРИЗМ АОРТЫ	52

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ ПЛОДА И ПОСЛЕДА ПРИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ	52
МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ САРКОИДОЗА	53
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	54
ПОКАЗАТЕЛЬ И АНАЛИЗ ПРИЧИН МЕРТВорождаемости ПО ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	55
ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО МНОЖЕСТВЕННЫЕ АНЕВРИЗМЫ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ	56
ПРОТЕИНОПАТИЯ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА У БЕЛЫХ КРЫС	57
РЕДКИЙ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ДИФфуЗНОГО РАКА ЖЕЛУДКА	57
РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СТРОМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ	58
РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ГЕМАНГИОМЫ ЛЕГКИХ	59
СЕКЦИОННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ АСПЕРГИЛЛЕЗНОГО СЕПСИСА	60
СМЕРТНОСТЬ ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ СЕМЬ ДНЕЙ ЖИЗНИ ПО г. ГРОДНО И ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	61
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СОЧЕТАННЫХ ФОРМ ПОРАЖЕНИЯ: ТУБЕРКУЛЕЗА И РАКА ЛЕГКОГО	62
ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК ...	62
ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЛКООЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ	63
ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	64
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПНЕВМОНИЙ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ	65
ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЧИН ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТЕЙ ПО МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ	66
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ	67
АНАЛИЗ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	67
АУТОИММУННЫЙ ТИРОИДИТ, ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИТАМИН D ₃	67
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И СИНДРОМОМ АДАПТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ КОЛЛЕДЖА	68
ВЛИЯНИЕ ПОЛИЕНА НА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ В КРОВИ И ПЕЧЕНИ ПРИ СТРЕССЕ У КРЫС	69

ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ У ЛЮДЕЙ С ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ БАЛАНСОМ В УСЛОВИЯХ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА	70
ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ ВЛИЯНИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА ИЗ-ЗА ТОЧЕЧНОГО СЛУХОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ	70
ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ БЕЛКА ОСТРОЙ ФАЗЫ ПРИ БОЛИ.....	71
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭТАНОЛА НА ДВИГАТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ, ПАМЯТЬ И СТРОЕНИЕ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ КРЫС	72
ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ....	73
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭТАНОЛА НА ДВИГАТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ И СТРОЕНИЕ МОЗЖЕЧКА КРЫС В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ	73
ИССЛЕДОВАНИЕ ПАРНЫХ КОРРЕЛЯЦИЙ МЕЖДУ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМОЙ И СИСТЕМОЙ КРОВИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ УСТОЙЧИВОСТИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА К ГИПОКСИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ.....	74
ОЦЕНКА И АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ МУЗЫКАЛЬНОМ ТОЧЕЧНОМ СЛУХОВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ (ВОСТОЧНАЯ И КИТАЙСКАЯ МУЗЫКА).....	75
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ ЦИТОКИНОВ НА КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ И КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ СИСТЕМЫ БЕЛОЙ КРОВИ В ДИНАМИКЕ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА	76
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЮДЕЙ С ТИПОМ ТЕМПЕРАМЕНТА «ПРОМЕТЕЙ» В УСЛОВИЯХ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА	77
РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ 3 КУРСА СЗГМУ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ.....	78
СОПОСТАВЛЕНИЕ ТИПА МЫШЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ И ИХ АКАДЕМИЧЕСКОЙ УСПЕВАЕМОСТИ	79
ПЕДИАТРИЯ	80
АНАЛИЗ ПОКАЗАНИЙ К ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	80
АНТЕ- И ПОСТНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	81
БОЛЕЗНЬ ПОМПЕ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА	81
ВЗАИМОСВЯЗЬ ДОСТИЖЕНИЙ ВЫСОКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ В СПОРТЕ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН.....	82

ВЛИЯНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА У МАТЕРИ НА АДАПТАЦИЮ НОВОРОЖДЕННОГО	83
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕСИНДРОМАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ	84
ДИАГНОСТИКА КРИТЕРИЕВ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	85
ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У ДЕТЕЙ.....	86
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ	87
КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ БОЛЕЗНИ ФАБРИ У ДЕТЕЙ	88
ЛОКАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННАЯ ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ	89
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ФАБРИ У ЖЕНЩИН (СЕМЕЙНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....	90
ОСТРАЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА У ДЕТЕЙ	91
ПОКАЗАТЕЛИ САТУРАЦИИ КИСЛОРОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ.....	92
РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗОВ.....	92
РЕЗИСТЕНТНОСТЬ SALMONELLA ENTERITIDIS И SALMONELLA TYPHIMURIUM К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ В 2010–2014 ГОДУ У ДЕТЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА, БОЛЬНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ.....	93
РОЛЬ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЫЛЬЦЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ В ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛЛИНОЗОВ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ	94
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГЕМАНГИОМ СЛОЖНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ	96
ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ И ГУМАНИТАРНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЛАТЫНИ.....	97
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕРМИНЫ С ИМЕНАМИ АНТИЧНЫХ БОГОВ И ГЕРОЕВ В КЛИНИЧЕСКОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ.....	97
МИФОЛОГИЗМЫ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ	98
ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ.....	99
АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ.....	99
АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ИЗУЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 15 ЛЕТ.....	99

ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ СЗГМУ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА К ПСИХИАТРИИ.....	100
ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ СЗГМУ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА.....	101
ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	102
К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ.....	103
НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ Р. Я. ГОЛАНТ: ДИЭНЦЕФАЛИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ С ПЕРИОДИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ С КОРОТКИМИ ПРИСТУПАМИ В СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХОЗОВ.....	103
ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОХИРУРГИИ, ЕЕ МЕСТО СЕГОДНЯ.....	104
ОСНОВЫ АЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ.....	105
ОСОБЕННОСТИ ГРУППОВОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ.....	106
ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К МАТЕРИНСКОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ.....	106
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, НАХОДЯЩИМИСЯ В СТАЦИОНАРЕ В РАМКАХ ДОЛГОВРЕМЕННОГО МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ.....	107
ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ НЕВРОТИЧЕСКОМ И ПСИХОТИЧЕСКОМ УРОВНЕ ПАТОЛОГИИ.....	108
ФАКТОРЫ РИСКА РЕГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	109
СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО	110
АНАЛИЗ ПРИЧИН СОКРАЩЕНИЯ СРОКОВ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ.....	110
МОНИТОРИНГ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ ОФИСА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ.....	110
ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ШТАММОВ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА.....	111
СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ	112
THE NEGATIVE IMPACT OF THE WAR IN MEDICINE.....	112
WHAT IS MILITARY MEDICINE AND ITS MORALS.....	112

АКСИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС МЕРТВОГО ТЕЛА В ХРИСТИАНСКОЙ БИОЭТИКЕ	113
АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТОЗАМИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН.....	114
АНАЛИЗ ФОРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В СТОМАТОЛОГИИ..	115
АНАЛОГИИ МЕЖДУ ФУНКЦИЯМИ ПОЛУШАРИЙ МОЗГА И АРЕАЛАМИ КУЛЬТУР ЗАПАДА И ВОСТОКА	115
АПОЛОГИЯ ЕВГЕНИКИ	116
ВЛИЯНИЕ РЕЛИГИИ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА (НА ПРИМЕРЕ ИСЛАМА).....	117
ГОСПИТАЛЬНЫЕ ШКОЛЫ ПРИ ПЕТРЕ I.....	118
ГУМАНИТАРНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ В КОНЦЕ XIX — XX ВВ.	119
ИСКУССТВО ВРАЧЕВАНИЯ ДРЕВНЕГО ЕГИПТА	120
ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ СОФИЗМОВ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ.....	120
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ БОЛЬНИЦЫ ПЕТРА ВЕЛИКОГО	121
ЛЕВИАФАН: ОПЫТ ИСТОРИКО-КУЛЬТУРНОЙ И ФИЛОСОФСКОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ	122
МЕДИЦИНА КАК ИСКУССТВО: ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И КАТЕГОРИИ	122
МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	123
МЕНЕДЖМЕНТ ПЕРСОНАЛА	124
МИШЕЛЬ ФУКО: «ЧТОБЫ ПОЗНАТЬ ЖИЗНЬ — НУЖНО ПОЗНАТЬ СМЕРТЬ».....	125
МОДЕЛЬ НАУЧНОГО ЗНАНИЯ М. В. ЛОМОНОСОВА XVIII В. И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ	126
НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА ВОСТОЧНЫХ СТРАН: ИНДИЯ, ТИБЕТ, ЯПОНИЯ, КИТАЙ.....	127
ОБ ЭФФЕКТИВНЫХ СТРУКТУРАХ МЕНЕДЖМЕНТА В КОМПАНИЯХ (НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ КОМПАНИИ).....	127
ПАТЕРНАЛИЗМ И АНТИПАТЕРНАЛИЗМ В МЕДИЦИНЕ: ЗА И ПРОТИВ.....	128
ПЕРЕВОД — ПЕРЕЛОЖЕНИЕ, ПРЕОБРАЗОВАНИЕ ИЛИ ТРАНСФОРМАЦИЯ?.....	129
ПРОБЛЕМА «СМЫСЛА ЖИЗНИ» В СОВРЕМЕННЫХ ФИЛОСОФСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ	130
ПРОЕКТ «ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА»: ПУТЬ В СВЕТЛОЕ БУДУЩЕЕ ИЛИ ШАГ К ПРОПАСТИ?.....	131
РЕДУКЦИОНИЗМ И ХОЛИЗМ В ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ	131

РОЛЬ ВРАЧА В ФОРМИРОВАНИИ САМООЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ НА ПРИМЕРЕ КОСМЕТОЛОГИИ, ДИЕТОЛОГИИ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ.....	132
СИНДРОМ «СТАРой ВЕДЬМЫ» В КУЛЬТУРАХ РАЗНЫХ СТРАН .	132
СЛЕДЫ ЭПИДЕМИЙ ЧУМЫ В МИРОВОЙ КУЛЬТУРЕ.....	133
СМЫСЛ КИНИЧЕСКОГО БУНТА.....	134
СОВРЕМЕННАЯ МУЛЬТИПЛИКАЦИЯ КАК СПОСОБ ПРОПАГАНДЫ	135
УПРАВЛЕНИЕ ВРЕМЕНЕМ.....	135
ФЕНОМЕН ЛЮБВИ В КУЛЬТУРЕ: ТАЛАНТ ЛЮБВИ	136
ФИЛОСОФИЯ ДРЕВНЕГО КИТАЯ: ТЕОРИЯ СУЩЕСТВОВАНИЯ СИЛ «ИНЬ» И «ЯН».....	137
ФИЛОСОФИЯ ЛЮБВИ: ЛИКИ ЛЮБВИ	138
ЧЕЛОВЕК КАК КОНЕЧНО-БЕСКОНЕЧНОЕ СУЩЕСТВО: ФИЛОСОФСКО-АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ	138
ШКОЛА КИНИКОВ.....	139
ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ МОТИВЫ В ПРОЗЕ УИЛЬЯМА ГОЛДИНГА	140
СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА	142
АНАЛИЗ ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ЭКСПЕРТИЗ ПО УСТАНОВЛЕНИЮ РОДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В МЕДИКО- ГЕНЕТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ БЮРО СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	142
АНАЛИЗ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ВЫПОЛНЕННЫХ НА КАФЕДРЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ ВМЕДа В 2013 ГОДУ	143
АРХИВ ПРОФЕССОРА Н.М. ДЕМЕНТЬЕВОЙ В МУЗЕЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ СЗГМУ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА.....	144
ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ РАЗЛИЧНЫХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА: ОСОБЕННОСТИ И СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ.....	145
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СПОНТАННЫХ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ РАЗРЫВОВ СЕЛЕЗЕНКИ.....	145
ЕВГЕНИЙ ВЕНЦЕСЛАВОВИЧ ПЕЛИКАН — ВИДНЫЙ ДЕЯТЕЛЬ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ XIX ВЕКА.....	146
КРАТКИЙ ОЧЕРК ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ; РОЛЬ И ЗАДАЧИ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ	147
КРОВОИЗЛИЯНИЯ В ХРЯЩАХ ГОРТАНИ ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ ШЕИ	148
ПРИЧИНЫ НЕНАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2011–2013 ГОДАХ ПО МАТЕРИАЛАМ БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ...	148

ПРОФЕССОР А.П. ВЛАДИМИРСКИЙ: СТРАНИЦЫ ВОЕННОЙ БИОГРАФИИ	149
РАЗРЫВ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ КАК ПРИЧИНА СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	150
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ, ХРЯЩЕЙ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ В ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКЕ	151
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА КОЛОТО-РЕЗАНЫХ РАН.....	152
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ	153
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ АНАЛИЗ СУИЦИДОВ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 2010–2014 ГОДЫ	154
ТОКСИКОЛОГИЯ И ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА	155
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «АСПИВЕНИНА» НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	155
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АИ-2 И АИ-4	156
ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ	157
ДВУХЭТАПНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРАПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	157
К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.....	157
К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА МЫШЕЦ БЕДРЕННОЙ И БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ.....	158
К ПРОГНОЗУ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	159
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	160
ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ АРТРИТОВ	160
ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА	161
ЛЕЧЕНИЕ ХОРДОМЫ КРЕСТЦА.....	162
УРОЛОГИЯ	163
ВОЗМОЖНОСТИ СОНОЭЛАСТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	163
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	163
ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА ..	165
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЛИЯНИЯ НЕФТИ И ЕЕ РАЗЛИВА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА И КОНСТРУИРОВАНИЕ МОДЕЛИ ГИДРОДИНАМИЧЕСКОГО МЕТОДА ОЧИСТКИ ВОДЫ ОТ НЕФТЯНЫХ ПЯТЕН	165
РАЗВИТИЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТРАНАХ С РАЗНЫМИ ЭКОЛОГИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ.....	165

СОЗДАНИЕ МОДЕЛИ ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ г. ИВАНОВО НА ОСНОВЕ УРАВНЕНИЯ РЕГРЕССИИ.....	166
ФАРМАКОЛОГИЯ	168
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	168
ВЛИЯНИЕ МЕТАПРОТА, ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ И ИХ КОМБИНАЦИИ НА УСТОЙЧИВОСТЬ ОРГАНИЗМА К ОСТРОЙ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ	168
ВЫЯВЛЕНИЕ УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ В ВОПРОСАХ ОПАСНОСТИ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ.....	169
ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	170
ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТНОЙ АКТИВНОСТИ ГУСТОГО ЭКСТРАКТА БОЯРЫШНИКА КРОВАВО-КРАСНОГО.....	171
ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КРОВОХЛЕБКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ НА МОДЕЛИ ФОРМАЛИНОВОГО ОТЕКА ЛАПЫ У МЫШЕЙ.....	171
ИССЛЕДОВАНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДВУХ ПУТЕЙ ВВЕДЕНИЯ ХОНДРОПРОТЕКТОРА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОАРТРОЗА.....	172
ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА АНАСТРАЗОЛА С ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ НА ОСНОВЕ БИОРАЗЛАГАЕМОГО ПОЛИМЕРА	173
ОЦЕНКА ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	174
ПРОБЛЕМЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ЦЕЛИАКИИ	175
РОЛЬ АКТИВНОСТИ ЦИТОХРОМА P-450 2D6 В ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИКАХ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	175
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЕЙСТВИЯ ЭЛЕУТЕРОККА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ.....	176
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СУБСТАНЦИИ БИСНАФТАЗАРИНА С НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ НА МОДЕЛИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ	177
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПОСЛЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ.....	178
ФТИЗИАТРИЯ	179
АНАЛИЗ ДАННЫХ ПО ДИНАМИКЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СОЧЕТАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЛИЦ	

С ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ И КОНТИНГЕНТОВ БОЛЬНЫХ С 2009 ПО 2013 г., ПО САНКТ- ПЕТЕРБУРГУ И ПО РАЙОНАМ ГОРОДА	179
ВОЗМОЖНОСТИ ВНУТРИКОЖНОЙ ПРОБЫ С ПРЕПАРАТОМ «ДИАСКИНТЕСТ» В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА	180
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ С МЛУ МБТ С 2009 ПО 2013 ГОД ПО ГОРОДУ САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	181
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИКО- РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛЕГОЧНЫХ МИКОБАКТЕРИОЗОВ	181
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ	182
ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ- АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПО ДАННЫМ РАБОТЫ СПБ ГБУЗ «ПТД № 2» ВАСИЛЕОСТРОВСКОГО РАЙОНА САНКТ- ПЕТЕРБУРГА	183
ТУБЕРКУЛЕЗ У ТРУДОВЫХ ЭМИГРАНТОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 2011–2014 ГГ.	183
УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРОЛА У ПАЦИЕНТОВ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ВОСПАЛЕНИЯ	184
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА GENEXPERT® (SERNEID) В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ЛЕГОЧНОЙ ДИССЕМИНАЦИИ И ПЛЕВРАЛЬНЫХ ВЫПОТОВ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ	185
ХИРУРГИЯ	186
АНАЛИЗ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ПРИЧИН НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТИ И НЕОПЕРАБЕЛЬНОСТИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	186
АТЕРОСКЛЕРОЗ — БОЛЕЗНЬ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА	187
ВЛИЯНИЕ МЕТОДИКИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ СВР В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	187
ВОЗМОЖНОСТИ СОПРОВОДИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	188
ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	189
ВЫБОР СПОСОБА УШИВАНИЯ РАН СЕРДЦА НАЧИНАЮЩИМ ХИРУРГОМ	190
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭВОЛЮЦИИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА	190

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ И ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	191
ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА.....	192
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ С НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДРУГОГО ГЕНЕЗА	193
ЕЖЕДНЕВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА	193
ЕСТЕСТВЕННАЯ ИСТОРИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА....	194
ЗАВОРОТЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ	195
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ГОЛЕНИ.....	196
ИТОГИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ФОНЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА	197
К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗЯХ ФАТАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ И АРТЕРИАЛЬНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ.....	197
КЛИНИЧЕСКАЯ АППРОБАЦИЯ НОВОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГУБКИ «СПОНГОСТАН» И МАЗИ ЛЕВОМЕКОЛЬ	198
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ ВАРИАНТОВ ЖЕЛЧНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ.....	199
МИНИДОСТУПНАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ПЕРИВЕЗИКАЛЬНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ	200
ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕН ПУТЕМ ФОРМИРОВАНИЯ МОНОСТВОРЧАТОГО КЛАПАНА В ОБЩЕЙ БЕДРЕННОЙ ВЕНЕ ПО J.C. OPIE.	201
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АОРТО-ПОДВЗДОШНОМ СЕГМЕНТЕ	202
ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ВЛИЯНИЯ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ..	202
ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	203
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА PLASMO LIFTING™ В ЭКСПЕРИМЕНТАХ НА ПОРОСЯТАХ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА	204
ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА В НОРМЕ И ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ	205

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	205
РАЗРАБОТКА НОВОЙ МЕТОДИКИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ АНЕВРИЗМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ....	206
РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОЙ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ПАРАДУОДЕНАЛЬНОЙ ГРЫЖИ.....	207
РЕЗУЛЬТАТЫ НОВОГО МЕТОДА ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ.....	208
РОЛЬ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ГЕНДЕРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ В РЕАЛИЗАЦИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ	209
СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛИМФОМЫ ЖЕЛУДКА У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА	210
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	211
СРАВНЕНИЕ СПОСОБОВ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ.....	212
ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ ..	212
ТРЁХОСЕВАЯ ГРАФИЧЕСКАЯ СИСТЕМА (ТАРЕ) КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ.....	213
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНИКИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ПЕНЕТРАЦИЕЙ И СТЕНОЗОМ.....	214
ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ПОСЛЕДУЮЩИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ СОБЫТИЯ.....	215
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ.....	216
ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ	216
ЗАВИСИМОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТ ТИТРА АНТИТИРОИДНЫХ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ ТИРОИДИТЕ ХАСИМОТО	217
ИССЛЕДОВАНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ШТАММОВ STAPHYLOCOCCUS AUREUS, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ ЯЗВЕННЫХ ДЕФЕКТОВ СТОП У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	217
НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ	218

НАРУШЕНИЯ ЦИКЛА «СОН–БОДРСТВОВАНИЕ» ПРИ ТИРОИДИТЕ ХАСИМОТО	219
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ С УЗЛОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ	220
СОСТОЯНИЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРОИДИТЕ.....	221
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ	222
ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП ПОВЫШЕННОГО РИСКА СД 2 ТИПА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	223
ЧАСТОТА И ЭХОСТРУКТУРА ЗОБА У ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ.....	223
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	225
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2004 ПО 2014 ГГ.	225
ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН ВСПЫШКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ДЕТСКОМ ДОШКОЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА.....	226
ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ...	226
ОЦЕНКА ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ	227
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ВАКЦИНАЦИИ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОМСКА И ОМСКОЙ ОБЛАСТИ.....	228
СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	229
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИРУСНОМУ ГЕПАТИТУ С В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ	230
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВСПЫШКИ КРАСНУХИ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ОДНОГО ИЗ ВУЗОВ В г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ	231
ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО САЛЬМОНЕЛЛЕЗУ НА ТЕРРИТОРИИ ТРЕХ РАЙОНОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ЗА ПЕРИОД С 2011 ПО 2014 ГОД	232
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ БЛАСТОЦИСТНОЙ ИНВАЗИИ	233
РАБОТЫ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ	234
ENDORECTAL ULTRASOUND IN RECTAL CANCER PATIENTS.....	234
MOLECULAR MARKERS IN COLORECTAL CANCER	238
PET CT IN COLORECTAL CANCER.....	243
PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC BILIARY DRAINAGE — CASE REPORT	250

PTA OF AVF WITH DRUG ELLUTING BALLONS AND STENTS — CASE REPORT	250
HODGKIN'S LYMPHOMA AND SECONDARY AMENORRHEA IN YOUNG FEMALE PATIENTS	252
LEVEL OF AWARENESS ON FAMILY PLANNING AMONG MEDICAL STUDENTS AND GENERAL PRACTITIONERS	254
ARTERY — AND LYMPHATIC-SPARING LAPAROSCOPIC VARICOCELECTOMY IS AN EFFECTIVE TREATMENT OF IDIOPATHIC VARICOCELE	255
CASE OF WELL — DIFFERENTIATED PANCREATIC NEUROENDOCRINE CARCINOMA	259
ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА	262
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.....	262
ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО НАРУШЕНИЕМ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ.....	263
ПОЛИМОРФИЗМ RS 622342 ГЕНА SLC22A1: ВОЗМОЖНО ЛИ ПРОГНОЗИРОВАТЬ ОТВЕТ НА ТЕРАПИЮ МЕТФОРМИНОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА?	263
ИСПЫТАНИЕ БЕСПРОВОДНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ	264
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИТОГОВ ШУНТИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ	265
ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА В ПРОИЗВОДСТВЕ ГРАНИТНЫХ БЛОКОВ И ЩЕБНЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ	266
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ С УЧЕТОМ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ	267
ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ВЛИЯНИЯ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ..	268
ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ С УЧЕТОМ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ	269
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ	270
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОНЕЧНОГО РОСТА У ДЕТЕЙ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СРАВНЕНИИ С БОЛЬНЫМИ С МНОЖЕСТВЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ГИПОФИЗАРНЫХ ГОРМОНОВ, ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ ГОРМОНОМ РОСТА	271
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АТЕРОТРОМБОЗОМ	272

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНЕВРИЗМАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ АОРТЫ.....	272
СТРЕССОВАЯ РЕАКЦИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ПРИ ГИПОДИНАМИИ И МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ТАКИХ БОЛЬНЫХ	273
ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ИНЦИДЕНТАЛОМАМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ РАЗЛИЧНЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ	274
ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ КОМПЕТЕНЦИЙ.....	275
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ ДЛЯ СКРИНИНГА ТАЛАССЕМИЙ	276
ПОЧЕМУ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОТРОМБОЗОМ НЕОБХОДИМО ИЗУЧАТЬ РИСК ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЭМБОЛИЗМА	277
ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II.....	278
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА	279
ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА КАК ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА	279
РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АОРТО-ПОДВЗДОШНОМ СЕГМЕНТЕ У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ.....	280
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ КОНТРОЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕСТИЦИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ МЕТАЗАХЛОРА И КВИНМЕРАКА ПРИ ОБРАБОТКЕ ПОСЕВОВ РАПСА	281
РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСА 3D ЛАЗЕРНОЙ ТИМПАНОПЛАСТИКИ	282
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ ДЛЯ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХА	283
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПОСЛЕ СТАПЕДОПЛАСТИКИ.....	283
КЛЕТОЧНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ РЕДКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАРУШЕНИЯ РЕПАРАЦИИ ДНК	284
ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ИЦЕНКО– КУШИНГА	285
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ.....	286

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЯСНИЧНОГО СПИНАЛЬНОГО СТЕНОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИМПЛАНТИРУЮЩИХ УСТРОЙСТВ..	287
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КИСЛОРОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРЕСТЕЗИЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА В ПРОЦЕССЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	288
ИССЛЕДОВАНИЕ СТЕРОИДНЫХ ПРОФИЛЕЙ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ МЕТОДАМИ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОЙ ЖИДКОСТНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ И ГАЗОВОЙ ХРОМАТО-МАСС- СПЕКТРОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С АДРЕНОКОРТИКАЛЬНЫМ РАКОМ	289
УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ГРИБОВ РОДА TRICHORHYNCHUS ПО ГЕНОМНЫМ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЯМ	290
КОРРЕЛЯЦИЯ Д-ДИМЕРА И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЭЛА.....	291
УРОВЕНЬ ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ 21 (FGF-21) ПРИ ПОЛИМОРБИДНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА.....	292
ФАКТОР РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ 21 (FGF-21) И ДИСЛИПИДЕМИЯ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ПОЛИМОРБИДНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	293
ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ТРАНСПОРТЕРА СЕРОТОНИНА SLC6A4 У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ДИАРЕИ	294
СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПЕРЕД ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ....	294
РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ МУЛЬТИЛОКУСНОГО СЕКВЕНИРОВАНИЯ МИКРОМИЦЕТОВ РОДА STASHYBOTRYX ...	295
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ МОТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ДИАРЕЙНОМ СИНДРОМЕ	296
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ЭТАПАХ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО И СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ..	297
ОСОБЕННОСТИ АСТЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С МАНИФЕСТНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ	298
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВЫЯВЛЕНИЮ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ	299

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ 21-ДЕЗОКСИКОРТИЗОЛА В КРОВИ МЕТОДОМ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОЙ ЖИДКОСТНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕФЕКТА 21- ГИДРОКСИЛАЗЫ	300
ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ И ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ	301
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ.....	302
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДИВШИХСЯ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	303
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ МИОФИБРОЗОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	304
ДИАГНОСТИКА СУХОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ С ПОМОЩЬЮ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ.....	305
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 3D ТЕХНОЛОГИЙ В ПЛАНИРОВАНИИ КОСТНО-РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛИЦЕВОМ ОТДЕЛЕ ЧЕРЕПА	306
РОЛЬ ФЕРМЕНТИРОВАННЫХ ПИЩЕВЫХ ВОЛОКОН В КОРРЕКЦИИ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	307
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И НЁБА	308
ЕС-КЛЕТКИ ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШКИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	309
РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ НАРУШЕНИЕМ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ..	310
ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЙ ЭНДОМЕТРИЯ	310
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ	311
МЕТОД ПОЛИАРТИФАКИИ В КОРРЕКЦИИ ГИПЕРМЕТРОПИИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ В СОЧЕТАНИИ СО СЛОЖНЫМ ГИПЕРМЕТРОПИЧЕСКИМ АСТИГМАТИЗМОМ	312
ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ	314

NBI ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ

Чучуева Н.Д. асп. 1 года каф. болезней уха, горла и носа,

Свиштушкин М.В. 5 к. 97 гр. ЦИОП «МБ»

Руководитель темы: *Савватеева Д.М.* асс. каф. болезней уха, горла и носа, к.м.н.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Ежегодно в мире регистрируется приблизительно 650 000 новых случаев злокачественных новообразований верхних отделов дыхательных путей. Для радикального хирургического лечения их необходимо выявлять на стадии предраковых заболеваний и карциномы *in situ*. В настоящее время ведущим методом в визуализации органов верхнего отдела дыхательных путей и определении их различных патологических изменений является эндоскопическое исследование в белом свете, но часто дифференциальная диагностика и определение границ новообразований размером менее 1 см бывает затруднительна, так как изменения находятся на субэпителиальном уровне. Одним из наиболее современных и высокотехнологичных методов, решающим данную задачу является узкоспектрная (NBI) эндоскопия, позволяющая, благодаря новым опциям, встроенным в видеоэндоскопические системы определить изменения в сосудистой структуре слизистой оболочки, что облегчает диагностику дисплазий и начальных форм злокачественных новообразований.

Цель. Оценить возможности, преимущества и ограничения применения NBI-эндоскопии для дифференциальной диагностики новообразований гортани в клинической практике.

Материалы и методы. Опыт обследования 30 больных с новообразованиями гортани методом NBI-эндоскопии в клинике болезней уха, горла и носа Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Полученные результаты. NBI-эндоскопия — неинвазивная технология, основанная на использовании специального высокотехнологичного источника света, выделяющего из широкого спектра полосы излучения с длиной волн 415 нм и 540 нм, которые избирательно контрастируют капилляры слизистой оболочки и подслизистого сплетения. Это позволяет дифференцировать участки с неоваскуляризацией, характерные для диспластических и злокачественных поражений. В клинике болезней уха, горла и носа ПМГМУ им. И. М. Сеченова методом NBI — эндоскопии было обследовано 30 пациентов с различными новообразованиями гортани. При стандартной эндоскопии в белом свете у 26 больных выявлено наличие доброкачественных образований, у 4 заподозрено наличие злокачественных опухолей. Методом NBI эндоскопии уже у 8 из 30 пациентов были выявлены признаки неопластического процесса, проявляющегося в виде утери параллельности сосудов, наличием большого количества бифуркаций и анастомозов. Кроме того, данный метод позволил определить четкие границы опухолевого роста, что принципиально важно при проведении прицельной биопсии.

Последующее гистологическое исследование выявило у 7 из 8 больных наличие плоскоклеточного рака. У одного больного по данным гистологического исследования была выявлена дисплазия I-II степени, которая также была заподозрена при NBI исследовании.

После статистической обработки данных отмечалось достоверное различие между эндоскопией в белом свете и патогистологическим исследованием. И совсем обратная связь была выявлена между NBI-эндоскопией и патогистологическим исследованием.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования, показали перспективность NBI эндоскопии в выявлении злокачественных опухолей гортани, в том числе на ранних стадиях их развития. Метод имеет ряд преимуществ в сравнении с традиционным эндоскопическим осмотром, в том числе в определении истинных размеров и границ опухоли. NBI эндоскопия может быть рекомендована как метод скрининговой диагностики злокачественных образований при обследовании больных с любыми опухолями гортани.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК ПРИ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ДЕТЕЙ

Ващенко Н.А. 4 к. 418 гр. ЛФ

Руководитель темы: Родионова О.И. асс. каф. болезней уха, горла, носа, к.м.н.

БГМУ, Минск, Белоруссия

Носовое кровотечение — распространенная патология среди детей, которая может проявляться как самостоятельной нозологической единицей, так и симптомом прочих заболеваний. Установление точной причины носовых кровотечений и знание механизма их возникновения необходимы для устранения данной патологии и предупреждения рецидивов.

Цель. На клинических примерах установить причины, повлекшие за собой носовое кровотечение

Материалы и методы. Проведено обследование 14 пациентов детского ЛОР отделения УЗ «З ГДКБ» с диагнозом «Носовое кровотечение» (основная группа), 14 пациентов с прочей ЛОР-патологией (контрольная группа), а также проанализированы 44 истории болезни детей, госпитализированных по поводу носового кровотечения в 2014 году.

Полученные результаты. Развитие носового кровотечения может быть обусловлено определяющими факторами: недостаточностью коллагена I типа, приводящей к «хрупкости» сосудистой стенки и несовершенством (временным или стойким) гемостатической функции крови. У 78,5% пациентов основной группы имелись нарушения гемостатической функции крови. Гиперподвижность суставов (положительный результат теста по Бейтону — признак недостаточности коллагена I типа) в основной группе наблюдалась у 42,8% пациентов, в контрольной — у 35,7%.

Выводы:

1. Нарушения свертывающей системы крови (вызванной различными причинами) были наиболее частой причиной носовых кровотечений у обследованных детей.
2. При сочетании недостаточности коллагена I типа с нарушением гемостатической функции крови (временной или стойкой) риск спонтанных кровотечений у детей повышается.
3. Дети с недостаточностью коллагена I типа, проявляющейся гиперподвижностью суставов (определяемой при помощи теста по Бейтону) могут быть отнесены в группу повышенного риска развития кровотечений, что следует учитывать в дальнейшей жизни при планировании хирургических вмешательств и в акушерской практике.

ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ АУДИОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗНЫХ ФОРМ ПРЕСБИАКУЗИСА

Каркачева Е.С. 6 к. 639 гр. ЛФ

Руководитель темы: Барсуков А.Ф. асс. каф. оториноларингологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В практической работе врача-оториноларинголога часто возникает необходимость в проведении дифференциальной и топической диагностики пресбиаккузиса, так как лечебные и профилактические мероприятия при разных его формах имеют существенные различия.

Цель. Проведение дифференциальной и топической диагностики пресбиаккузиса у пожилых лиц (ПЛ).

Материалы и методы. Исследованы 63 пациента (41 жен., 22 муж.) в возрасте от 60 до 69 лет с диагнозом пресбиаккузис. Проведены: тональная пороговая аудиометрия на аудиометре «АС-40» на 7 стандартных аудиометрических частотах по воздушной и костной проводимости с последующим сопоставлением полученных данных с возрастными нормами снижения слуха (Лопотко А.И., 1996); топическая диагностика пресбиаккузиса по методу определения порогов слухового дискомфорта (Болотинская Е.С., 1980); измерение субъективного ушного шума (СУШ) методами баланса громкости и шумограммой перекрытия.

Полученные результаты. Пациенты были разделены на 2 группы: I — 24 человека: снижение слуха соответствует усредненным возрастным нормам — пациенты с физиологическим пресбиаккузисом (ФП); II — 39 человек: пороги слышимости превышают усредненные возрастные нормы на 10 и более дБ на 5ти и более частотах — патологический пресбиаккузис

(ПП). Выделены основные типы аудиограмм, встречающиеся у пожилых пациентов: 1 группа (ФП) — плавнонисходящие аудиометрические кривые — у 21 чел. (87, 5%), 2 группа (ПП) — 2 основных типа аудиограмм: крутонисходящая — у 18 чел. (46, 2%), «плоская» аудиограмма — у 12 чел. (30, 7%). Результаты надпороговой аудиометрии: в I гр. (ФП) феномен ускоренного нарастания громкости (ФУНГ) был выявлен у 3 чел. (12, 5%), во II гр. — у 32 чел. (82, 4%). СУШ определялся у 11 пациентов из I гр. (45, 7%) и у 35 — из II гр. (87, 4%) интенсивностью в среднем 5 и 10 дБ соответственно.

Выводы:

1. У пациентов с физиологическим пресбиакузисом преобладает плавнонисходящий тип аудиометрических кривых, а у пациентов с патологическим пресбиакузисом — крутонисходящий и плоский типы.
2. Выявление феномена ускоренного нарастания громкости у пожилых лиц может свидетельствовать о наличии пресбиакузических нарушений периферического отдела слухового анализатора и у пациентов с патологическим пресбиакузисом встречается в 6 раз чаще, чем при физиологическом пресбиакузисе.
3. У пациентов с патологическим пресбиакузисом субъективный ушной шум наблюдается в 2 раза чаще, чем у пациентов с физиологическим пресбиакузисом.

ИЗМЕНЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО УХА ПРИ ОТОТОКСИЧЕСКОЙ ТУГОУХОСТИ

Кандеева М.И. 4 к. 438 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Петрова Н.Н.* проф. каф. оториноларингологии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Сенсоневральная тугоухость (СНТ), занимающая ведущее место среди типов тугоухости, представляет собой полиэтиологическое заболевание, проблема которой продолжает оставаться актуальной как в медицинском, так и в социальном плане. Среди причин СНТ особое место отводится воздействию лекарственных веществ на внутреннее ухо. Наиболее выраженными ототоксическими свойствами обладают аминогликозиды, использование которых в клинической практике связано с широким спектром антибактериального действия. Одним из самых эффективных антибиотиков является гентамицин, широко применяющийся при различных инфекционных заболеваниях.

Цель. Изучение изменений внутреннего уха, развивающихся при гентамициновой тугоухости.

Материалы и методы. В эксперименте использовались половозрелые морские свинки весом 350–400 гр. в количестве 16 особей. Животные были разделены на 2 группы по 8 животных в каждой. Животным первой группы внутримышечно вводили гентамицина сульфата в дозе 120 мг/кг веса тела/сут в течение 17 дней. Животные второй группы служили контролем. Слуховую функцию оценивали с помощью рефлекса Preyer.

После эксперимента улитки морских свинок подвергались морфологическому исследованию с использованием методики прижизненной изоляции лабиринтов Винникова Я.А. и Титовой Л.К. Перед декапитацией все животные подвергались общему обезболиванию (2% рометар внутримышечно в сочетании с парами эфира). Сосудистые полоски выделяли под бинокулярной лупой. Материал фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина и после обезвоживания в спиртах возрастающей концентрации заливали в парафин. Парафиновые срезы толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином. Под световым микроскопом при увеличении 90×15 посчитывали количество ядер с признаками апоптоза на 100 клеток.

Полученные результаты. До начала воздействия у животных обеих групп отмечался нормальный живой рефлекс Preyer. По окончании воздействия у животных первой группы рефлекс Preyer был отрицательным, что свидетельствовало об угнетении слуховой функции. Эпителий сосудистой полоски спирального органа здоровых животных состоял из клеток различной формы и высоты, имеющих отростки. В толще эпителия сосудистой полоски были видны многочисленные кровеносные сосуды без признаков спазма или расширения сосудов.

Гистологическое исследование препаратов животных с экспериментальной гентамициновой тугоухостью выявило нарушения капиллярной системы сосудистой полоски в виде чередования спазмированных и расширенных участков просветов. В эпителиальных клетках сосудистой

полоски были обнаружены различные патоморфологические изменения от уплотнения и маргинации ядерного хроматина до фрагментации ядер и формирования апоптических телец. Результаты наших исследований соответствуют современным научным данным о способности ототоксических антибиотиков инициировать апоптотические процессы за счет участия в биохимических механизмах функционирования сенсорного эпителия.

Выводы. При гентамициновой тугоухости обнаружены глубокие морфологические изменения в кровеносных сосудах и в эпителиальных клетках сосудистой полоски. Обнаруженные изменения характерны для апоптотического механизма гибели клеток. Стаз и полнокровие капилляров свидетельствует о значительных гемостатических сдвигах и нарушении кровоснабжения спирального органа.

Таким образом, изучение морфологических особенностей формирования СНТ способствует уточнению механизмов патогенеза заболевания и может служить основой для разработки стратегий реабилитации пациентов с ототоксической тугоухостью.

КРАНИОМЕТРИЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Куклева А.Д. 4 к. 401 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Владимирова Т.Ю.* доц. каф. оториноларингологии

им. акад. И.Б. Солдатова, к.м.н.

СамГМУ, Самара

Анализ достижений современной краниологии показывает перспективность исследований взаимосвязи конституционального типа черепа с особенностями строения височной кости.

Цель. Определение корреляции параметров височной кости и внутреннего уха со стандартными размерами черепа.

Материалы и методы. Были обработаны компьютерные томограммы височных костей здоровых людей, выполненные на базе отделения оториноларингологии Клиник СамГМУ. Методы исследования: аналитический, статистический.

Полученные результаты. Исследуемые пациенты по возрасту были разделены на две группы: моложе 50 лет и старше 50 лет. Исследование первой группы показало, что средняя ширина черепа равна 139,5 мм, средний сагиттальный размер черепа — 169 мм (мезокефалический конституциональный тип черепа); во второй группе средняя ширина черепа равна 154,3 мм, средний сагиттальный размер черепа — 182,5 мм (брахицефалический конституциональный тип черепа). Средняя площадь барабанной полости справа и слева в первой группе равна 70,6 мм² и 64,8 мм², во второй группе данный показатель выше (82,5 мм² — справа, и 77,4 мм² — слева). В группе моложе 50 лет средняя площадь антрума справа и слева составила 87,7 мм² и 83 мм², в группе старше 50 лет данный показатель оказался справа выше (107,3 мм²), а слева ниже (80,6 мм²). Тип строения сосцевидного отростка в обеих группах оценивается как пневматический. Диаметр окружности наружного полукружного канала в первой возрастной группе справа и слева, в среднем, равен 4 и 3,7 мм, во второй группе — 4,1 мм и справа, и слева. Ширина внутреннего слухового прохода на уровне улитки составляет в первой группе 3,2 мм (справа), 3,8 мм (слева). Данный показатель во второй группе равен 3,5 мм (справа) и 3,7 мм (слева).

Выводы. Полученные результаты показывают, что с возрастом у человека изменяются размеры и площади воздухоносных полостей среднего уха, что необходимо учитывать при диагностике ЛОР-заболеваний.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МАГНИТНЫХ МИКРОНАУШНИКОВ НА ОРГАН СЛУХА

Халитов Р.Р. 4 к. 425 гр. Общемедицинский факультет

Руководитель темы: *Жакиянова Ж.О.* доц. каф. оториноларингологии, к.м.н.

ГМУ города Семей, Семипалатинск, Казахстан

В настоящее время участились случаи обращения к ЛОР-специалистам школьников и студентов с жалобами на ухудшение слуха и боли в ушах. Выяснилось, что данные проблемы возникли у них вследствие использования магнитных микронаушников.

Цель. Изучение влияния магнитных микронаушников на орган слуха.

Материалы и методы. Было опрошено 100 студентов высших учебных заведений г. Семей по методу анкетирования, из которых 60 студентов согласились пройти дальнейшее обследование. 42 студента попали в контрольную группу и не пользовались магнитными микронаушниками, а 18 — в группу риска. Применялись следующие методы диагностики: сбор анамнеза, отоскопия, данные аудиометрии.

Полученные результаты. Контрольная группа жалоб не предъявляла, при отоскопии барабанная перепонка без изменений, при аудиометрии слух сохранен в пределах нормы. Из 18 студентов, использовавших магнитные микронаушники, жалобы на снижение слуха предъявляли 9 человек, на шум в ушах — 3 человека, на боли — 7, гноетечение из уха — 4 человека. При отоскопии: гиперемия барабанной перепонки наблюдалась у 9 студентов, гноетечение — 4, посттравматическая перфорация барабанной перепонки — у 1. При аудиометрическом исследовании: снижение слуха по типу кондуктивной тугоухости у 10 человек, нейросенсорной — у 1.

Выводы. Таким образом, можно сделать следующие выводы: неоднократное использование магнитных микронаушников может привести к воспалительным явлениям среднего уха, снижению слуха, развитию инфекции или грибка в слуховом проходе, посттравматической перфорации барабанной перепонки при неудачном извлечении устройства из уха.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ АТАКСИИ КАК СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ УСТАЛОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ

Зайнчуковский М.С. 6 к. 642 гр. ЛФ, Нестерова Е.Д. 2 к. 251 гр. ЛФ,

Демиденко Д.Ю. асп. 2 года каф. оториноларингологии

Руководитель темы: Воронов В.А. доц. каф. оториноларингологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Предложен прибор, являющийся дешевым и мобильным средством оценки атаксии не имеющим аналогов. В настоящее время преподавателю ВУЗа предъявляются все более высокие требования. От преподавателя ожидают наличия современных знаний и навыков их использования в своей деятельности. Ранее не проводилось исследование усталости преподавателей, которая будет также отражаться на изменении атаксии.

Цель. Создание несложного комплекса исследований, который может быть выполнен при наличии простейших материалов, позволяющий врачу независимо от пациента оценивать динамику атаксии. Оценить зависимость атаксии от степени усталости преподавателей.

Материалы и методы. Для определения уровня атаксии использовался прибор — атаксометр, изготовленный на кафедре оториноларингологии СЗГУ. Мат для нивелирования проприоцептивного чувства выполнен из трехслойного поролон. После измерения атаксометром преподавателям измеряли артериальное давление и проводили психологический тест Люшера. Нами были обследованы преподаватели кафедр оториноларингологии и физиологии, а также преподавательский состав школы № 179. Всего в нашем эксперименте приняло участие 33 преподавателя обоих полов в возрасте от 27 и до 73.

Полученные результаты. При обследовании получено, что в утренние часы, когда преподаватели только начинают рабочую деятельность отклонение составляет не более 2, 5 гарусов, причем зависит от возраста и наличия врожденной или приобретенной асимметрии поражения вестибулярного анализатора исследуемого. В вечернем исследовании отклонение составило до 5 гарусов.

Выводы:

1. Объективная зрительная вертикаль является общедоступным, не требующем специального оборудования методом.
2. Данная методика сокращает время обследования.
3. Позволяет заподозрить сторону поражения у пациента при периферической вестибулярной дисфункции.
4. При усталости атаксия значительно нарастает.

5. Плохое эмоциональное самочувствие усиливает проявление атаксии.
6. Ранее не обращалось внимание на нагрузку преподавателей и не учитывалось при составлении расписания, наше исследование показало на наличие выраженной усталости преподавателя в течение дня, данный слой населения нуждается в медицинской и социальной защите.

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ НОСОВОГО ДЫХАНИЯ ПОСЛЕ РИНОПЛАСТИКИ

Мейтель И.Ю. 6 к. 97 гр. ЦИОП «Медицина будущего»,

Каранетян Л.С. асп. 2 года каф. болезней уха, горла и носа

Руководитель темы: *Русецкий Ю.Ю.* проф. каф. болезней уха, горла и носа, д.м.н.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Ринопластика — чрезвычайно сложное и непредсказуемое хирургическое вмешательство в оториноларингологии и пластической хирургии и сопровождается высоким риском и частотой ревизий. 15% пациентов подвергаются ревизионным вмешательствам, до 68% — отмечают постоянную заложенность носа после операции. Вопрос об оценке функциональных осложнений ринопластики остается нерешенным на сегодняшний день.

Цель. Оценка нарушений носового дыхания у пациентов после ринопластики.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование включало 86 пациентов, средний возраст составил 32 ± 3 года (женщин — 61 (69%), мужчин — 25 (31%)), перенесших эстетическую ринопластику в разное время в клинике болезней уха, горла и носа ПМГМУ им. И. М. Сеченова в период с 2009 по 2014 год. Оперативные вмешательства проводились открытым и закрытым доступом, с или без одномоментной внутриносовой хирургии. В проспективной части исследования всем пациентам была проведена субъективная и объективная оценка дыхательной функции носа. Для субъективной оценки применялась адаптированная к русскому языку и упрощенная шкала выраженности симптомов назальной обструкции NOSE (nasal obstruction symptom evaluation). Объективные методы оценки дыхательной функции — передняя активная риноманометрия (ПАРМ) и акустическая ринометрия (АР).

Полученные результаты. Открытый декортикационный доступ применялся у 51 пациента (58%), закрытый внутриносовой доступ у 35 пациентов (45%). Ревизионных вмешательств — 11%. 92% всех ринопластик сопровождалась внутриносовой хирургией (септопластика, конхопластика, эндоскопическая операция на пазухах, закрытие перфораций перегородки носа, рассечение синехий полости носа, хирургическая коррекция клапана носа). По результатам шкалы NOSE выявлено, что 30% пациентов предъявляют жалобы на носовое дыхание после ринопластики (≤ 4). Результаты объективной оценки следующие: в ходе ПАРМ среднее значение суммарного объемного потока СОП — $422, 98 \pm 21, 39$ см³/сек, среднее значение суммарного сопротивления СС — $1, 91 \pm 0, 31$ Па/см³/сек. Таким образом, нарушение носового дыхания диагностировано у 47% пациентов. По данным АР среднее значение площади поперечного сечения полости носа на уровне носового клапана — МППС1 — $0,86 \pm 0,12$ см². То есть сужение площади поперечного сечения полости носа на уровне носового клапана обнаружено у 45% пациентов.

Выводы. Согласно результатам исследования ринопластика в большом проценте случаев (до 47%) приводит к недостаточности дыхательной функции носа или к ее неполному восстановлению. Из 86 — 11% ревизионных операций в течение 5 лет. Самая частая жалоба — заложенность носа при физической нагрузке. Самое распространенное функциональное осложнение — дисфункция носового клапана.

Таким образом, ринопластика в большинстве случаев приводит к нарушению или недостаточному восстановлению носового дыхания. Это следует учитывать оториноларингологам и специалистам пластической хирургии при планировании алгоритма как первичного так и вторичного оперативного вмешательства на наружном носе и полости носа.

РАСТВОР ВАГОТИЛА: АЛЬТЕРНАТИВА АЗОТНОКИСЛОМУ СЕРЕБРУ В ЛОР-ПРАКТИКЕ

Рагимова А.А. 5 к. 2507 гр. ПФ, Леухин Р.В. 5 к. 2501 гр. ПФ

Руководитель темы: *Нурсаитова Р.М.* асс. каф. оториноларингологии, к.м.н.

КазГМУ, Казань

Не вызывает сомнений, что отсутствие в аптечной сети азотнокислого серебра представляет собой некоторую сложность при лечении тех или иных заболеваний. В связи с данной проблемой, нами был апробирован для прижигания ушных грануляций и гипертрофированных участков лимфоидной ткани ротоглотки, а также для остановки носовых кровотечений раствор Ваготила.

Ваготил является антисептическим препаратом с бактерицидным, фунгицидным, противопротозойным и гемостатическим действием, оказывает прижигающее и вяжущее действие. Вызывает коагуляцию клеток в некротической ткани, ускоряет регенерацию эпителия.

Цель. Изучение опыта местного применения раствора Ваготила при лечении хронического гипертрофического фарингита, носовых кровотечений и грануляций в ухе.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 25 пациентов с ушными грануляциями, которые образовались при поражении уха после медицинских процедур, а также на фоне воспалительных заболеваний уха, 147 пациентов с носовым кровотечением, 64 пациента с диагнозом хронический гипертрофический фарингит.

Больным с грануляциями и хроническим гипертрофическим фарингитом, амбулаторно было проведено местное лечение раствором Ваготила от 2 до 5 сеансов. При носовом кровотечении использовались турунды с раствором Ваготила в полость носа на 3–5 минут.

Полученные результаты. В результате проведенного лечения установлено, что ушные грануляции, гипертрофические гранулы и боковые валики в полости глотки значительно уменьшились в объеме, что способствовало исчезновению дискомфортных проявлений со стороны среднего уха и слизистой ротоглотки. Использование турунд с раствором Ваготила при носовых кровотечениях способствовали прекращению кровотечения в короткий срок.

Выводы. Таким образом, местное применение раствора Ваготила для прижигания гипертрофических гранул и валиков слизистой ротоглотки, и ушных грануляций, может быть рекомендовано для местного лечения грануляций в ухе и хронического гипертрофического фарингита. Использование турунд с раствором Ваготила может быть рекомендовано для остановки носовых кровотечений. Раствор Ваготила не приводит к образованию рубцов, не имеет побочного действия, не вызывает отдаленных последствий.

СКРИНИНГОВАЯ САМОДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ СЛУХА ПРИ ПОМОЩИ МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ

Повышев А.А. 5 к. 543 гр. ПФ

Руководитель темы: *Кузьмин Д.М.* асс. каф. оториноларингологии

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Повсеместное использование мобильных телефонов и портативных музыкальных плееров ведет к повышению порогов слуха и развитию субъективного ушного шума. Проведены исследования показывающие связь между использованием мобильных телефонов и развитием субъективного ушного шума. Так у 388 студентов Лагоского университета в 20, 6% случаев выявлено развитие субъективного ушного шума при длительном (от 3 до 6 лет) использовании мобильного телефона. Немецкие исследователи рекомендуют рассматривать использование мобильных телефонов, как потенциальный фактор риска развития ушного шума. По данным ВОЗ в 2012 году выявлено около 360 млн. людей страдающих от снижения слуха по разным причинам. Таким образом, применение мобильных телефонов, пагубно влияющих на слуховой аппарат, может быть использовано для улучшения качества жизни людей путем своевременного выявления патологии слуха.

Материалы и методы. Обследовано 28 студентов медицинского университета СЗГМУ им. И.И. Мечникова (56 ушей). Из них 18 человек составляли женщины, 10 — мужчины. Возраст обследуемых колебался от 21 до 27 лет. Всем обследуемым выполнялось скрининговое исследование слуха, которое сравнивали с контрольными данными, полученными при проведении специализированной тональной аудиометрии. Скрининговое исследование слуха проводилось при помощи мобильного приложения созданного на основе операционной системы «Android» со стандартными наушниками идущими в комплекте с мобильным телефоном (смартфоном). При проведении скринингового исследования слуха при помощи мобильного приложения выполнена предварительная биологическая калибровка устройства, так за «акустический ноль» принимали значение в 10 дБ. Контрольное исследование слуховой функции выполнялось проведением тональной пороговой аудиометрии на аудиометре «GSI 61». Статистическая обработка данных выполнялась при помощи офисного пакета MS Excel и статистической программы SPSS statistics 20. 0.

Полученные результаты. При проведении тональной пороговой аудиометрии на аудиометре «GSI 61», средние пороги воздушного звукопроведения 56 обследованных ушей составили $9, 31 \pm 2, 85$ дБ, костно-воздушный интервал всех обследуемых регистрировался на уровне $6, 45 \pm 1, 02$ дБ. Полученные средние значения порогов воздушного звукопроведения при скрининговом обследовании составили $10, 52 \pm 2, 38$ дБ. Недостатком метода скринингового обследования при помощи мобильного приложения, является отсутствие возможности определения порогов костной проводимости. Проведенная обработка данных показала отсутствие статистической значимости ($p > 0,05$) при сравнении средних порогов воздушного звукопроведения полученных на аудиометре и при помощи мобильного приложения для проверки слуха.

Выводы. Применение мобильных устройств, для скрининговой самодиагностики слуха, возможно после проведения предварительной биологической калибровки мобильного приложения.

СПОНДИЛОГЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

Каибов А.А. орд. 1 года каф. оториноларингологии

Руководитель темы: *Алиметов Х.А. проф. каф. оториноларингологии, д.м.н.*

КазГМУ, Казань

Слуховая труба является одной из важных структур среднего уха, которая обеспечивает качество слуха.

Актуальность дисфункция слуховой трубы занимает важное место в структуре заболеваний среднего уха, так как является одним из главенствующих причин острых и хронических патологий среднего уха.

Цель. Выявление корреляционной связи спондилогенной патологии с дисфункцией слуховой трубы.

Материалы и методы. Нами обследовано 20 пациентов в возрасте от 20 до 30 лет с нарушением функции слуховой трубы. Диагностика включает, кроме стандартных клинических исследований, эндоскопию полости носа и носоглотки, отомикроскопию, аудиометрию, тимпанометрию, оценку вентиляционной функции слуховой трубы, зонд-адреналиновую пробу, риноманометрию и РКТ ОНП.

Полученные результаты. Клинический материал распределен на три группы:

I группа — искривление носовой перегородки;

II группа — хронические воспалительные заболевания носа, придаточных пазух и носоглотки;

III группа — клинические проявления дисфункции слуховой трубы спондилогенного генеза.

Пациентам из I-й клинической группы проводилась хирургическая коррекция перегородки носа.

Пациентам II-й клинической группы применяли комплексное лечение, в том числе с использованием хирургических методов. Проводимый алгоритм лечения показывают положительные результаты.

У пациентов III-й клинической группы дисфункция слуховой трубы связана с нарушением иннервации из верхних шейных позвоночно-двигательных сегментов, которая подтвердилась результатами диагностических исследований и проведенной комплексной терапией.

Выводы. Имеются ряд исследований отмечающие эту связь с заболеванием полости носа, придаточных пазух и носоглотки, в частности спондилогенные хронические риниты и синуситы.

В виду того, что патологическая импульсация из пораженных позвоночно-двигательных сегментов распространяются на всю зону их иннервации, в этот симптомокомплекс вероятно попадает и слуховая труба с нарушениями ее функции.

Актуальность данной проблемы требует изучения связи дисфункции слуховой трубы с патологией позвоночника и разработки алгоритма лечения.

СТВОРКА ГАСНЕРА: ФОРМА, РАСПОЛОЖЕНИЕ

Баранская С.В. орл. 2 года каф. оториноларингологии с клиникой

Руководитель темы: *Карпищенко С.А.* проф. каф. оториноларингологии с клиникой, д.м.н.

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

В настоящее время широко применяется доступ к верхнечелюстной пазухе через нижний носовой ход, особенно при патологических изменениях в дистальных отделах пазухи и не измененном остиомеатальном комплексе. В клинике оториноларингологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова эндоскопическая ринохирургия существует более 20 лет. При патологии верхнечелюстных пазух активно используется доступ через нижний носовой ход. Поэтому особый интерес представляет определение расположения створки Гаснера в нижнем носовом ходе и выявление соотношения выходного отверстия носослезного канала с местом наложения соустья с пазухой.

Цель. Определить варианты расположения выводного отверстия носослезного канала (створки Гаснера) в нижнем носовом ходе; разработать алгоритм безопасного вмешательства в области нижнего носового хода.

Материалы и методы. На базе клиники оториноларингологии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова в период с января по сентябрь 2014 года было обследовано 100 пациентов, у которых интраоперационно определялось местонахождение выводного отверстия носослезного канала в нижнем носовом ходе. Соотношение мужчин и женщин составило 41 (41%) и 59 (59%). Средний возраст пациентов составил 39 лет.

Всем пациентам выполнялось вскрытие верхнечелюстных пазух. Одностороннее вскрытие пазухи производилось в 68 (68%) случаях, двустороннее в 32 (32%) случаях. Характеристика патологии максиллярных синусов: 42 (42%) случая — кистоподобные образования верхнечелюстных пазух, 25% — хронические полипозные полисинуситы, 18% — инородные тела верхнечелюстных пазух, 15% — хронические верхнечелюстные синуситы.

Оперативное вмешательство осуществлялось в условиях общей или местной анестезии. Местная анестезия применялась при изолированном поражении верхнечелюстных пазух, в этих случаях слизистая оболочка полости носа обрабатывалась 10% раствором лидокаина, после чего выполнялась инфильтрация раствора Ультракаина в область Agger nasi, нижнюю носовую раковину, дно и латеральную стенку полости носа под нижней носовой раковиной). Под контролем ригидных эндоскопов 00 и 300 после медиализации нижней носовой раковины перед перфорированием пазухи производилась идентификация створки Гаснера. С целью определения месторасположения выходного устья носослезного канала пальцевым нажатием на медиальный угол глаза в проекции слезного мешка вызывались пассивные колебательные движения дистальных отделов носослезного канала и поступление слезной жидкости. Следующим этапом, вне зоны слезного канала, одномоментно через все слои распором перфорировалась латеральная стенка полости носа от места прикрепления нижней носовой раковины до дна полости носа протяженностью 1–1,5 см, полученный лоскут отодвигался кзади и медиально.

Через сформированную щель под эндоскопическим контролем из полости пазухи удалялось патологическое содержимое.

Полученные результаты. Идентифицировать выходное устье носослезного канала удалось в 82 (82%) случаях. В 18 случаях створка Гаснера не имела четких анатомических границ. У 12 больных несмотря на анатомическую идентификацию створки, слезная жидкость не поступала при установленной проходимости слезных путей. Это явление можно объяснить применением М-холинолитиков для премедикации, которые уменьшают секрецию слезы.

Латеральная стенка нижнего носового хода нами условно делилась на несколько частей: свод (место прикрепления нижней носовой раковины), верхняя, средняя и нижняя трети. В свode створка Гаснера располагалась в 32 случаях, в верхней трети — в 25, на границе верхней и средней трети — в 14, в средней трети — в 8, в нижней трети — 3.

При проведении двусторонних вмешательств место расположения клапана справа и слева отличались в большинстве случаев.

Выявлены различные варианты выходного отверстия носослезного канала: щелевидная, овальная, круглая, треугольная.

Выводы. В большинстве случаев створка Гаснера располагается в верхних отделах нижнего носового хода. При проведении эндоскопического эндоназального доступа к верхнечелюстной пазухе через нижний носовой ход идентификация створки Гаснера перед формированием соустья позволяет минимизировать риск повреждения носослезного канала.

СТРУКТУРА ОТКАЗОВ КАК ИНДИКАТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ НЕОТЛОЖНОЙ ЛОР-ПОМОЩИ

Галиева Д.Ф. инт. 1 года каф. оториноларингологии

Руководитель темы: *Латыпов Р.В.* асс. каф. оториноларингологии, к.м.н.

КазГМУ, Казань

Патологии ЛОР-органов являются одним из самых распространённых в структуре заболеваний и обращении в лечебные учреждения, которые становятся причиной серьезного снижения качества жизни. Не всегда учитываются, что заболевания ЛОР-органов оказывают значительное влияние на все системы организма и способствуют возникновению заболеваний, их осложнений, являющихся причинами высокой нетрудоспособности. Для оценки эффективного использования ресурсов оториноларингологии, а также повышения преемственности с первичным амбулаторно-поликлиническим звеном необходимо провести анализ структуры отказов по оказанию urgentной ЛОР-помощи.

Цель. Изучение структуры отказов для оценки эффективного использования ресурсов в отделение оториноларингологии ГАУЗ «ЦГКБ № 18» г. Казани.

Материалы и методы. В результате поставленной цели, нами были проанализированы показатели в зависимости от времени и формы обращений, а также изучена структура патологии ЛОР — органов в разрезе нозологических форм в дни оказания неотложной помощи населения города за 2014 год.

В качестве материала исследования были использованы журналы регистрации обращений за оториноларингологической помощью.

Полученные результаты. Общее количество отказов за год составило 2263. Из них самообращения 1146 (50,6%), направлены амбулаторно-поликлиническими учреждениями и частными медицинскими центрами 868 (38,4%), и 249 (11,0%) доставлены каретой скорой помощи.

Анализ структуры отказов по нозологическим формам показало: 45,2% патология носа и околоносовых пазух, 30,4% заболевания уха и 16,3% составляет заболевания глотки и гортани. Структура патологии носа и околоносовых пазух выглядит следующим образом: острый гайморит 22,4%, хронический гайморит 17,7%, носовые кровотечения 9,3%. В структуре заболеваний уха следующая картина: острый наружный отит — 33,5%, острый средний отит — 15,3%, серные пробки — 14,1%. Анализ патологии глотки показала, что фарингит составляет 18,7%, тонзиллит — 14,8%, лакунарная ангина — 13,2%. Из общей структуры заболеваний

патология гортани занимала незначительную долю (1,2%). Большую часть составляют острые и хронические ларингиты — 88%, эпиглоттиты — 8% и хронические стенозы гортани — 4%.

Выводы. Таким образом, 50,6% отказов — это пациенты, самостоятельно обратившиеся за ЛОР помощью и 38,4% направленных из медицинских учреждений без учета критериев госпитализации. В 11,0% случаях имеется не эффективное использование ресурсов службы скорой помощи. Полученные данные свидетельствуют о необходимости ресурсного усиления оториноларингологической службы на всех этапах, в том числе и на уровне амбулаторно-поликлинического звена, что значительно повлияет на доступность, и создаст условия для обеспечения качества оториноларингологической помощи.

ЭЛЕКТРОАКУМЕТРИЯ СУБЪЕКТИВНОГО УШНОГО ШУМА ПРИ НЕКОТОРЫХ НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УХА

Смольский В.В. 3 к. 392 гр. ЛФ, Балзлей А.Г. 3 к. 392 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Барсуков А.Ф.* асс. каф. оториноларингологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Проблема субъективного ушного шума (СУШа), который встречается приблизительно у 8% взрослого населения, является наиболее сложной в патофизиологии слуха. Определение громкости и спектра СУШа играет важную роль в дифференциальной диагностике поражений слуха и позволяет осуществлять его динамический контроль при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий.

Цель. Аудиологическая идентификация спектра и громкости субъективного ушного шума у 24 больных с поражениями слуха в возрасте от 32 до 69 лет: у 13 больных с хронической сенсоневральной тугоухостью (ХСНТ) и у 11 больных с отосклерозом.

Материалы и методы. Для дифференциальной диагностики указанного заболевания всем больным проведен ЛОР-осмотр, камертональные исследования, тональная пороговая аудиометрия в стандартном диапазоне звуковых частот на аудиометре, а также шумометрия СУШа методами баланса громкости и шумограммами перекрытия. Измерения проводились в звукоизолированной камере на клиническом аудиометре «АС-40».

Полученные результаты. Анализ спектрограмм 7 больных с ХСНТ показал преимущественно высокочастотный спектр субъективного ушного шума (53,8%) или «шумовой спектр» у 4 больных (30,8%). У 2 больных с ХСНТ спектр субъективного ушного шума, имеющий характер «треска», определить не удалось. Громкость СУШа у подавляющего большинства больных с ХСНТ была значительной и равнялась в среднем 20 дБ. Аудиологические исследования больных с отосклерозом выявили у 8 больных (72,7%) смешанную и у 3 больных (27,3%) кохлеарную форму заболевания. При шумометрии у этих больных определялся низкочастотный спектр СУШа, соответствующий диапазону частот 125–500 Гц, его громкость в среднем не превышала 10 дБ.

Выводы:

1. Высокочастотный спектр субъективного ушного шума, совпадающий с областью максимального повышения слуховой чувствительности на тоны перцептивного характера, является наиболее типичным у больных с ХСНТ.
2. Громкость шума в ушах у больных с ХСНТ в среднем в 2 раза превосходит таковую у больных с отосклерозом, что позволяет рекомендовать больным с перцептивным поражением слуха препараты, улучшающие церебральный и лабиринтный кровоток.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

АНОФТАЛЬМ И ГЛАЗНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

Уряшева М.А. орд. 2 года каф. офтальмологии

Руководитель темы: *Корелина В.Е.* доц. каф. офтальмологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Глазное протезирование является признанным средством устранения косметического дефекта лица и избавления пациентов от калечащего и часто уродующего состояния при анофтальме. В то же время глазной протез выполняет немаловажную анатомо-физиологическую функцию. Протез защищает конъюнктивальную полость от раздражающего действия внешней среды, препятствует завороту ресничного края век, также выполняя для них опорную роль; предотвращает асимметрию лицевого скелета. Кроме больных, перенесших операцию по удалению глазного яблока, в глазном протезировании нуждаются пациенты с врождёнными аномалиями развития (анофтальмом и микрофтальмом), а также с субатрофией глазного яблока. Основными причинами, приводящими к операциям по поводу удаления глазного яблока, являются терминальная болящая глаукома, внутриглазные опухоли, травма глаза, язва роговицы с перфорацией и др. Имплантация специального вкладыша для формирования культи при выполнении энуклеации способствует более высокой эффективности косметического протезирования. В дальнейшем, при подборе протезов предпочтение отдается индивидуальному протезированию.

Цель. Выявить возможные причины, приводящие к главному протезированию и определить способы повышения эффективности качества протезирования.

Материалы и методы. На базе лаборатории сложного глазного протезирования Диагностического Центра № 7 было осмотрено 46 пациентов: с анофтальмом 39 человек (84, 8%), с врожденными аномалиями 2 человека (4,3%), с субатрофией глазного яблока 5 случаев (10, 9%). Выполнялся комплексный осмотр как первичных пациентов, так и пациентов носящих протез. Производилась обработка конъюнктивальной полости, подбор стандартных и индивидуальных протезов, оценка медицинской документации.

Полученные результаты. У пациентов с анофтальмом чаще всего энуклеация выполнялась по поводу терминальной болящей глаукомы (16 человек, 41%) и злокачественных новообразования сосудистой оболочки и сетчатки (12 человек, 26,1%). Травмы глазного яблока приводили к энуклеации в 20,5% (8 человек), язвы роговицы с перфорацией у 3 человек (7,7%). Энуклеация с имплантацией вкладыша для формирования культи была произведена в 14 случаях (35,8%). Косметический эффект таких энуклеаций был объективно и субъективно выше.

Выводы. Использование современных лекарственных препаратов и совершенствование микрохирургической техники в офтальмологии привели к значительному снижению удалений глазного яблока. Но офтальмологам не всегда удается сохранить зрительные функции и глаз, как анатомический орган от последствий заболеваний различной этиологии и травм. Для увеличения эффективности косметического протезирования рекомендуется: 1. при энуклеации подшивание имплантатов — вкладышей, формирующих культи и увеличивающих подвижность протеза, 2. предпочтение отдавать индивидуальному протезированию, которое позволяет сделать протез идентичный по цвету радужки и склеры здоровому глазу, а также учитывает все особенности формы полости и положения радужки.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Костромина Ю.В. 5 к. 544 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Малеванная О.А. доц. каф. офтальмологии, к.м.н.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Основным направлением в лечении глаукомы является эффективное и рациональное снижение уровня внутриглазного давления (ВГД). Выбор метода снижения ВГД индивидуален и зависит от многих факторов, однако у большинства пациентов лечение начинают с консервативного способа, путем подбора лекарственных препаратов для местного применения, которые должны использоваться больным в соответствии с назначенным ему режимом. Однако большинство больных глаукомой используют назначенные им местные гипотензивные препараты не регулярно. В англоязычной литературе эту проблему обозначили словом «compliance». Комплаентность — это согласие или желание больного следовать назначениям врача, что является особенно важным при глаукоме, поскольку лишь регулярное лечение дает надежду на сохранение зрения.

Цель. Изучить влияние комплаентности на эффективность консервативного лечения больных первичной глаукомой.

Материалы и методы. Изучение комплаентности проводилось методом анкетирования с использованием специально разработанного опросника. В исследование были включены 20 пациентов, страдающих глаукомой, находившиеся на обследовании и лечении в клинике глазных болезней СЗГМУ имени И.И. Мечникова и использовавшие для снижения ВГД местные гипотензивные препараты. Для изучения влияния комплаентности на характер течения глаукомного процесса опрошенными пациентами была предоставлена дополнительная медицинская документация, на основании которой было проведено ретроспективное исследование скорости прогрессирования заболевания среди комплаентных больных и пациентов, неприверженных к лечению.

Полученные результаты. В ходе изучения приверженности к лечению у больных первичной глаукомой респонденты разделились на две группы: комплаентные пациенты (65,2%), то есть те больные, которые всегда независимо от обстоятельств соблюдают назначенный режим местных гипотензивных препаратов, и некомплаентные — пациенты (34,8%), в той или иной степени нарушающие режим лечения. Оценка влияния приверженности к лечению больных первичной глаукомой на характер течения заболевания оценивалось нами по уровню офтальмотонуса, состоянию зрительного нерва и зрительных функций. В группе комплаентных больных среднегодовой уровень офтальмотонуса оставался достаточно постоянным и практически соответствовал уровню «давления цели» для каждой стадии глаукомного процесса в отличие от пациентов, не приверженных лечению. Увеличение размеров экскавации ДЗН отмечалось как у пациентов, регулярно использующих местные гипотензивные препараты, так и у некомплаентных больных. Однако во второй группе больных была отмечена более выраженная степень прогрессирования глаукомной оптической нейропатии. Аналогичная тенденция прослеживается при оценке изменений суммарных границ поля зрения у пациентов исследуемых групп.

Выводы. Большинство пациентов, страдающих первичной глаукомой (65,2%) не привержены к лечению, то есть используют назначенные местные гипотензивные препараты нерегулярно. Комплаентность больных глаукомой непосредственно влияет на эффективность консервативного лечения и, соответственно, на степень стабилизации глаукомного процесса.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ

Техова Г.В. орд. 2 года каф. офтальмологии

Руководитель темы: *Корелина В.Е. доц. каф. офтальмологии, к.м.н.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

По образному выражению Кушинга: «Хиазма — тот перекресток, на котором встречаются офтальмологи, невропатологи, эндокринологи, рентгенологи, отологи и хирурги». Разнообразие

клинических проявлений патологии хиазмально-селлярной области (ХСО) является на сегодняшний день мультидисциплинарной проблемой, требующей применения множества методов исследования. Наиболее частыми опухолями ХСО являются аденомы гипофиза, краниофарингиомы и менингиомы. Из-за воздействия опухоли на перекрещенные волокна, идущие от носовых половин сетчатки, в первую очередь появляются изменения в полях зрения (сужение, до полной битемпоральной гемианопсии). Кроме того, больные часто отмечают некорректируемое снижение зрения, вплоть до амавроза. Настоящая работа посвящена изучению возможностей прогноза восстановления зрительных функций после оперативного лечения опухолей ХСО.

Цель. Изучение возможности прогнозирования изменений зрительных функций после удаления опухоли хиазмально-селлярной области.

Материалы и методы. Было проведено стандартное офтальмологическое обследование и дополнительные методы исследования (УЗИ сосудов головного мозга, ЗВКП) 7 пациентов, прооперированных по поводу гигантских опухолей ХСО. Больные наблюдались в послеоперационном периоде от одной до двух недель.

Полученные результаты:

1 группа: в 2 случаях наблюдалось резкое снижение зрительных функций на второй день после операции (которое сохранялось на протяжении всего времени наблюдения), после «мнимого» субъективного улучшения зрения в первый день. Острота зрения в данной группе по сравнению с исходными данными снизилась в среднем на 85,5%, поля зрения дошли до полной битемпоральной гемианопсии и сужения на 10–15° с носовых сторон. При обследовании пациентов с помощью дополнительных методов исследования был выявлен спазм сосудов головного мозга без ишемического отека зоны оперативного вмешательства.

2 группа: в 2 случаях — была потеря зрительных функций сразу после хирургического вмешательства. У первого пациента из этой группы острота зрения в среднем снизилась на 83%, поля зрения остались на том же уровне. У второго пациента зрительные функции после операции отсутствовали. Также был выявлен вазоспазм, но уже с наличием ишемического отека.

3 группа: в 3 случаях из 7 наблюдалось улучшение зрительных функций на первый день после операции, которое сохранялось в течении всего времени наблюдения. По сравнению с исходными данными острота зрения увеличилась в среднем на 72,8% (в некоторых случаях она составляла 1,0). Поля зрения от остаточных увеличились до темпоральной гемианопсии (в некоторых случаях до нормы).

Выводы:

1. Проблема прогнозирования состояния зрительных функций после оперативного лечения новообразований ХСО затрагивалась достаточно редко и требует дополнительного изучения.
2. Для изучения патогенеза резкого снижения зрительных функций после хирургического лечения опухолей ХСО необходимо провести дополнительный анализ (расширение группы исследуемых, более детальное исследование пациентов в дооперационном периоде с использованием дополнительных методов исследования).
3. Возможность прогнозирования изменения зрительных функций в послеоперационном периоде позволит повлиять на психоэмоциональный статус пациента (снижение агрессии при отсутствии ожидаемого результата).
4. Внедрение дополнительных методов исследования позволит расширить возможности диагностики и адекватного лечения патологии ХСО.

ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПАЮЩИХ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ

Юр-Кирилюк Ю.Д. орд. 1 года каф. офтальмологии

Руководитель темы: *Корелина В.Е.* доц. каф. офтальмологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Среди пациентов офтальмологических стационаров наибольшее количество поступает в плановом порядке для оперативного лечения катаракты. Перед поступлением в стационар пациенты проходят предварительное обследование в поликлинике по месту жительства.

Цель. Выявить частоту встречаемости сопутствующей офтальмологической патологии, влияющей на решение об оперативном лечении, послеоперационный результат, изменение тактики ведения пациентов, поступающих в стационар для оперативного лечения катаракты (факоэмульсификации).

Материалы и методы. Проводился анализ 49 историй болезни пациентов, поступивших для оперативного лечения катаракты в городскую многопрофильную больницу № 2 (ГМПБ № 2) в 4-ое офтальмологическое отделение (4МХО) с 02. 03. 15 по 13. 03. 15. Сопоставлялся диагноз при поступлении, обозначенный в направлении из поликлиники, и клинический диагноз в истории болезни пациентов. Проводился опрос пациентов (знали ли они ранее о наличии иных заболеваний глаз, кроме катаракты). Критерием отбора пациентов в исследование являлось несовпадение диагнозов, выявление впервые сопутствующей офтальмологической патологии. Критерием исключения пациентов из работы после опроса являлись: знание пациента о наличии у них другой офтальмологической патологии, кроме катаракты (при отсутствии этого диагноза в направлении), назначенная ранее терапия (например, пациенты закапывали антигипертензивные капли в связи с глаукомой, что не было отражено в направлении из поликлиники).

Полученные результаты. У 16 из 49 пациентов при обследовании выявлены расхождения в формулировке диагнозов, имеются впервые выявленные диагнозы. Открытоугольная глаукома или подозрение на глаукому — 7 пациентов; возрастная макулодистрофия — 5 пациентов (сухая форма — 4, влажная форма — 1); подвывих хрусталика — 2 пациента; передняя ишемическая нейрооптикопатия, окклюзия центральной артерии сетчатки — 1 пациент, тромбоз центральной вены сетчатки — 1 пациент, посттромботическая ретинопатия с макулярным отеком — 1 пациент, пролиферативная диабетическая ретинопатия с кровоизлиянием в стекловидное тело — 1 пациент, хронический окулярный ишемический синдром, хронический ишемический увеит с гифемой — 1 пациент, эндотелиальная дегенерация роговицы — 1 пациент. У 5 пациентов сочеталось несколько впервые выявленных патологий. Всем пациентам с впервые выявленными заболеваниями потребовалось дополнительное обследование, 5 пациентам планируемая операция была отменена, поскольку понадобились другие виды лечения.

Выводы. Качественное обследование пациентов необходимо для своевременного выявления сопутствующих заболеваний глаз, которые могут повлиять на течение как самой операции, так и послеоперационного периода. Также, качественное обследование перед плановым оперативным лечением катаракты не только позволяет прогнозировать результат операции, но и зачастую позволяет выявить экстренные состояния, требующие незамедлительного лечения.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Исурина А.С. 6 к. 641 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Малеванная О.А.* доц. каф. офтальмологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Для оценки течения и эффективности лечения пациентов, страдающих глаукомой, врачи-офтальмологи ориентируются в основном на объективные показатели: состояние зрительных функций, изменения сетчатки и зрительного нерва, уровень внутриглазного давления и так далее. Однако эти показатели не оценивают самочувствие больных, а также удовлетворенность пациентов своей жизнью и лечением. Данные о качестве жизни (КЖ) — это тот необходимый компонент, который наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяет составить полную и объективную картину болезни.

Цель. Оценка КЖ больных глаукомой, а также выявление факторов, влияющих на него.

Материалы и методы. Исследование КЖ больных глаукомой проводилось методом анкетирования с использованием специально разработанного опросника, в который вошли вопросы, позволяющие оценить КЖ больных дома и вне дома, изучить социальные и психологические аспекты КЖ данной группы больных, а также определить основные факторы,

снижающие его. В исследование было включено 20 больных глаукомой, находившихся на обследовании и лечении в клинике офтальмологии ГБОУ ВПО СЗГМУ имени И.И. Мечникова.

Полученные результаты. При опросе было выявлено, что 23% пациентов испытывают трудности, из-за состояния своего зрения, при попытке самостоятельно вымыться, одеться, 33% — при уборке квартиры, 30% — при приготовлении обеда, завтрака или ужина. 88% пациентов отмечали затруднения при чтении книг и периодических изданий (в условиях оптимальной очковой коррекции), из них 53% пациентов отмечали значительные затруднения. 72% пациентов испытывают ограничения при просмотре телепередач. Выполнение мелкой домашней работы вызывает затруднения у 88%, причем почти у половины пациентов (46%) — значительные затруднения. При исследовании качества жизни больных глаукомой вне дома было выявлено, что в основном респонденты испытывают трудности при передвижении по улице в вечернее время (86%) и переходе через дорогу (60%) особенно при плохих погодных условиях (93%). 67% пациентов также отмечают затруднения при чтении уличных надписей и при распознавании номера подходящего транспорта. При оценке эмоционального благополучия, как показателя КЖ больных глаукомой было выявлено, что подавляющее большинство из них (90%) испытывают беспокойство и тревогу за свое зрение. В ходе исследования были определены основные факторы, приводящие к снижению КЖ больных глаукомой: недостаточный уровень медицинской информированности пациентов с ПОУГ о сущности своего заболевания, наличие «психологического давления» диагноза глаукомы на сознание больного, низкие зрительные функции больных, ограничивающие их жизнедеятельность, а также необходимость постоянного диспансерного наблюдения и лечения данной категории больных.

Выводы. В ходе исследования было выявлено снижение качества жизни больных, страдающих ПОУГ, так как подавляющее большинство пациентов отмечают значительные ограничения, связанные со снижением зрительных функций, при повседневной деятельности (в быту и вне дома). Для улучшения качества жизни необходимо информировать больных глаукомой и их родственников о сущности данного заболевания, так как достоверная информация позволяет им лучше адаптироваться в новых условиях, уменьшает ощущение напряжения и страха, повышает приверженность к лечению и качество жизни больных.

ЭФФЕКТИВНОЕ И БЕЗОПАСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО КОНЬЮНКТИВИТА

Межебовская О.И. инт. 2014 года каф. офтальмологии

Руководитель темы: *Корелина В.Е.* доц. каф. офтальмологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Хронический аллергический конъюнктивит — это заболевание, характеризующееся наличием воспалительной реакции слизистой оболочки глаза на аллергены (факторы, не вызывающие воспалительной реакции у других людей). Аллергические конъюнктивиты поражают примерно 15% населения и являются частой проблемой в офтальмологии и общей медицинской практике. По данным мировой статистики, в последние годы наблюдается всплеск аллергических заболеваний. 91, 2% людей, страдающих сезонными аллергическими реакциями, имеют глазные поражения. Хронический аллергический конъюнктивит вызывает сильный зуд, гиперемию, слезотечение, отек век. Перечисленные симптомы значительно снижают качество жизни пациентов. В связи с чем, лечение хронических конъюнктивитов является важной задачей врачей-офтальмологов амбулаторного звена.

Цель. Изучить эффективность и безопасность действия нового противоаллергического препарата — дженерика Алопаталлерг и сравнить ее с эффективностью и безопасностью оригинального препарата Опатанол.

Материалы и методы. На базе офтальмологической клиники СЗГМУ им. И.И. Мечникова было осмотрено 63 пациента с хроническим аллергическим конъюнктивитом в возрасте от 18 до 60 лет. Больные были разделены на 2 группы: 1-я (31 пациент) получали лечение препаратом Опатанол; 2-я (32 пациента) — препаратом-дженериком Алопаталлерг. Курс лечения составил

14 дней. Всем больным выполнялось комплексное офтальмологическое обследование. Контрольные осмотры проводились на 1, 3, 5, 7 и 14 день от начала использования препаратов.

Полученные результаты. В ходе исследования было выявлено, что у пациентов обеих групп регресс симптомов хронического конъюнктивита наблюдался с третьего дня лечения (уменьшение количества слизистого отделяемого, постепенное уменьшение отека и гиперемии век, отека и инъекции конъюнктивы). На 5–7-й день лечения все пациенты отмечали уменьшение зуда и слезотечения. К окончанию курса терапии у большинства больных признаки обострения хронического аллергического конъюнктивита удалось купировать. Важно отметить, что никаких побочных явлений в исследуемых группах не наблюдалось.

Выводы. Препарат-дженерик Алопаталлерг обладает высокой противоаллергической активностью. Не уступает по своей эффективности оригинальному препарату Опатанол. Является более доступным, так как цена препарата в аптеках розничной сети значительно ниже, чем у оригинального препарата, что имеет большое значение для лечения хронического конъюнктивита у лиц с небольшим достатком (пенсионеры, студенты и т. д.) Таким образом, использование Алопаталлерга значительно расширяет возможности лечения хронических аллергических конъюнктивитов во всех социальных группах.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ ОТ ВОСХОДЯЩЕГО ПАРАЛИЧА ЛАНДРИ

Лагодская Л.И. 5 к. 3 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Лагодская И.Я.* асс. каф. патологической анатомии, к.м.н.

ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Причина возникновения синдрома воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии, описанного французскими врачами Гийеном и Барре в 1916 г., остается недостаточно выясненной. Известно, что заболевание развивается зачастую после предшествующей острой инфекции и рассматривается как аутоиммунное с деструкцией нервной ткани. Характеризуется возникновением воспалительных инфильтратов в периферических нервах, корешках, сочетающихся с сегментарной демиелинизацией. Заболевание начинается с появления общей слабости, повышения температуры тела до субфебрильных цифр, болей, мышечной слабости в конечностях, парестезий в дистальных отделах рук и ног, иногда вокруг рта и в языке. В подавляющем большинстве случаев исход заболевания благоприятный, но наблюдаются формы, протекающие по типу восходящего паралича Ландри с распространением параличей на мышцы туловища, рук и бульбарную мускулатуру, что может приводить к смерти.

Цель. Анализ летальных случаев от воспалительной демиелинизирующей полирадикулоневропатии по типу восходящего паралича Ландри.

Материалы и методы. Истории болезней из архива УЗ «ГОКБ» пациентов, умерших от паралича Ландри, и протоколы вскрытий из архива Гродненского областного ПАБ.

Полученные результаты. Изучены и проанализированы материалы пятерых пациентов, умерших от синдрома Гийена–Барре, типа Ландри. Четверо из них — мужчины, в возрасте 23, 48, 49 лет и 51 года и одна женщина 66 — летнего возраста. У всех мужчин отмечалось острое течение заболевания, а у женщины — подострое. У всех умерших развитию синдрома предшествовало перенесенное ОРВИ. Сроки пребывания в стационаре до наступления летального исхода, а следовательно, скорость развития заболевания, были разными и, можно предположить, зависели от исходного состояния и сопутствующих заболеваний пациентов. Так, у женщины болезнь после госпитализации развивалась стремительно, в течение трех дней, а в анамнезе у нее отмечались паркинсонизм и лейомиосаркома матки. У мужчин сроки пребывания в стационаре составили 12, 16, 24 и 116 дней. Интереснее всего развивалось заболевание у 49-летнего мужчины, дольше всех пробывшего в стационаре, с периодическими улучшениями и следующими за ними ухудшениями состояния двигательной активности конечностей и спонтанного дыхания. Из анамнеза известно, что он занимался спортом (играл в футбол) и вел здоровый образ жизни. У всех умерших заболевание начиналось классически с появления затруднения глотания, дыхания, слабости и нарушений активных движений в нижних конечностях. Впоследствии присоединялись слабость и отсутствие активных движений в мышцах верхних конечностей, развивался грубый вялый тетрапарез, парез мимической мускулатуры, дыхательных мышц, мускулатуры мочевого пузыря, исчезала способность разговаривать, пережевывать и глотать пищу. Ввиду невозможности спонтанного дыхания все больные переводились на аппаратное дыхание. В легких у них развивались застойная пневмония, у некоторых с абсцедированием, и последующая эмфизема. У всех умерших в головном и спинном мозге были обнаружены отек, множественные мелкие очаги некрозов, выраженная демиелинизация серого вещества и воспалительные инфильтраты вдоль корешков спинномозговых нервов.

Выводы. Несмотря на похожесть отдельных симптомов, проявлений, синдром Гийена–Барре как аутоиммунное заболевание в каждом конкретном случае протекает индивидуально, с особенностями, присущими тому или иному организму.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гасанова М.Г. 3 к. 384 гр. ЛФ, Писклина А.В. 3 к. 384 гр. ЛФ,

Семенов С.С. 3 к. 384 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Винничук С.А. доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Рак поджелудочной железы занимает 6 место по распространенности среди онкологических заболеваний. Ежегодно в мире регистрируется до 200 тысяч новых случаев заболевания, а до 90% больных раком этой локализации умирают в течение года после установления диагноза (Важенин А.В., 2012).

Цель. Изучение гистологических особенностей злокачественных опухолей поджелудочной железы, связи хронического панкреатита и рака поджелудочной железы.

Материалы и методы. По материалам центрального патологоанатомического отделения СЗГМУ им. И.И. Мечникова нами были проанализированы результаты гистологических исследований и проведена микроскопия операционного и биопсийного материала пациентов с подозрением на злокачественные опухоли поджелудочной железы за 2011–2014 гг. Изготовленные по стандартной методике микропрепараты, изучались при помощи микроскопа Micros MC20 с увеличением $\times 100$ и $\times 400$. Оценивалось наличие атипии, полиморфизма, воспалительных и склеротических изменений поджелудочной железы, качественный состав инфильтрата.

Полученные результаты. В ходе исследования было выявлено 27 случаев рака поджелудочной железы, среди которых 11 женщин (40, 7%) и 16 мужчин (59, 3%), в возрасте от 43 до 79 лет. Средний возраст больных составил 61 год. При гистологическом исследовании в 24 случаях диагностировалась протоковая аденокарцинома (88%), в 1 — инсулома (4%), в 1 — карциноид (4%) и в 1 случае был выявлен плоскоклеточный рак (4%). По уровню дифференцировки наибольшее число наблюдений было представлено низкодифференцированным раком — 12 (44, 4%), также имели место умереннодифференцированные — 8 (29,6%) и высокодифференцированные — 7 (26%) формы опухолей. Хронический панкреатит обнаруживался у всех больных, а в 23 случаях (85%) имелись признаки длительно существующего воспалительного процесса: выраженный склероз и умеренная или выраженная лимфоцитарная инфильтрация, иногда с признаками обострения. В 9 наблюдениях были выявлены метастазы, чаще всего в печень (6), реже в двенадцатиперстную кишку (2) и ткань сальника (1). При сличении клинических и патологогистологических диагнозов выявлено 1 расхождение, когда в клиническом направлении диагнозе фигурировал хронический панкреатит.

Выводы. Проанализировав результаты, было установлено, что наиболее распространенной гистологической формой рака поджелудочной железы является протоковая аденокарцинома. Гистологическая картина в подавляющем большинстве случаев позволяет сделать вывод, что довольно часто рак поджелудочной железы развивается на фоне хронического панкреатита.

ВТОРИЧНЫЙ МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НА ФОНЕ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ХОДЖКИНА

Власик Р.А. 3 к. 301 гр. МПФ, Николаев И.Ю. 3 к. 301 гр. МПФ,

Большакова В.Ю. орд. 2 года каф. патологической анатомии

Руководитель темы: *Калинина Е.Ю. доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

За последние годы в лечении болезни Ходжкина (БХ) достигнуты большие успехи. Радикально изменилась стратегия терапии БХ: заболевание лечится комбинировано с помощью полихимиотерапии (ПХТ) с последующим консолидирующим облучением. Заболевание, считавшееся ранее неизлечимым, сегодня излечивается у 70% больных. После того, как стало возможным полное излечение БХ, возникла проблема осложнений проведенного лечения. Все

осложнения можно разделить на две группы. В первую входят осложнения, непосредственно связанные с токсическим воздействием ПХТ и лучевой терапии (ЛТ) на организм: лучевые пневмониты и пневмосклероз, миокардиодистрофия, гипофункция желез внутренней секреции, иммунодефицитные состояния и инфекционные осложнения, нарушения костеобразования и др. Другую составляют вторично индуцированные злокачественные опухоли, с увеличением частоты возникновения острого миелолейкоза и вторичного миелодиспластического синдрома.

Полученные результаты. Разбор клинического случая. У пациента 53 лет в январе 2012 г. диагностирована классическая лимфома Ходжкина, нодулярный склероз, grade2 (CD30 CD3 — CD15 — CD20-), при трепанбиопсии костного мозга признаков поражения не выявлено. Пациенту с февраля по апрель 2013 г. тремя курсами проведена программная химиотерапия по схеме BEACOPP escalated, в декабре-январе 2013–2014 г. г. 2 курса ПХТ ДНАР (дексаметазон, цисплатин, цитозар) гранулоцитарный колониестимулирующий фактор (Г-КСФ) нейпомакс, после чего диагностирована полная ремиссия, позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) негативная. С 31. 01. 14 г. проведен курс высокодозной ПХТ DexamLEAM R, с 01.04.14 г курс LEAM, 07. 04. 2014 выполнена аутологичная трансплантация периферических стволовых клеток крови (ПСКК). В августе 2014 г. диагностирована ремиссия, увеличения лимфатических узлов не обнаружено. В декабре 2014 г. экстренно госпитализирован в отделение онкогематологии № 2 ЛОКБ в состоянии средней степени тяжести, с сильной слабостью, одышкой при минимальной физической нагрузке, лихорадкой выше 380С. У пациента диагностирован вторичный миелодиспластический синдром, рефрактерная анемия с избытком бластов (RAEB-2), вторичный, ассоциированный с предшествующей ХТ. Комплексные изменения кариотипа с вовлечением 16, 21 и 22 хромосом. Нейролейкоз? На 6-е сутки госпитализации развился генерализованный судорожный припадок, после чего в сознание пациент не приходил, находился на ИВЛ и скончался. При аутопсии опухолевого поражения лимфатических узлов не выявлено, диагностирован вторичный миелодиспластический синдром с трансформацией в острый лимфобластный лейкоз с поражением в виде лейкоэмийной инфильтрации костного мозга, оболочек и вещества головного мозга, легких, почек, миокарда, поджелудочной железы, печени и селезенки с развитием гепатомегалии и гиперспленизма, осложнившийся сепсисом. Так же была выявлена аденокортикальная карцинома левого надпочечника.

Выводы. Выявленные изменения, вероятно, обусловлены неблагоприятным воздействием полихимиотерапии и лучевой терапии, проведенных по поводу лимфомы Ходжкина, что подтверждает необходимость особого внимания при выборе терапевтической стратегии при БХ, повышения качества лечения со снижением токсичности применяемых методов, профилактики осложнений и раннего выявления вторично индуцированных опухолей.

ГИГАНТСКИЕ МНОГОЯДЕРНЫЕ КЛЕТКИ

¹Чупров А.И. 2 к. Биотехнология гр. ЕГиТ

Руководитель темы: ²Чупров И.Н. проф. каф. патологической анатомии, д.м.н.

¹ЛГУ им. А.С. Пушкина

²СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Гигантские клетки — это клетки, превосходящие своей величиной обычные виды клеток. Понятие гигантские клетки не вполне точное, так как иногда невозможно бывает установить определенную границу между крупной и гигантской клеткой. Встречаются гигантские клетки как в нормальных тканях, так и при заболеваниях. В нормальных тканях встречаются гигантские клетки: 1) с одним большим ядром (мегакарициты костного мозга) и 2) со многими ядрами (поликарициты). Первые возникают за счет нарушения процессов деления клетки и встречаются всегда в островках кроветворения: в красном костном мозге, зародышевой печени и селезенке. Среди наиболее часто встречающихся при патологических условиях гигантских клеток различают два главных типа. Первый — это встречающийся чаще всего при туберкулезе клетки Лангханса (Langhans). Второй тип, встречающийся при рассасывании в тканях инородных тел, — так называемые «гигантские клетки инородных тел».

Цель. Сравнительное изучение гигантских многоядерных клеток Ланганса и клеток инородных тел

Материалы и методы. При проведении исследования использовались готовые микропрепараты срезов тканей, содержащих гранулемы с клетками Ланганса и клетками инородных тел. Ткани фиксировались в 10% нейтральном формалине, препараты изготавливались методом стандартной парафиновой проводки. Использованы окраски: гематоксилином и эозином, по методу Циля–Нильсена. Изучены 23 препарата с клетками Ланганса и 20 препаратов с клетками инородных тел. Микропрепараты были исследованы при помощи микроскопа Nikon eclipse i80 при малом и большом увеличении (x100, x400, x1000). Микропрепараты фотографировались при помощи цифровой камеры Nikon и персонального компьютера на базе Intel Pentium 4.

Полученные результаты. Гигантские многоядерные клетки Ланганса — это крупные клетки округлой или овальной формы, содержащие небольшие ядра, расположенные по периферии клетки в виде «короны» или «подковы». Количество ядер в клетке колеблется от 16 до 53 (среднее 37). Ядра двух типов: удлинённые овальной формы, интенсивно базофильные, тесно прилежат друг к другу, располагаются чаще в виде подковы, количество в среднем 42 ядра в клетке. Второй тип — более округлые, светлые, количество их в среднем 28 ядер в клетке. Клетки Ланганса взаимодействуют с окружающими клетками, во многих препаратах обнаружены лимфоциты, прилежащие к клеткам Ланганса или лежащие внутри цитоплазмы. Гигантские многоядерные клетки инородных тел — крупные клетки различной формы, содержащие округлые ядра средних размеров. Ядра располагаются беспорядочно по всей цитоплазме клетки. Количество ядер в клетке — 58–81 (среднее 72). В цитоплазме отдельных клеток инородных тел обнаружены инородные частицы.

Выводы. Особенности гигантских клеток Ланганса являются крупные размеры, наличие большого (до 40) количества ядер, которые располагаются эксцентрично с одной стороны в форме подковы или короны. В гигантской клетке инородных тел количество ядер значительно больше — до 100, они располагаются преимущественно в центре клетки. Оба типа гигантских клеток отличает отсутствие лизосом, фагоцитоз в них подменяется эндцитобиозом.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИМФАДЕНОПАТИЙ СРЕДОСТЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ И САРКОИДОЗЕ

Царегородцева А.Д. 3 к. 387 гр. ЛФ, Рысев Г.А. 3 к. 339 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Новицкая Т.А.* доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Туберкулез легких является одним из наиболее распространенных инфекционных заболеваний органов дыхания. Частым осложнением туберкулеза легких является лимфаденит средостения. Воспаление лимфатических узлов средостения также может быть осложнением саркоидоза легких. При обоих процессах в лимфоузлах образуются гранулемы, морфологически дифференцировать которые на ранних стадиях, т. е. до появления казеозного некроза невозможно.

Цель. Поиск дифференциально-диагностических критериев, позволяющих наиболее точно различить лимфадениты при саркоидозе и туберкулезе. Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

- 1) детально изучить состав гранул при саркоидозе и туберкулезе;
- 2) выявить различия в строении и клеточном составе гранул;
- 3) проанализировать полученные данные и выбрать наиболее достоверный дифференциально-диагностический признак.

Материалы и методы. Были проведены гистологические исследования операционного и биопсийного материала — лимфатических узлов средостения пациентов с туберкулезом и саркоидозом. Препараты изучались с применением обзорных окрасок (Н/Е), окраски по Цилю–Нильсену для выявления МБГ, а также ИГХ методов для определения прогрессии специфических рецепторов лимфоцитов (CD-3, CD-4, CD-8, CD-20) и коллагена 4 типа.

Полученные результаты. В ходе исследования были выявлены морфологические различия в строении и клеточном составе гранулем: в туберкулезной грануле обнаруживается больше гигантских клеток Пирогова–Лангханса, чем в саркоидозной, в которой преобладают клетки инородных тел. Данный признак прослеживался не во всех препаратах, что делало его не достоверным. При ИГХ исследовании были выявлены более значимые различия в клеточном составе гранулем. Количество лимфоцитов CD-3: при туберкулезе насчитывается не более 20 клеток в грануле, при саркоидозе — около 40. CD-4-клетки при туберкулезе полностью отсутствуют, в то время как при саркоидозе обнаруживаются единичные клетки в отдельных гранулах. Лимфоциты CD-8 повсеместно присутствуют по периферии саркоидозных гранул (>100 клеток), что резко отличается от гранулемы при туберкулезе — не более 30 CD-8 клеток по периферии гранулы. Гранулемы резко отличаются по количеству лимфоцитов CD-20: при туберкулезе — единичные клетки в интерстиции; при саркоидозе — повсеместно, полностью окружают гранулемы, наблюдаются единичные CD-20 клетки в центре гранулем. ИГХ исследование на коллаген 4 типа также принесло положительные результаты: при саркоидозе коллаген-4 практически отсутствует, обнаруживается только в следовых количествах вокруг сосудов. При туберкулезе коллаген-4 обнаруживается повсеместно в интерстиции и вокруг гранул, в центре гранулем отсутствует.

Выводы:

1. Морфологически различить гранулемы при саркоидозе и туберкулезе ЛУ средостения до появления казеозного некроза невозможно без применения специальных методов.
2. Клеточный состав туберкулезной гранулемы резко отличается от состава гранулемы при саркоидозе, что можно выявить методом ИГХ.
3. Наиболее достоверным дифференциально-диагностическим критерием является разное количество лимфоцитов определенных кластеров дифференцировки.

ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ASCA И MBL У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Плищенко И.К. 3 к. 339 гр. ЛФ, Альбицкая А.А. 3 к. 339 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Новицкая Т.А.* доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Отсутствие достоверных данных об этиологии болезни Крона (БК) создает сложности в его диагностике и лечении. Проведение анализов на ASCA и MBL для диагностики заболевания дает положительные результаты, однако причина изменения их показателей остается до конца не выясненной.

Цель. Изучение зависимости между данными анализов на ASCA и MBL у пациентов с болезнью Крона и степенью тяжести патологического процесса.

Материалы и методы. Проводились изучение 31 истории болезни пациентов, в которых содержались данные о проведении анализов на ASCA и MBL, гистологическое исследование биоптатов. Изучались зарубежные научные статьи, посвященные вопросам изучения анализов на ASCA и MBL и их роли в диагностике БК.

Полученные результаты. Антитела к *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) — это иммуноглобулины, взаимодействующие с гликопротеином клеточной стенки пекарских дрожжей *Saccharomyces cerevisiae*. ASCA представлены иммуноглобулинами двух классов: IgG и IgA. Маннозсвязывающий лектин (MBL) играют одну из основных ролей в процессах распознавания PAMP (патоген-ассоциированные молекулярные паттерны) инфекционных агентов и регуляции иммунного ответа. При оценке тяжести течения патологического процесса у данных пациентов были получены результаты: легкая степень тяжести течения со средним значением индекса Беста=203 балла (min=179, max=219) была отмечена у 11 человек (35%); средняя степень тяжести течения со средним значением индекса Беста = 297 баллов — у 12 человек (39%) (min=230, max=403), тяжелое течение со средним значением индекса Беста = 458 баллов (min=450, max=472) — у 8 человек (26%). При сопоставлении данных анализов на ASCA/MBL и результатов оценки тяжести патологического процесса у пациентов, была

выявлена закономерность: у больных с легкой степенью тяжести патологического процесса средние значения MBL составили 1350 нг/мл (± 180) (min=660, max=2285) ASCA–21 МЕ/мл (± 3) (min=8, max=38), ASCA/MBL=1: 64; со среднетяжелой степенью тяжести MBL–890 нг/мл (± 103) (min=612, max=1484), ASCA–38 МЕ/мл (± 2 , 5) (min=22, max=49), ASCA/MBL=1: 23; с тяжелой степенью тяжести MBL–610 нг/мл (± 29) (min=505, max= 726), ASCA–46 МЕ/мл (± 3 , 5) (min=35, max=64), ASCA/MBL=1: 13.

Выводы. Итогом данного исследования стало подтверждение зависимости между изменениями показателей ASCA /MBL и степенью тяжести патологического процесса:

- 1) числовые значения анализов на ASCA возрасли пропорционально степени тяжести патологического процесса при БК;
- 2) у пациентов с тяжелой степенью атаки БК числовые значения MBL в сыворотках крови были намного меньше, чем у пациентов с легкой/средней степенью тяжести атаки БК;
- 3) соотношение ASCA/MBL в анализах больных росло пропорционально степени тяжести патологического процесса.

ЗАВИСИМОСТЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ОТ СТЕПЕНИ ОБСЕМЕНЕННОСТИ *H. PYLORI* У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Трофимова К.Н. 4 к. 406 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Корнева Ю.С.* асс. каф. патологической анатомии, к.м.н.

СГМА, Смоленск

Проблема взаимосвязи колонизации микроорганизмом *H. pylori* слизистой оболочки желудка у детей с характером повреждения самой слизистой оболочки и особенностями такого повреждения является одной из ведущих, как в научном, так и в практическом плане, учитывая доказанную патогенетическую роль данной бактерии в развитии многих заболеваний желудочно-кишечного тракта у взрослых.

Цель. Выявить и сравнить зависимость степени выраженности морфологических параметров (активность, воспаление, атрофия, метаплазия) слизистой оболочки желудка от возраста и степени обсемененности *H. pylori* у взрослых и детей.

Материалы и методы. Исследовано 97 гастробиоптатов пациентов в возрасте от 19 до 83 лет (средний возраст 59,1 года) — группа I, и 40 гастробиоптатов пациентов в возрасте от 6 до 17 лет (средний возраст 13,4 года) — группа II. Во всех случаях морфологически был верифицирован *H. pylori*-ассоциированный хронический гастрит, оценка изменений слизистой оболочки желудка проводилась согласно Сиднейской классификации. Статистическая обработка данных (поиск корреляционных связей) выполнена в программе STATISTICA 6.0 с использованием критерия Спирмена (R), результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Полученные результаты. Оценка корреляций между морфологическими параметрами и степенью обсемененности слизистой оболочки желудка *H. pylori* в исследуемых группах выявила следующие значимые связи: в группе I выявлена умеренная положительная связь между степенью воспаления и степенью обсемененности ($R = 0,48$, $p < 0,01$); аналогичная связь выявлена между степенью активности и степенью обсемененности ($R = 0,34$, $p < 0,01$), а также слабая отрицательная связь между степенью атрофии и обсемененностью ($R = -0,20$, $p < 0,05$). В группе I выявлены слабые отрицательные связи между возрастом и степенью воспаления ($R = -0,24$, $p < 0,05$), возрастом и активностью ($R = -0,25$, $p < 0,05$), а также слабая положительная связь между возрастом и степенью метаплазии ($R = 0,24$, $p < 0,05$). В группе II между морфологическими параметрами не выявлено статистически значимых связей ни со степенью обсемененности *H. pylori*, ни с возрастом пациента.

Выводы. Степень выраженности морфологических изменений в слизистой оболочке желудка при *H. pylori*-ассоциированном хроническом гастрите у детей не зависит от степени обсемененности слизистой *H. pylori* и возраста ребенка. У лиц зрелого и пожилого возраста определяется положительная корреляционная связь между степенью контаминации слизистой оболочки *H. pylori* и выраженностью воспалительных изменений, а также отрицательная связь между степенью контаминации и атрофией. С возрастом в данной группе отмечается снижение

воспалительных изменений при нарастании выраженности метаплазии. Таким образом, результаты работы в основном отражают общие свойства реактивности организма в зависимости от возраста: снижение защитных сил организма в виде воспаления при повышении риска развития предраковых изменений слизистой оболочки желудка.

ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-9 ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА В ТОЛСТОЙ КИШКЕ

¹*Петрушко М.Ю.* 3 к. 23 гр. ЛФ,

¹*Штабинская Т.Т.* асп. 3 года каф. патологической анатомии

Руководители темы: ²*Басинский В.А.* проф. каф. патологической анатомии, д.м.н.,

¹*Маршалэк А.К.* проф. каф. клинической патоморфологии, д.м.н.

¹**ГрГМУ, Гродно, Белоруссия**

²**Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Torun**

Белки, участвующие в неоангиогенезе, могут стать биомаркерами, позволяющими выявить рак толстой кишки на ранней стадии и улучшить стратегию его лечения. Матриксная металлопротеиназа 9 (ММП-9) принимает участие в процессах воспаления, ремоделирования ткани и репарации, мобилизации матрикссвязанных факторов роста и процессинга цитокинов. Помимо влияния ММП-9 на процессы инвазивного роста и метастазирования доказано участие ММП-9 и на более ранних этапах развития опухолевого процесса.

Цель. Сравнить уровни экспрессии ММП-9 в левосторонних (ЛР) и правосторонних (ПР) раках толстой кишки (РТК).

Материалы и методы. Материалом для исследования стали 72 наблюдения РТК, резецированного у 29 мужчин и 43 женщин в период с 2001 по 2011 гг. в Гродненском ООД. Иммуногистохимическое исследование выполнено на серийных парафиновых срезах ткани опухолей с использованием мышинных моноклональных антител к ММП-9 (Dako A0150) по стандартной методике. Оценку уровня экспрессии проводили с x20 увеличением объектива в 5 полях зрения, так называемых «hot-spot». Для оценки уровня экспрессии была использована шкала Remmele-Stegner. Статистический анализ проводили с использованием STATISTICA 10.0 (SNAXAR207F394425FA-Q).

Полученные результаты. Статистически значимых различий по локализации рака в зависимости от возраста и пола выявлено не было ($p>0,05$). Больные РТК на момент операции в 11 случаях (15,4%) имели I стадию, 91% из них составили раки дистальных отделов. В 14 случаях (19,4%) обнаружен рак на II стадии, который был выявлен только при левосторонней его локализации, в 35 (48,6%) — на III, при этом соотношение по локализации составило 1 : 3 в пользу дистальных отделов (71,5%). У 12 пациентов (16, 6%) выставлена IV стадия, из них в 16,7% был диагностирован рак в правых отделах. При этом большинство пациентов с ПР в момент его обнаружения имели 3 стадию заболевания (ШВ-С — 76,9%) ($p=0,004$). Наличие регионарных метастазов отмечено у 44 пациентов (61,1%): в ПР — 84,6% случаев и 64, 4% в ЛР ($p=0,05$). Прорастание в соседние органы и ткани выявлено в 6 случаях (8, 3%) при этом 5 из них оказались ЛР. На момент постановки диагноза у 12 больных (16, 6%) имелись гематогенные метастазы, у 7 (58,3%) из них в течение 5 лет появились новые. При этом отдаленные метастазы обнаружены у 15,4% пациентов с ПР и 16, 9% с ДР. Гистологически: G1 выставлен 29 (40, 2%) больным, G2 — 26 (36,1%), G3 — 17 (23,7%). У 8 из 13 пациентов (61,5%) с ПР и у 9 из 59 (15,2%) с ЛР была верифицирована высокогрейдная аденокарцинома ($p=0,001$). За период наблюдения у 24 пациентов (33,3%) были выявлены рецидивы. Чаше рецидивировали ЛР (91,6%). Но рецидивы после операции на проксимальных отделах выявлялись через 11,3 месяца, а на дистальных — через 27,5 месяца ($p<0,05$). 41 пациент (57%) от момента постановки диагноза прожил больше 5 лет. У 7 при этом был ПР, что составило 53,8% от всех опухолей данной локализации и у 34 пациентов — ЛР — 57,6% от всех дистальных раков. Статистически значимых различий в экспрессии ММП9 в зависимости от локализации рака не было. Большинство раков выявляется на поздних стадиях. В связи с этим мы сравнили экспрессию ММП-9 у пациентов с 3–4 стадией рака в зависимости от локализации. Уровень его экспрессии в стромальном компоненте опухоли выше в ЛР по сравнению с ПР, которые рецидивировали чаще.

Выводы. Необходимо продолжить исследования взаимосвязи экспрессии MMR9 в колоректальном раке с другими маркерами неоплазии, учитывая клиническую и морфологическую гетерогенность опухоли.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЛЕКТРОДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПИГМЕНТНЫХ МЕЛАНОМ КОЖИ ПРИ ПОМОЩИ ПРИБОРА СВЧ ТОМОГРАФИИ

Епишкина А.А. 5 к. 535 гр. ЛФ, Гребенкин Е.В. 5 к. 535 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Орлинская Н.Ю.* проф. каф. патологической анатомии, д.м.н.

НиЖГМА, Нижний Новгород

Меланома кожи наиболее агрессивная опухоль с лимфогенным и гематогенным метастазированием и неблагоприятным прогнозом при позднем выявлении. Ранняя инвазивная диагностика меланомы невозможна, поэтому возникает необходимость разработки неинвазивных методов, одним из которых может стать ближнеполюсная СВЧ-томография.

Цель. Провести оценку электродинамических характеристик кожи в норме и при меланоме кожи с использованием ближнеполюсной СВЧ-томографии.

Материалы и методы. Объектом для данного исследования стали пациенты I хирургического отделения областного онкологического диспансера г. Нижнего Новгорода. Средний возраст пациентов составил $45 \pm 3,1$ лет. Пациенты были разделены на три группы — нормальная кожа, невус и меланома. Замеры электродинамических характеристик кожи проводились с использованием трех датчиков с зондирующей способностью: 0, 6 мм, 1 мм, 1,5 мм. Пациентам с диагнозом невус и меланома кожи проведено удаление опухоли. При морфологическом исследовании операционного материала в случаях меланомы дана сравнительная оценка уровня инвазивного роста по Кларку и по Бреслоу.

Полученные результаты. В группе исследуемых кожи без патологии показания первого датчика варьировали в диапазоне ϵ — эффективная диэлектрическая проницаемость (23–26), показания второго датчика находились в диапазоне ϵ (26–33), третьего датчика ϵ (42–46). В группе диагноз — невус кожи показания первого датчика варьировало в диапазоне ϵ (20–25), показания второго датчика находились в диапазоне ϵ (32–34), третьего датчика ϵ (43–49). В группе с диагнозом меланома кожи показания первого датчика варьировали в диапазоне ϵ (1–6), показания второго датчика находились в диапазоне ϵ (18–34), третьего датчика ϵ (21–50). Наименьшей диэлектрической способностью по данным всех трех датчиков обладает меланома.

Выводы. При исследовании электродинамических характеристик кожи с помощью ближнеполюсной СВЧ-томографии установлено, что электродинамические характеристики кожи в норме и при патологии различны, что дает возможность для разработки новых неинвазивных методов диагностики меланомы кожи.

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЯГКОТКАННОЙ САРКОМЫ ЮИНГА

Гуревич О.О. 3 к. 302 гр. факультет подготовки и усовершенствования гражданских медицинских (фармацевтических) специалистов,

Кабанова А.Е. 3 к. 304 гр. факультет подготовки и усовершенствования гражданских медицинских (фармацевтических) специалистов

Руководитель темы: *Соловьёва Т.С.* доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.

ВМедА

Опухоли мягких тканей являются одним из труднейших разделов патологии с точки зрения своевременной и правильной диагностики. С конца 1990-х гг. в мировой литературе стал общепринятым термин «опухоли семейства саркомы Юинга», к которым относится внекостный аналог классической саркомы Юинга кости — низкодифференцированная опухоль нейроэктодермальной природы, так называемая мягкотканная саркома Юинга. Данное

исследование представляет интерес в связи с редкостью и малой изученностью внекостной саркомы Юинга, а также трудностями дооперационной и морфологической диагностики.

Цель. Дать клинико-морфологическую оценку мягкотканной саркоме Юинга.

Материалы и методы. Приводим собственное наблюдение внекостной саркомы Юинга. В сентябре 2014 года в клинику военной травматологии и ортопедии ВМЕда поступил больной 19 лет по поводу наличия опухолевидного образования в нижней трети левого предплечья. Ранее ему был поставлен диагноз: фиброма нижней трети левого предплечья, выполнено МРТ левого предплечья: признаки мягкотканного образования нижней трети левого предплечья больших размеров (9,0 см на 5,5 см), локального поражения диафиза локтевой кости на границе средней и нижней трети, без периостальной реакции, щадит кисть.

При обследовании по локтевой поверхности нижней трети левого предплечья определяется образование овоидной формы, размерами 11,0 на 5,0 см, расположенное подкожно. Кожные покровы в проекции образования не изменены. При пальпации: безболезненное, тугоэластическое, трудно-смещаемое, не ограничивающее движения пальцев левой кисти и движений в левом лучезапястном суставе. Амплитуда активных и пассивных движений в суставах левой кисти без ограничений. Мышечная сила одинакова в обеих кистях. Периферических нейрососудистых нарушений не выявлено.

УЗИ области левого лучезапястного сустава: объемное образование размерами 80x25x60 мм, образование имеет четкую капсулу толщиной до 0,8 мм. Структура резко неоднородна: средней эхогенности с гипозоногенными включениями. В образовании регистрируется кровоток, глубина от поверхности кожи около 5–6 мм. Заключение: объемное образование в проекции левого лучезапястного сустава. Рентгенограммы левого предплечья в двух проекциях: костно-травматических изменений не выявлено.

Выполнена сцинтиграфия костей скелета: данных за изменения патологического характера не получено. Данных за связь образования с костями левого предплечья не получено.

Под местной анестезии выполнена операция: открытая биопсия образования нижней трети левого предплечья. Тканевой материал взят на гистологическое исследование.

Гистологическое исследование: опухоль представлена солидными пластами однородных клеток с округлыми ядрами малого и среднего размера с диффузным хроматином, эозинофильным ядрышком и скудной цитоплазмой.

Иммуногистохимическое исследование: MCK, виментин, CD99, Fli-1, CK18, CK19-положительные; EMA, десмин, SMA, MSA, CD34, CD31, CK — отрицательные. CD99 — основной диагностический маркер мягкотканной саркомы Юинга.

Полученные результаты. Морфологическая картина и иммунофенотип опухолевых клеток соответствует внескелетной саркоме Юинга. Эта опухоль интересна сложностью дифференциальной диагностики в ряду формально похожих опухолей (нейробластома, синовиальная саркома, злокачественная лимфома, рабдиосаркома, низкодифференцированный рак).

Выводы. Трудности диагностики мягкотканной саркомы Юинга возникают из-за её сходства в строении с другими злокачественными новообразованиями мягких тканей, поэтому патоморфологического исследования недостаточно для постановки окончательного диагноза. Современные иммуногистохимические методы исследования помогают провести дифференциальную диагностику внекостной саркомы Юинга с другими злокачественными опухолями мягких тканей.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАРЦИНОИДНОГО СИНДРОМА

Максимова О.А. 3 к. 331 гр. ЛФ, Качановский М.С. 3 к. 332 гр. ЛФ

Руководитель темы: Винничук С.А. доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Общешировая статистика свидетельствует, что частота встречаемости карциноидов в мире колеблется от 1 до 6 человек на 100 тысяч населения. С учетом торпидности течения можно

предположить, что истинная частота несколько выше, однако в связи с частым отсутствием клинических проявлений опухоли не диагностируются, либо диагностируются на поздних стадиях, что делает морфологический метод основным в диагностике карциноидов.

Цель. Изучение клинко-морфологических особенностей карциноидного синдрома.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезни и данные гистологических исследований пациентов больницы им. Петра Великого с подтвержденным диагнозом злокачественный карциноид в период с 2010 по 2014 год.

Полученные результаты. Выявлено 12 случаев злокачественного карциноида различной локализации, что составило 0,017% от общего числа гистологических исследований: 2 мужчин (17%) и 10 женщин (83%) в возрасте от 23 до 84 лет. В 50% случаев он обнаруживался в возрастной категории 60–69 лет, средний возраст больных составил 64 года. При анализе историй болезни установлено, что из специфических клинических проявлений карциноидного синдрома наиболее часто обнаруживались диарея — 3 случая (25%), а также стеаторея и гипотония — по 2 наблюдения (16,7%). Реже имели место схваткообразные боли в животе, поражения клапанов сердца, метастатическое поражение печени и фиброз брюшины — по 1 случаю (8,3%). Сочетания специфических симптомов отмечено не было. Неспецифические признаки проявлялись у 10 пациентов болями в области живота (83,3%), у 7 (58,3%) — общей слабостью, у 6 (50%) — гипопротеинемией, у 5 (41,6%) — анемией, у 4 больных (33,3%) — тошнотой, потерей веса и желудочно-кишечными кровотечениями. У 2 больных обнаруживались кишечная непроходимость и обструкция желчевыводящих путей — по 8,3%. Первичными локализациями злокачественного карциноида чаще всего были толстая кишка — 4 случая (33,3%), и желудок — 3 наблюдения (25%), реже встречались карциноид червеобразного отростка — 2 (16,6%), тонкой кишки и желчного пузыря по 1 случаю (8,3%). Во всех случаях диагноз злокачественного карциноида был установлен при гистологическом исследовании, в бланках направлений на него фигурировали флегмонозный холецистит в 1 наблюдении, аппендицит в 2 случаях, у остальных больных отмечены новообразования желудочно-кишечного тракта различной локализации. Размер опухолевых разрастаний составил от 0, 5 до 7 см (в среднем 3,5 см). При гистологическом исследовании отмечалось преобладание злокачественного карциноида солидного строения — 8 случаев (66,7%), реже встречалась тубулярная опухоль — 4 (33,3%). Связи между размерами опухоли, ее гистологическим строением и клиническими проявлениями карциноидного синдрома выявлено не было.

Выводы. Таким образом, нами установлено, что диагноз злокачественного карциноида устанавливается только при гистологическом исследовании. В клинике преобладают неспецифические проявления паранеопластического карциноидного синдрома, связи между гистологическим строением, размерами опухоли и специфической симптоматикой не выявлено.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ЛЕГКИХ ПО ПРОТОКОЛАМ ВСКРЫТИЙ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Яцкевич В.К. 6 к. 46 гр. ЛФ, *Лось Т.Г.* 4 к. 37 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Кардаш Н.А.* асс. каф. патологической анатомии

ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Одной из самых актуальных проблем онкологии во многих странах мира является рак лёгких. Он является наиболее частой злокачественной опухолью и основной причиной смерти. По данным Международного агентства по изучению рака в мире ежегодно диагностируется более одного миллиона случаев рака легких, что составляет более 12% от числа всех выявленных онкологических заболеваний.

Цель. Провести клинко-морфологический анализ случаев смерти больных раком легких.

Материалы и методы. Протоколы вскрытий УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро» больных, умерших от рака легких за 2008–2012 годы в Гродно и Гродненской области.

Полученные результаты. Всего за 5 лет в УЗ «ГОПАБ» было проведено 16465 вскрытий, из них 6865 случаев смерти в г. Гродно, 9600 — Гродненской области. При этом количество

умерших от рака легких составило 140 (2,04%) наблюдений по городу и 165 (1,72%) — области, в целом 305 случаев. В 261 (85,57%) наблюдениях были мужчины и 44 (14,43%) — женщины. Средний возраст умерших составил 61, 5 лет.

В зависимости от локализации в 207 (67,87%) случаях выявлен центральный рак, 63 (20,66%) — периферический, 35 (11,47%) — массивный. Среди макроскопических форм рака легких в 233 (76,39%) наблюдениях был узловатый, 66 (21,64%) — узловато-разветвленный и 6 (1,97%) — разветвленный. В 173 (56,72%) случаях опухоль поражала правое легкое, 122 (40,0%) — левое, 10 (3,28%) — оба легких. При микроскопическом исследовании плоскоклеточный рак выявлен в 161 (52,79%) наблюдении, из них с орогованием — 26, без орогования — 135; аденокарцинома — 52 (17,05%); железисто-плоскоклеточный — 9 (2,95%); недифференцированный — 83 (27,21%), из них мелкоклеточный — 67, крупноклеточный — 16. В 101 (33,11%) случае рак легких развился на фоне хронического бронхита. В 258 (84, 59%) наблюдениях были выявлены метастазы. Наиболее часто лимфогенные метастазы отмечены в бифуркационные лимфатические узлы — 109 (35,74%) случаев; паратрахеальные — 80 (26,23%); перибронхиальные — 99 (32,46%). Гематогенные метастазы чаще всего в печень — в 98 наблюдениях, надпочечники — 49, головной мозг — 29, почки — 29. Прорастание опухоли в плевру выявлено в 30 случаях, средостение — 29, перикард — 15. Причинами смерти больных явились кахексия — 98 (32%) наблюдений, выраженная интоксикация — 131 (43%), легочно-сердечная недостаточность — 122 (40%), присоединившаяся гнойная бронхопневмония — 105 (34%). В 41 случае причиной смерти больных стало легочное кровотечение, обусловленное выраженными некрозами и аррозией сосудов. При анализе протоколов вскрытий в 13 (4,26%) наблюдениях было выявлено расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.

Выводы. Согласно секционным данным рак легких чаще встречается у жителей города, наиболее часто поражает лиц мужского пола (соотношение по возрасту 6 : 1). Несмотря на доступность выявления, в два раза чаще выявлен центральный рак, больные поступают с запущенными формами и метастазами.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МИКСОМЫ СЕРДЦА

Павлова В.Е. орд. 1 года каф. патологической анатомии

Руководитель темы: *Данилова И.А. проф. каф. патологической анатомии, д.м.н.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Миксома — наиболее частая (до 83%–90%) первичная, гистологически доброкачественная мезенхимальная опухоль сердца. Миксомы преобладают у женщин, имеют левостороннюю предсердную (75%) локализацию, нередко сочетаются с патологией клапанов и проводящей системы сердца, варьируют по клиническому течению (артериальная гипертензия, тахикардия, ортостатические обмороки). Ранняя прижизненная диагностика миксом трудна, а отсроченное оперативное лечение обуславливает неблагоприятный прогноз. Тактику хирургического лечения во многом определяют макроскопические (форма роста, размер) и гистологические особенности опухоли.

Цель. Оценка клиничко-морфологических особенностей миксомы сердца на примере собственного наблюдения.

Материалы и методы. Архив ЦПАО больницы Петра Великого за 2012–2014 гг.; операционный материал (О-№ 3953–2014 г.)

Полученные результаты. Проведен клиничко-морфологический анализ единичного за указанный период операционного наблюдения миксомы левого предсердия (ЛП), выявленной эхокардиографически у пациентки отделения сердечно-сосудистой хирургии № 2 (возраст–51 г.). При поступлении предъявлялись жалобы на одышку и обмороки при смене положения тела. Макроскопически: полиповидная бледно-серая студенистая ткань размерами 7×5,5×3 см, с гладкой, слегка дольчатой поверхностью, очаговыми кровоизлияниями, на белесой волокнистой плотной ножке 2×1×1,3 см, на разрезе с чередованием темно-коричневых, светло-серых и белесых участков. Гистологически: преобладание бесструктурного аморфного матрикса (миксоида) с очаговой пролиферацией звездчатых гистиоцитоподобных клеток стромы,

местами с формированием псевдожелезистых микроацинарных и трабекулярных клеточных комплексов, без признаков инвазивного роста в подлежащие фиброзно-мышечные ткани, в сочетании с ангиоматозом, наличием как предсуществующих (типовых), так и новообразованных сосудов из 1–2 слоев миксомных клеток. Их отличительной особенностью было отсутствие базальной мембраны, гладкомышечной и адвентициальной оболочек. Вторичные изменения опухолевой паренхимы характеризовались: выраженным мукоидным набуханием с массивными альбиан-положительными участками, обширным фибриноидным некрозом стромы и стенок сосудов, свежими кровоизлияниями, депозитами гемосидерина и очаговой пролиферацией гемосидерофагов. Отличием изменений в ножке являлись: гипертрофия фиброзно-мышечной ткани и смешанная мононуклеарно-нейтрофильно-лейкоцитарная инфильтрация, свидетельствующая о воспалительных изменениях. Морфологически верифицирована экзофитная полиповидная солитарная доброкачественная миксома левого предсердия с выраженными реактивными (сосудистыми, дистрофическими, воспалительными) изменениями различных сроков давности, резецированная в пределах здоровых тканей.

Выводы. Морфологическим исследованием опухоли сердца подтверждено т. н. «правило 75%» (Harken B. G et al., 1972): женский пол, гистогенез, локализация в ЛП, расположение в фиброзной части межпредсердной перегородки, прикрепление с помощью ножки, гладкая поверхность. Крупные размеры узла на момент первичной диагностики и оперативного лечения свидетельствуют о неспецифической симптоматике и трудностях клинической диагностики. Отсюда, диагностика и лечение миксом сердца остаются важным направлением современной кардиохирургии, а их своевременность и адекватный объем являются основой профилактики смертельных, в том числе тромбозмимических осложнений.

КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ ИНДУЦИБЕЛЬНОЙ NO-СИНТАЗЫ В КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОПУХОЛИ

¹Гринчук О.Ю. 3 к. 28 гр. ЛФ, ¹Штабінская Т.Т. асп. 3 года каф. патологической анатомии

Руководители темы: ²Басинский В.А. проф. каф. патологической анатомии, д.м.н.,

¹Маршалэк А.К. проф. каф. клинической патоморфологии, д.м.н.

¹ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

²Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Torun

Экспрессия индуцибельной NO-синтазы (iNOS) отмечается у 20–50% больных раком толстой кишки (РТК), однако имеющиеся данные о возможном влиянии экспрессии iNOS на прогноз весьма противоречивы. Согласно результатам ряда исследований, при экспрессии iNOS метастазы в лимфатические узлы обнаруживают у 63% больных РТК, а при отсутствии таковой — у 30%.

Цель. В связи с этим целью данного исследования является сравнение экспрессии iNOS в дистально — (ДЛР) и проксимальнолокализованных (ПЛР) РТК.

Материалы и методы. Материалом для исследования стали 72 наблюдения РТК, резецированного у 29 мужчин и 43 женщин в период с 2001 по 2011 гг. в Гродненском областном онкологическом диспансере. Иммуногистохимическое исследование выполнено с использованием мышинных моноклональных антител к iNOS1 (ab15323) в разведении 1: 100 по стандартной методике. Оценку уровня экспрессии проводили с увеличением объектива x20 в 5 полях зрения, так называемых «hot-spot». Для оценки уровня экспрессии была использована шкала Remmele-Stegner. Статистический анализ проводили с использованием STATISTICA 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q).

Полученные результаты. Статистически значимых различий по локализации рака в зависимости от пола и возраста выявлено не было ($p > 0,05$). Больные РТК на момент операции в 11 случаях (15,4%) имели I стадию, 91% из них составили раки дистальных отделов. В 14 случаях (19,4%) обнаружен рак на II стадии, который был выявлен только при левосторонней его локализации, в 35 (48,6%) — на III, при этом соотношение по локализации составило 1 : 3 в пользу дистальных отделов (71,5%). У 12 пациентов (16,6%) выставлена IV стадия, из них в

16,7% был диагностирован рак в правых отделах. При этом большинство пациентов с проксимальной локализацией рака в момент его обнаружения имели 3 стадию заболевания (ПШ-С — 76,9%) ($p=0,004$). Наличие регионарных метастазов отмечено у 44 пациентов (61,1%): в ПЛР — 84,6% случаев и 64,4% в ДЛР ($p=0,05$). Прорастание в соседние органы и ткани выявлено в 6 случаях (8,3%) при этом 5 из них оказались левосторонними. На момент постановки диагноза у 12 больных (16,6%) имелись гематогенные метастазы, у семерых (58,3%) из них в течение 5 лет появились новые. При этом отдаленные метастазы обнаружены у 15,4% пациентов с проксимальной локализацией и 16,9% — дистальной. Во всех случаях проведено гистологическое исследование опухолей и выявлено, что рак имел гистологическое строение аденокарциномы разной степени дифференцировки: G1 выявлен у 29 (40,2%) больных, G2 — 26 (36,1%), G3 у 17 (23,7%) больных. У 8 из 13 пациентов (61,5%) с ПЛР и у 9 из 59 (15,2%) с ДЛР была верифицирована высокогредная аденокарцинома ($p=0,001$). За период наблюдения у 24 пациентов (33,3%) были выявлены рецидивы. Чаще рецидивировали левосторонние опухоли (91,6%). Но рецидивы после операции на проксимальных отделах выявлялись через 11, 3 месяца, а на дистальных — через 27, 5 месяца ($p<0,05$). 41 пациент (57%) от момента постановки диагноза прожил больше 5 лет. У 7 при этом был ПЛР, что составило 53,8% от всех опухолей данной локализации и у 34 пациентов — ДЛР — 57,6% от всех дистальных раков. При изучении экспрессии iNOS была выявлена тенденция к уменьшению процента позитивно окрашенных ядер стромы опухоли в ДЛР. Выявлена прямая зависимость между глубиной инвазии и уровнем экспрессии в строме ПЛР ($p=0,05$). Уровень iNOS в строме ПЛР нарастал с увеличением стадии рака ($p=0,001$).

Выводы. Высокий уровень экспрессии iNOS, вероятнее всего, является неблагоприятным прогностическим фактором, так как в раках правой половины толстой кишки экспрессия его выше у пациентов с запущенными формами заболевания.

МЕТАПЛАСТИЧЕСКАЯ КАРЦИНОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кравцова Е.А. 3 к. 305 гр. МПФ, Цыценко В.О. 3 к. 304 гр. МПФ

Руководитель темы: *Новицкая Т.А. доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Метапластическая карцинома молочной железы (МКМЖ) — гетерогенная группа новообразований, которые характеризуются сочетанием аденокарциномы с обширными участками плоскоклеточной, веретенноклеточной и/или мезенхимальной дифференцировки. МКМЖ составляет менее 1% всех инвазивных раков молочной железы. Чаще встречается у больных на 5–6 десятилетия жизни и почти всегда представлена четко очерченным опухолевым узлом от 3–4 см до 20 см в диаметре. Диагностика плоскоклеточной МКМЖ имеет определенные трудности, так как требует исключения плоскоклеточного рака кожи.

Цель. Приводим редкое наблюдение плоскоклеточной МКМЖ.

Материалы и методы. Проведен анализ истории болезни и гистологическое исследование операционного материала больной 57 лет с применением гистологического и иммуногистохимического методов

Полученные результаты. Узел представлен расположенными в фиброзной строме тяжами и пластами атипичных резко полиморфных клеток с уродливыми гиперхромными ядрами. Имеются тяжи, построенные из вытянутых фибробластоподобных клеток с удлинненными крупными ядрами. В многочисленных кусочках, взятых из разных зон операционного материала, обнаружены отдельные протоки, выстланные опухолевыми клетками аналогичного вида и микрофокусы инвазивного роста. Топографической связи опухолевых структур с эпидермисом и придатками кожи выявлено не было. В лимфатических узлах метастазов не выявлено. Предварительный диагноз: плоскоклеточная метапластическая карцинома. В дальнейшем было выполнено иммуногистохимическое исследование, в ходе которого обнаружилась активность маркеров, специфичных для опухолевых лактоцитов. Так, была установлена выраженная экспрессия панцитокератина (92% опухолевых клеток), умеренная экспрессия GSDFP-15, слабо выраженная рецепторов эстрогена и прогестерона. Таким образом,

опухоль расценили как плоскоклеточную метапластическую карциному, степени G 3 (в балльной оценке: 3 3 3=9б).

Выводы. В редком варианте метапластического плоскоклеточного рака особую диагностическую ценность для отличия от эпидермоидного рака кожи имеет прицельный поиск неинвазивных опухолевых структур и иммуногистохимическое исследование на специфичные маркеры.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сытый А.А. 3 к. 29 гр. ЛФ, Ракович Д.Ю. 3 к. 29 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Кардаш Н.А.* асс. каф. патологической анатомии

ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Рак молочной железы — это злокачественная опухоль железистой ткани молочной железы. В мире это наиболее частая форма рака среди женщин. Это также второе по частоте после рака лёгких онкологическое заболевание в популяции в целом. В Беларуси заболеваемость раком молочной железы ежегодно увеличивается на 27,9%.

Цель. Провести клинико-морфологический анализ случаев заболевания раком молочной железы.

Материалы и методы. Материалом для исследования стал операционный материал больных раком молочной железы за 2013 год из архива УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро».

Полученные результаты. В онкологической лаборатории отделения № 1 УЗ «ГОПАБ» за 2013 год было исследовано 9558 биопсий, в 289 (3,0%) случаях были выявлены заболевания молочной железы. Из них рак молочной железы диагностирован в 233 (80,5%) наблюдениях. В 229 (98,3%) случаях опухоль определялась у женщин и 4 (1,7%) — мужчин. Средний возраст больных составил 58,7 лет. При исследовании в 101 (43%) наблюдении опухоль поражала левую молочную железу, в 80 (34%) — правую и 52 (22%) — обе. В 42 (18%) случаях опухоль чаще локализовалась в верхне-наружном квадранте, в 38 (16%) — центре. В зависимости от макроскопической формы в 218 (93,6%) наблюдениях был узловатый рак, 15 (6,4%) — диффузный. Среди микроскопических форм в 190 (81,0%) случаях преобладал инфильтрирующий протоковый рак, 23 (10,0%) — инфильтрирующий дольковый и 20 (9,0%) — смешанный. При этом в зависимости от степени дифференцировки у 6 (2,5%) наблюдениях выявлен высокодифференцированный (G1) рак, 100 (43%) — умеренно дифференцированный (G2), 127 (54%) — низкодифференцированный (G3). У 106 (45,5%) больных отмечены метастазы в регионарные лимфатические узлы.

Во всех случаях было проведено иммуногистохимическое исследование для определения в опухоли ряда факторов, которые связаны с прогнозом заболевания и ответом на лечение. Это рецепторы к эстрогенам (ER), рецепторы к прогестерону (PR), Ki-67 — маркер активности опухоли, HER-2 — определяет чувствительность опухоли к герцептину, эффективному препарату в лечении. Наличие в опухоли рецепторов к эстрогенам и прогестерону связано с лучшим прогнозом по отношению к опухоли, которые не содержат данные рецепторы. При исследовании ER в 66 случаях — «0», в 17 — «+», в 65 — «+», в 85 — «+». При определении рецепторов к PR, в 82 наблюдениях — «0», в 8 — «+», в 38 — «+», в 105 — «+». Гиперэкспрессия HER-2 ассоциируется с плохим прогнозом при наличии метастазов опухоли в регионарных лимфатических узлах. При этом в 34 случаях — «0», в 151 — «+», в 5 — «+», в 43 — «+». При Ki-67 менее 15% опухоль считается менее агрессивной, если более 30% — высоко агрессивной. При исследовании в 86 наблюдениях Ki-67 было менее 15%, в 81 — более 30%.

Выводы. Таким образом, рак молочной железы по-прежнему оставляет за собой первую строчку среди других раков у женщин. Несмотря на множество методов исследования, больные поступают с запущенными формами и метастазами, что указывает на неблагоприятный прогноз и высокую летальность.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССЛАИВАЮЩИХ АНЕВРИЗМ АОРТЫ

Петрова В.А. 3 к. 344 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Винничук С.А. доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Заболеваемость расслаивающей аневризмой аорты составляет 2, 6–3, 5 на 100 тыс. (Christoph A. et al., 2009). Основными причинами развития этих заболеваний являются атеросклероз и дегенеративные изменения в меди. Более редкими причинами выступают аортиты, генетические мутации, обуславливающие нарушение соединительной ткани, травмы, последствия реконструктивных операций на аорте (Erbel R., Alfonso F. et al., 2001). Пусковым механизмом является наличие артериальной гипертензии, которую выявляют в 72% случаев (Christoph A. et al., 2009).

Цель. Изучение морфологических особенностей расслаивающих аневризм аорты.

Материалы и методы. По материалам центрального патологоанатомического отделения СЗГМУ им. И.И. Мечникова были проанализированы протоколы вскрытий больных, умерших от расслаивающих аневризм аорты с 2008 по 2014 г.

Полученные результаты. Выявлено 15 случаев расслаивающих аневризм аорты, которые развились у 11 мужчин (74%) и у 4 женщин (26%) и составили 0, 8% от общего числа вскрытий. Наиболее часто они обнаруживались в возрастном периоде 60–69 лет — 8 случаев (53%), реже в 70–79 лет — 5 наблюдений (33%) и в 80–89 лет — 2 случая (14%). Все наблюдения мы разделили на группы в соответствии с классификацией, предложенной М. De Bakey (1965 г.). Расслаивающая аневризма II типа (разрыв интимы локализовался в восходящем отделе с расслоением в пределах дуги аорты) наблюдалась в 7 случаях (46,7%), III типа (разрыв интимы дистальнее устья левой подключичной артерии) — 8 наблюдений (53,3%). Протяженность расслоения составляла от 1,5 до 7,0 см. В подавляющем большинстве случаев на интиме аорты обнаруживались значительные атеросклеротические изменения, которые соответствовали стадии осложненных поражений по классификации ВОЗ со значительной площадью распространения. Так, в 9 наблюдениях (60%) выявлялся атероматоз, в 4 случаях (26,7%) кальциноз интимы аорты; площадь поражения соответствовала 4 и 5 степеням. Гипертоническая болезнь имела место во всех 15 случаях, что подтверждалось увеличением массы сердца до 416 г и гипертрофией стенки левого желудочка до 1,7 см. При гистологическом исследовании стенки аорты обнаруживались признаки склероза и воспаления, пристеночные тромбы разной степени организации, фиброзная дисплазия меди, отложение липидов, солей кальция, истончение эластических волокон, фибриноидный некроз стенки аорты. Причиной смерти у 10 пациентов явился разрыв аневризмы аорты, осложнившийся острой сердечной недостаточностью в 4 случаях, гемоперикардом в 2 наблюдениях, массивной кровопотерей и гиповолемическим шоком у 1 больного, острой постгеморрагической анемией — 2, ДВС-синдромом — 1,4 пациентам было выполнено аорто-бедренное протезирование, смерть их наступила от осложнений, развившихся в послеоперационном периоде: нагноение послеоперационной раны, интоксикация, полиорганная недостаточность. 1 больной умер от кровотечения из аорто-пищеводного свища.

Выводы. Расслаивающие аневризмы аорты являются грозным заболеванием с тяжелым течением и смертельными осложнениями. Развитие их обусловлено значительными дегенеративными изменениями стенки сосуда, а пусковым фактором является гипертоническая болезнь.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ ПЛОДА И ПОСЛЕДА ПРИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ

Секретарёва Н.В. 3 к. Л-304 гр. ЛФ, Куклева А.Д. 4 к. 401 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Юнусова Ю.Р. асс. каф. общей и клинической патологии: патологическая анатомия, патологическая физиология, к.м.н.*

СамГМУ, Самара

В современной медицине с каждым годом набирает обороты проблема увеличения такой составляющей перинатальной смертности, как мертворождаемость. Достаточное количество

авторов отмечают, что до 70% мертворождений обусловлены гипоксическим состоянием плода. Снижение внутриутробной оксигенации плода нарушает деятельность сердечно-сосудистой системы, поскольку миокард метаболически зависим от концентрации кислорода в коронарном круге кровообращения. Анализ всех вариантов синдрома дезадаптации сердечно-сосудистой системы показывает перспективность морфологического исследования миокарда при антенатальной гибели плода для объяснения механизма наступления смерти.

Цель. Исследование морфологических характеристик сердца и лёгких плода, а также плаценты при развитии внутриутробной гипоксии.

Материалы и методы. Проведено морфологическое исследование 160 мертворожденных плодов, погибших от антенатальной гипоксии. Материалы аутопсии получены на базе патологоанатомического отделения Детской городской клинической больницы № 1 им. Н. Н. Ивановой г. Самара за 2013–2014 годы. В работе нами использовались следующие методы: гистохимический метод с окраской материала по Ван-Гизон и ШИК-реакцией; микроскопическое изучение плодов и последов; морфометрическое исследование; статистическая обработка результатов.

Полученные результаты. Анализ материала показал, что внутриутробная гибель плодов чаще происходила в поздний фетальный период (28–42 недели) — 82, 6% (пик смертности — 35, 1 недель), чем в ранний фетальный период (20–27 недель) — 17, 4%. Более чем в 90% случаев неблагоприятным фоном в развитии гипоксического состояния плода являлась субкомпенсированная или декомпенсированная хроническая плацентарная недостаточность (ХПН) с превалированием фетоплацентарной (ФП) формы. В ранний фетальный период ФП форма ХПН наблюдалась чаще (85,7%), чем в последах плодов, погибших в поздний фетальный период (65,4%). Гипоплазия плаценты с развитием плацентарной формы ХПН и нарушения маточного кровотока в виде маточноплацентарной (МП) формы ХПН встречалась чаще в плаценте плодов, умерших на поздних сроках беременности (МП — 20,3%, П — 14,3%), по сравнению с ранними сроками (МП — 10,7%, П — 3,6%). Острая плацентарная недостаточность (ОПН) наблюдалась примерно с одинаковой частотой на ранних (39%) и поздних (42,1%) сроках гестации. Гипотрофия плодов, позволяющая говорить о синдроме задержки развития плода в результате внутриутробной гипоксии, наблюдалась в 75,1% (121 случай). При морфологическом исследовании сердца наиболее постоянными признаками были отёк стромы миокарда; обширные кровоизлияния в паренхиму лёгких и сердца; стаз в сосудах микроциркуляторного русла; периваскулярный фиброз сосудов легких и сердца.

Выводы. Таким образом, гипоксическое состояние плода, развивающееся на фоне хронической плацентарной недостаточности, обуславливает органические изменения в лёгких и сердце плода, с развитием фатальных аритмий.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ САРКОИДОЗА

Ерохина А.А. орд. 1 года каф. патологической анатомии, *Тошкин К.Е.* 3 к. 340 гр. ЛФ, *Березовская О.А.* 3 к. 387 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Данилова И.А.* проф. каф. патологической анатомии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Саркоидоз — идиопатическое интерстициальное гранулематозное заболевание с преимущественным распространением в северо-западных регионах, общими (лихорадка, похудание, слабость) и органоспецифическими, чаще легочными проявлениями. Современный диагностический комплекс основан на трех — клинико-рентгено-морфологических — критериях, что подчеркивает важность клинико-морфологического подхода и исследования биопсийного материала (ткани лимфатических узлов, кожи, легких).

Цель. Уточнение диагностически значимых морфологических проявлений клинически верифицированного саркоидоза.

Материалы и методы. Архивный и текущий операционный и биопсийный материал ЦПАО СЗГМУ им. И.И. Мечникова за 2012–14 гг. (13 из 10. 000 наблюдений).

Полученные результаты. Отмечена тенденция увеличения частоты наблюдений в валовом материале: 1 наблюдение (8%) за 2012 г.; 5 (38%) — за 2013 г.; 7 (54%) — за 2014 г. Распределение наблюдений с учетом клинического диагноза: «саркоидоз» — 10 (77%), в том числе диссеминированный — 1 (8%), «лимфоаденопатия неясного генеза» — 2 (15%), «рак легкого» — 1 (8%). Медиастинально-легочная форма заболевания определялась существенно чаще, чем медиастинальная лимфожелезистая — соответственно в 12 (92%) и 1 (8%) наблюдениях. Незначительно преобладали мужчины — 7 человек (54%), возраст заболевших — от 19 до 67 лет (средний — 43 г.). Характерные макроскопические особенности легочных поражений: анатомическая локализация в средне-нижних отделах, субплевральное расположение, милиарные (редко — в 4 случаях (31%) — ацинозно-нодозные, сливные) размеры, белесоватый цвет, умеренно плотная консистенция. Визуальные изменения в паренхиме лимфатических узлов — белесоватые плотноватые, вариабельные по форме и размерам узелки, крайне редко — в 1 случае (8%) — с очаговыми кровоизлияниями. В 3 (23%) наблюдениях макроскопические изменения отсутствовали. Микроскопически выявлялись: мономорфные эпителиоидноклеточные гранулемы без казеозного некроза с немногочисленными гигантскими многоядерными клетками Лангханса в 12 наблюдениях (92%), реже — клетками инородных тел — 1 (8%). Субтотальное замещение паренхимы легкого и лимфатических узлов отмечено в 5 случаях (38%). Выявлено различное по частоте постоянство склеротических и последующих дистрофических (крупноочаговых гиалиновых) вторичных изменений — соответственно 7 (54%) и 5 (38%) наблюдений. К редким гистологическим находкам отнесены: выраженный лимфоцитарный вал и сливной характер гранулем (соответственно 4/31% и 5/38% наблюдений), а также — внутриклеточные астероидные включения типа телец Шауманна (единичные случаи). Дополнительная окраска по Циллю–Нельсену с отрицательными результатами исследования проводилась только в 8 (61%) наблюдениях.

Выводы. Склерозирующие неказеифицирующие гранулемы являлись типовой морфологической находкой в биопсийном материале при клинически предполагаемом саркоидозе. С учетом важной дополняющей, но не решающей роли морфологического исследования и необходимости дифференциальной диагностики с другими гранулематозными заболеваниями намечена проспективная клинко-лабораторная детализация архивных наблюдений.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Мишунина В.В. 3 к. 308 гр. МПФ

Руководитель темы: *Винничук С.А. доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Беременность, при которой оплодотворенная яйцеклетка прикрепляется и развивается вне матки, называется внематочной (эктопической). За последнее десятилетие частота внематочной беременности возросла в 2–3 раза и составила в индустриально развитых странах в среднем 12–14 на 1000 беременностей (Савельева Г.М., 2012). Основным фактором риска является инфекция органов малого таза, к более редким относят сужения маточных труб различного генеза (врожденные дефекты, доброкачественные опухоли или кисты, фибромиомы матки в области трубного угла, эндометриоз маточных труб, околотрубные спайки), использование внутриматочных контрацептивов и т. д.

Цель. Изучение морфологических изменений, возникающих в маточной трубе при эктопической (трубной) беременности.

Материалы и методы. По материалам центрального патологоанатомического отделения СЗГМУ им. И.И. Мечникова были проанализированы результаты гистологических исследований и проведена микроскопия операционного материала женщин с трубной беременностью за 2013–2014 гг. Изготовленные по стандартной методике микропрепараты, изучались при помощи микроскопа Micros MC20 с увеличением $\times 100$ и $\times 400$. Оценивались

наличие склеротических и воспалительных изменений в маточных трубах, качественный состав воспалительного инfiltrата.

Полученные результаты. Выявлено 100 случаев трубной беременности, что составило 0,78% от общего числа гистологических исследований. Чаще всего трубная беременность обнаруживалась в возрастных категориях 20–30 и 31–40 лет — 54 и 42 наблюдения (54% и 42%), в возрасте до 20 лет был выявлен 1 случай (1%), старше 40 лет — 3 (3%). В 87 случаях имелись анамнестические данные, из которых следовало, что у 21 женщины (26,4%) данная беременность была первая, у 14 (17,2%) — в анамнезе имелся аборт, у 9 (11,5%) — выкидыш, у 1 (1,1%) пациентки имел место случай повторной трубной беременности. Длина удаленных маточных труб колебалась от 3,5 до 10 см (в среднем 6,6 см), диаметр расширенных участков, содержащих плацентарную и эмбриональную ткани, составлял от 0,2 см до 3 см (в среднем 1,3 см). При гистологическом исследовании в 78 наблюдениях (78%) обнаруживались склеротические изменения в маточных трубах, что характеризовалось разрастанием грубоволокнистой соединительной ткани во всех слоях стенки органа. В просветах 72 маточных труб (72%) обнаруживались ворсины хориона, в остальных случаях течение беременности протекало по типу трубного аборта. Незначительная лимфоцитарная инфильтрация встречалась в стенках 6 маточных труб (6%), умеренная — в 86 (86%), выраженная — в 8 (8%), примесь нейтрофилов обнаруживалась в 39 наблюдениях (39%).

Выводы. Закономерно часто трубная беременность выявляется в возрастных категориях, соответствующих пику фертильной активности женщин. Чаще всего она является повторной беременностью, и нередко ей предшествуют выкидыши или аборты. Склеротические изменения, свидетельствующие о перенесенном воспалительном процессе, встречаются в подавляющем большинстве случаев. При маточной беременности часто обнаруживаются признаки продолжающегося хронического воспаления, нередко в фазе обострения.

ПОКАЗАТЕЛЬ И АНАЛИЗ ПРИЧИН МЕРТВОРОЖДАЕМОСТИ ПО ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мыслицкий А.С. 3 к. 3 гр. ПФ

Руководитель темы: *Глебик О.В.* асс. каф. патологической анатомии
ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Мертворожденный — это ребенок, родившийся после 22-й недели беременности, длиной не менее 25 см, весом не менее 500 г, при этом отсутствовала пульсация пуповины, сердцебиение, дыхание, мышечные подергивания. Мертворождаемость как статистический показатель (используются также термины показатель мертворождаемости, коэффициент мертворождаемости) определяется соотношением числа мертворожденных на 1000 родившихся. Данное соотношение является важным показателем развития медицины и государства при этом зависит от многих факторов: состояния экологии исследуемого региона, развития системы родовспоможения, общего состояния здоровья населения, качества ведения и диагностики беременностей.

Цель. Проанализировать данные по мертворождаемости и ее причинам с 2009 г. по 2014 г.

Материалы и методы. Проведен статистический анализ данных протоколов аутопсий детского отделения УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро» и информации полученной в облстатуправлении за период с 2009 г. по 2014 г.

Полученные результаты. Проанализировав рождаемость по данному региону с 2009 года, мы получили следующие цифры: 2009 год — 12463 детей, 2010 — 12215, 2011 — 12562, 2012 — 13208, 2013 — 13550, 2014 — 13253. За 2014 год в Гродненской области родилось 13253 детей, что на 297 меньше, чем за аналогичный период 2013 года (01.01.2013–31.12.2013 родилось 13550). Проведя анализ данных детского патологоанатомического отделения и облстатуправления по мертворождаемости было выявлено, что в 2009 году зафиксировано 38 случаев внутриутробной гибели плода (коэффициент мертворождаемости (КМ) на 1000 родившихся составил 3,0), в 2010 — 23 (1,9), 2011 — 28 (2,2), 2012 — 36 (2,7), 2013 — 36 (2,6), 2014 — 35 (2,7). Основной причиной с 2009 года по 2014 год является внутриутробная

асфиксия, которая составила в среднем 74% по годам, с умеренным ростом в 2013 до 83% и небольшим ростом в 2014 г. до 77%. Второе место среди причин мертворождения устойчиво занимают врожденные пороки развития. Так с 2009 года по 2012 год они составляли в среднем около 10%, при снижении в 2013 году до 6%, по итогам 2014 года они снизились до 2, 9% (один случай). Довольно редкой является гибель, обусловленная острой кровопотерей у плода, которая по годам имеет по 1 или 2 случая и составляет от 3% до 8%. Мертворождаемость от гемолитической болезни была зафиксирована только в 2 случаях в 2012 и 2013 годах. Самой редкой причиной смерти явилась внутриутробная пневмония — 1 случай в 2011 году.

Выводы. Проанализировав данные по причинам, были сделаны следующие выводы: самая частая причина мертворождаемости с 2009 года по 2014 год — внутриутробная асфиксия (в среднем 74%), обусловленная патологией плаценты. Профилактика мертворождения обеспечивается систематическим наблюдением за беременными, своевременным выявлением и лечением патологии беременности и осложнённых родов, строгим соблюдением законов по охране здоровья матери, т. е. всей системой антенатальной охраны плода. По уровню мертворождаемости и младенческой смертности на 2013 год Беларусь занимала 18 место (Список основывается на данных CIA WorldFactbook). Коэффициент младенческой смертности и мертворождаемости (КМС) Беларуси на 2013 — 3,7 (среднемировой показатель составляет 49,4). В 2006 году Беларусь занимала в данном рейтинге 54 позицию и коэффициент 9,0.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО МНОЖЕСТВЕННЫЕ АНЕВРИЗМЫ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ

Сабуева Д.Г. 3 к. 346 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Размологова О.Ю.* ст. научн. сотр. каф. патологической анатомии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Аневризмы сосудов виллизиева круга встречаются у 5% населения. В 80% случаев первое проявление заболевания — разрыв аневризматического мешка с внутримозговым кровоизлиянием. Большая часть больных погибает в первые дни после разрыва аневризмы. Аневризмы формируются на фоне бифуркационной недостаточности, обусловленной дисплазией соединительной ткани. В 30% случаев рядом с уже прооперированной (эмболизированной) аневризмой, в той же бифуркации, образуется новая.

Цель. Изучить факторы возникновения последовательно множественных аневризм сосудов виллизиева круга

Материалы и методы. Исследованы биоптаты, полученные от 6 пациентов. Соотношение мужчин и женщин составило 1: 2 соответственно. Средний возраст обследованных составляет 47 лет. Все пациенты были первично оперированы за 12–14 месяцев до возникновения вторичной аневризмы. В 5 случаях выполнялась повторная эндоваскулярная эмболизация. В одном случае — открытое клипирование аневризмы. У 2 пациентов для исследования были взяты участки поверхностной височной артерии, у 4 — биоптаты кожи (с передней брюшной стенки и бедра). Во всех случаях были применены окраски по Маллори, по Ван Гизон, альциановым синим, толуидиновым синим, орсеином и ШИК-реакция, и в трех случаях — иммуногистохимические исследования на Col I и II типов и фибронектин.

Полученные результаты. При исследовании поверхностной височной артерии выявлен синдром дисплазии соединительной ткани средней степени тяжести. При исследовании биоптатов кожи в 50% случаев выявлен синдром дисплазии соединительной ткани легкой степени, и в 50% случаев — средней степени.

Выводы. В 66% случаев выявлен синдром дисплазии соединительной ткани средней степени тяжести в биоптатах кожи и поверхностной височной артерии. Таким образом, одним из факторов, способствующих возникновению последовательно множественных аневризм виллизиева круга, является системная дисплазия соединительной ткани.

ПРОТЕИНОПАТИЯ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА У БЕЛЫХ КРЫС

Саргсян С.А. 5 к. 16 гр. ЛФ, *Хоружая А.Н.* 4 к. 1 гр. ЛФ,
Антошкин О.Н. орд. 1 года каф. патологической анатомии,
Егорова А.С. асс. каф. гистологии, эмбриологии, цитологии,
Тереньтьев А.В. асс. каф. гистологии, эмбриологии, цитологии

Руководитель темы: *Заребин В.Л.* доц. каф. гистологии, эмбриологии, цитологии, к.м.н.

ВолГМУ, Волгоград

Болезнь Альцгеймера как нейродегенеративное заболевание, проявляющиеся прогрессирующим снижением интеллекта является одними из самых распространенных причин старческого слабоумия. Более 10% пожилых людей в возрасте старше 65 лет страдают болезнью Альцгеймера.

Цель. Выявление морфологических признаков болезни Альцгеймера при стрессорной нейродегенерации с амилоидогенезом в эксперименте.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 20 нелинейных белых крысах самцах в возрасте 24–30 месяцев. Были сформированы следующие группы по 10 животных в каждой: 1) опытная группа (моделирование болезни Альцгеймера), 2) интакт-контроль.

Гистологические препараты окрашивались тионином по Нисслю для морфологического анализа ядерно-цитоплазматического индекса и характеристики перикариона. Для детекции амилоидных включений, депарафинизированные срезы головного мозга окрашивали конго красным, с последующей дифференцировкой в щелочном этаноле, после чего проводили оценку удельной площади амилоидных отложений относительно общей площади среза.

Полученные результаты. В нейронах крыс опытной группы имели место признаки нейродегенеративных изменений лобной и теменной долей больших полушарий головного мозга. При окраске тионином вещество Ниссля в цитоплазме практически не определялось. В височной и теменных полях коры больших полушарий отмечались нейроны с явными признаками апоптоза: пикнотическое ядро, крупные глыбки гетерохроматина, неразличимые с деформированным ядрышком, сморщенная цитоплазма.

В контрольной группе животных картины апоптоза встречались крайне редко, ядра нейронов имели правильную форму, заполнены хроматином и имели центрально расположенное ядрышко с четкими ровными контурами. Хроматин в ядре был четко выражен и образовывал глыбки или полоски (гетерохроматин), а в перикарионе наблюдалось достаточное количество базофильного вещества.

Количественная оценка амилоидного компартамента показала статистически достоверное увеличение количества амилоидных отложений в нейронах коры головного мозга крыс опытной группы (удельная площадь — $7,62 \pm 0,47\%$) значительно больше, чем в контрольной группе интактных животных (удельная площадь — $0,41 \pm 0,08\%$), $p < 0,001$.

Выводы. При моделировании болезни Альцгеймера в нейронах лобной и теменной области коры больших полушарий головного мозга белых крыс в возрасте 24–30 месяцев ярко выражены явления апоптоза, а также имеются признаки протеинопатии — нарушение белкового обмена в виде накопления внутри — и внеклеточного амилоида.

РЕДКИЙ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ДИФFUЗНОГО РАКА ЖЕЛУДКА

Андреева Е.А. орд. 2 года каф. патологической анатомии

Руководители темы: *Данилова И.А.* проф. каф. патологической анатомии, д.м.н.,

Эллиниди В.Н. доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Пластический линит, Linitis plastica (ПЛ) — классический, но крайне редкий вариант рака желудка (РЖ) диффузного типа с неспецифическими клиническими проявлениями (боль в эпигастрии, дисфагия, потеря веса). Преобладает у молодых пациентов, чаще женщин,

локализуется в антропилорическом отделе, характеризуется нетипичным для других форм опухолевого роста массивным фиброзом подслизистого и гипертрофией мышечного слоев стенки желудка, что сочетается с незначительными изменениями слизистой оболочки желудка (СОЖ). ПЛ характеризуется классической гистологической триадой: интенсивной реактивной воспалительной инфильтрацией, предельно выраженным перифокальным фиброзом с миксоматозным отеком при скудной пролиферации опухолевых клеток с диффузным типом роста. Такие морфологические особенности пластического линита (отсутствие типичных для РЖ тканевых структур) в сочетании с практически интактной СОЖ предельно затрудняют его микроскопическую диагностику.

Цель. Комплексное изучение клинико-морфологических особенностей пластического линита на примере операционного наблюдения хирургической клиники им. Опеля СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Материалы и методы. Предоперационный гастробиоптат (Б-60891-14), операционный материал (Б-5704-14) — резецированный желудок с селезенкой и регионарными лимфоулами.

Полученные результаты. Пациент 28 лет предъявлял жалобы на боли в эпигастрии, связанные с приемом пищи. По данным инструментальных методов исследования (ФГДС, КТ), имелось утолщение складок, гиперемия, гиперплазия, контактная кровоточивость СОЖ, в теле желудка, по большой кривизне с переходом на заднюю стенку — участок размерами 3, 5х5 см с конвергенцией складок, перифокальное утолщение стенки желудка со сглаженным рельефом. В гастробиоптате, полученном при эндоскопической ультрасонографии, имелись инвазивные опухолевые структуры с диффузным типом роста и обширным изъязвлением. Выполнена расширенно-комбинированная гастрэктомия, спленэктомия и лимфодиссекция. Макроскопические изменения в теле желудка: умеренно плотная, белесоватая «площадка» размерами 10х9 см в сочетании с резким (до 1 см) утолщением стенки при подвижной на большем протяжении СОЖ. При микроскопическом исследовании до 40 фрагментов стенки желудка имела интактная СОЖ с диффузно-очаговой лимфоидной инфильтрацией, одиночными лимфоидными фолликулами с реактивными светлыми центрами без достоверных признаков опухолевого роста. Наряду с тем, в подслизистом и мышечном слоях отмечалась скудная инфильтрация гипохромными крупноклеточными округло-овальными и веретенчаточными, в том числе многоядерными альциан-негативными клетками с диффузным, местами — периневральным типом роста, нуклеомегалией, редкими цитоплазматическими гранулами, перифокальным ангиоматозом, резчайшим фиброзом с мукоидным набуханием стромы. При дифференциальной диагностике с рядом неэпителиальных опухолей (лимфома, GIST) обнаружена положительная иммуногистохимическая экспрессия отдельными опухолевыми клетками цитокератинов, что подтвердило их эпителиальный гистогенез.

Выводы. Пластический линит остается редким и сложным для рутинной морфологической диагностики вариантом диффузного РЖ молодого контингента больных и требует комплексной направленной, в том числе иммуногистохимической верификации.

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СТРОМАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ

Данькина В.О. 3 к. 301 гр. МПФ, Закутняя С.А. 3 к. 301 гр. МПФ,

Большакова В.Ю. орд. 2 года каф. патологической анатомии

Руководитель темы: Калинина Е.Ю. доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

По данным литературы на долю гастроинтестинальных стромальных опухолей (GIST) приходится менее 1% всех первичных опухолей желудочно-кишечного тракта, они являются самыми частыми злокачественными мезенхимальными новообразованиями этой локализации. GIST составляют 1–3% опухолей желудка, около 20% опухолей двенадцатиперстной и тонкой кишки и 0, 1% колоректальных опухолей. Подавляющее большинство развивается в желудке (55–65%), двенадцатиперстной и тонкой кишке (25–30%), реже — в толстой и прямой кишке

(менее 5%). GIST следует расценивать как потенциально злокачественные опухоли. Макроскопическими относительными прогностическими признаками злокачественности GIST являются: размеры опухоли 5 см и более; изъязвление слизистой оболочки; очаги некроза и смешанный тип роста. Гистологическими относительными прогностическими признаками злокачественности GIST являются: опухолевая инфильтрация слизистой оболочки (ее следует рассматривать как проявление инвазивного роста опухоли); очаги некроза и выраженный клеточный полиморфизм. Лечение GIST носит комплексный характер и включает хирургический подход и лекарственную терапию препаратом Иматиниб, который блокирует опухолевую прогрессию на молекулярно-генетическом уровне и увеличивает продолжительность жизни больных.

Полученные результаты. Разбор клинического случая: по данным ЦПАО больницы Петра Великого за 2014 год выявлен 1 случай неэпителиальной опухоли подвздошной кишки, построенный по типу GIST, который приводим как собственное наблюдение. На исследование прислан операционный материал пациента 46 лет, представленный фрагментом тонкой кишки, в котором отступя 6 см от края резекции со стороны серозной оболочки к кишке подрастает округлое образование диаметром 9 см, которое на 2 см выступает в просвет органа. Слизистая оболочка над ним истончена, складчатость сглажена. Образование плотно-эластической консистенции, на разрезе блесо-розоватого цвета, со множественными кровоизлияниями, придающими узлу слоистый вид. Также на поверхности серозной оболочки диффузно расположены четко огранные узлы диаметром до 0,4 см, на разрезе аналогичного вида. При гистологическом исследовании образование представлено структурами злокачественной неэпителиальной опухоли, построенной по типу GIST, состоящей из веретеновидных клеток, образующих хаотично переплетающиеся короткие пучки, с очагами ангиоматоза, расстройствами кровообращения, массивными кровоизлияниями, врастающей в слизистую оболочку и выступающей в просвет кишки, с местно-деструктирующим ростом по серозной оболочке. Для окончательной верификации опухоли необходимо проведение дифференциальной диагностики образования с гладкомышечными опухолями (лейомиомой и лейомиосаркомой), доброкачественными и злокачественными опухолями из оболочек периферических нервов (шванномой, нейрофибромой, злокачественной шваномой, нейрофибросаркомой), солитарной фиброзной опухолью (гемангиоперицитомой), воспалительной миофибробластической опухолью, миксоидным вариантом злокачественной фиброзной гистиоцитомы, плеоморфной низкодифференцированной саркомой, брыжеечным и интраабдоминальным фиброматозом (десмоидной опухолью), злокачественной меланомой. Наиболее чувствительным и специфичным маркером GIST, отличающим ее от перечисленных образований, является экспрессия CD 117 в сочетании с CD 34, выявляемая при иммуногистохимическом исследовании.

Выводы. Диагностика GIST требует комплексного-клинико-морфологического исследования каждого случая с учетом морфогенеза, особенностей гистологического строения и фенотипа опухоли, что определяет тактику дальнейшего лечения и прогноз.

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЙ ГЕМАНГИОМЫ ЛЕГКИХ

Семёнова Е.А. 3 к. 311 гр. МПФ, Фёдорова А.В. 3 к. 311 гр. МПФ

Руководитель темы: *Чупров И.Н.* доц. каф. патологической анатомии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Склерозирующая гемангиома легких (СГЛ) (пневмоцистома, склерозирующая ангиома, фиброксантома, сосудистая эндотелиома, альвеолярная ангиобластома) — редкая доброкачественная опухоль, составляющая 20–22% прооперированных доброкачественных опухолей. СГЛ чаще встречается у женщин среднего возраста, протекает, как правило, бессимптомно. Опухоль растет медленно, локализуется, как правило, в нижней доле легкого (29,0% наблюдений). Множественные СГЛ встречаются редко. Прогноз СГЛ благоприятный.

Цель. Приводим редкое наблюдение множественной СГЛ.

Материалы и методы. Проведено изучение истории болезни и операционного материала множественной СГЛ, удаленной у женщины 33 лет с применением гистологических и иммуногистохимических методов: окраска гематоксилином и эозином, альциановым синим, выявление экспрессии S-100 протеина, виментина, панцитокератина, тиреоидного фактора транскрипции 1, тиреоглобулина, эпителиального мембранного антигена, десмина, Ki-67.

Полученные результаты. Опухоли имели вид округлых узлов плотной консистенции, с четкими границами, 2–3,5 см в диаметре. При гистологическом исследовании СГЛ выявлены четыре гистологических компонента: сосочковый, солидный, фиброзный и сосудистый. Отличительной особенностью множественной СГЛ была пролиферация пневмоцитов 2 типа. Клетки СГЛ округлой или полигональной формы, с округлым или овальным ядром, обильной светлой или слегка эозинофильной цитоплазмой, встречаются базофильные ядрышки. Диагноз СГЛ поставлен только после гистологического исследования.

Выводы. СГЛ требует дифференциальной диагностики с воспалительной псевдоопухолью, светлоклеточной опухолью, карциноидом, бронхиоло-альвеолярной карциномой, а также метастатическими поражениями. Необходимость верификации диагноза при дифференциальной диагностике СГЛ с целым рядом новообразований, имеющих сходную гистологическую картину, диктует необходимость применения иммуногистохимического исследования.

СЕКЦИОННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ АСПЕРГИЛЛЕЗНОГО СЕПСИСА

Соусова Я.В. 6 к. 631 гр. ЛФ, *Большакова В.Ю.* орд. 2 года каф. патологической анатомии
Руководитель темы: *Калинина Е.Ю.* доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Аспергиллез — заболевание, вызываемое различными видами плесневых грибов рода *Aspergillus*, широко распространенными в окружающей среде — в почве, воде, воздухе и на гниющих растениях. Наличие возбудителя в лечебных учреждениях обуславливает возможность больничного инфицирования. Основными механизмами передачи возбудителя являются аспирационный и контактный, а основными путями — воздушно-пылевой и контактно-бытовой. Заболевание может возникнуть и как эндогенная инфекция, так как на слизистой оболочке зева здоровых людей иногда обнаруживаются аспергиллы. В основе патогенеза заболевания лежит снижение иммунной защиты организма. Аспергиллез развивается у лиц, страдающих тяжёлыми инфекционными заболеваниями, онкологических больных, получающих химиотерапию и иммунодепрессанты, а также у лиц с врожденными иммунодефицитами и у ВИЧ-инфицированных. Вначале поражаются легкие — развивается легочная форма аспергиллеза, затем происходит гематогенная генерализация (септическая форма). В виду того, что в 50% случаев септическая форма аспергиллеза приводит к летальному исходу, а число лиц с иммунодефицитами неуклонно растет, проблема сепсиса, вызванного грибами рода *Aspergillus*, становится всё более актуальной.

Полученные результаты. Разбор клинического случая. Пациент 29 лет, заболел остро, лихорадка до 40^оС, два дня находился в межрайонной больнице, где инфекционистом заподозрены геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, лептоспироз. В связи с развитием рабдомиолиза, острой почечной недостаточности на 2-е сутки пациент переведен в ЛОКБ ОРИТ–1 нефрологического отделения в тяжелом состоянии с жалобами на онемение и боли в нижних конечностях; данных за позиционный синдром не выявлено. Несмотря на проводимое лечение (гемодиализ, антибактериальная терапия) состояние пациента ухудшалось. В связи с гиперемией, эпидермальными пузырями на конечностях, напряжением мягких тканей конечностей, пациенту на 2-е и 4-е сутки госпитализации выполнены последовательные фасциотомии обоих бедер и голеней, правого предплечья. Выявлен отек и некротические изменения подкожной клетчатки, участков поверхностной и глубокой фасций. Мышцы отечны, жизнеспособны. При проведении экспресс теста на ВИЧ1/ВИЧ 2 и определении антигенов и антител класса G, M к ВИЧ 1, 2 HIV I, HIV II, ИФА крови на HBsAg и HCV-ab получены отрицательные результаты. На 6-е сутки пациент скончался от полиорганной недостаточности. Посмертный клинический диагноз — некротизирующий миофасциит. При аутопсии выявлен

генерализованный аспергиллез (аспергиллезный сепсис): двусторонняя аспергиллезная пневмония, аспергиллезный эндомикардит с формированием микотического тромба в полости левого желудочка, аспергиллезный многоочаговый некротический менингоэнцефалит, язвенно-геморрагический ларинготрахеит, эзофагит, аспергиллезный многоочаговый некротический энтерит, очаговый аспергиллезный нефрит, аспергиллезный миофасцит нижних конечностей. Непосредственной причиной смерти явился инфекционно-токсический шок и полиорганная недостаточность.

Выводы. Приведенное наблюдение демонстрирует агрессивное течение аспергиллезной пневмонии с развитием аспергиллезного сепсиса у молодого мужчины, вероятно, возникшего на фоне тяжелого течения респираторной вирусной инфекции (гриппа), о чем свидетельствует эрозивно-геморрагический ларинготрахеит и бронхит, острое начало заболевания. Присоединение аспергиллезной инфекции не было диагностировано при жизни в связи с недостаточным обследованием пациента и не проведением бактериологического исследования содержимого бронхов, полученного при санации.

СМЕРТНОСТЬ ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ СЕМЬ ДНЕЙ ЖИЗНИ ПО г. ГРОДНО И ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мыслицкий А.С. 3 к. 3 гр. ПФ

Руководитель темы: *Глебик О.В.* асс. каф. патологической анатомии

ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Неразрывные отношения между перинатальными проблемами, состоянием здоровья матери и плода делает неперенным взаимодействие акушеров и неонатологов еще до рождения ребенка, начиная с оценки состояния плода перед родами, выбора метода родовспоможения и завершая проведением первичных реанимационных мероприятий в родильном зале.

Цель. Проанализировать показатель ранней неонатальной смертности с 2009 г. по 2014 г.

Материалы и методы. Проведен статистический анализ информации протоколов аутопсий детского патологоанатомического отделения УЗ «Гродненское Областное Патологоанатомическое Бюро» и данных обстатуправления за период с 2009 года по 2014 год.

Полученные результаты. За 2014 год в Гродненской области родилось 13253 ребенка, что на 297 меньше, чем за аналогичный период 2013 года (01. 01. 2013–31. 12. 2013 родилось 13550). Проанализировав рождаемость по данному региону с 2009 года, мы получили следующие цифры: 2009 — 12463, 2010 — 12215, 2011 — 12562, 2012 — 13208, 2013 — 13550, 2014 — 13253. Проведя анализ данных детского патологоанатомического отделения и обстатуправления по ранней неонатальной смертности было выявлено, что в 2009 году зафиксировано 14 случаев гибели новорожденных в течение первых 7-и дней (коэффициент на 1000 родившихся составил 1,1), в 2010 — 14 (1,1), 2011 — 18 (1,4), 2012 — 14 (1,1), 2013 — 15 (1,1), 2014 — 13 (1,0). Основными причинами смерти с 2009 года является ВПР, МВПР, которые составили в среднем 39% от общей цифры по годам, с уменьшением за 2014 до 23%. Второе место среди причин ранней неонатальной смерти устойчиво занимают пневмопатии. Так, с 2009 года по 2014 год они составляли в среднем около 12% от всех случаев ранней неонатальной смерти и по итогам 2014 года, они увеличились до 15% (2 случая). Наиболее редко встречаются такие патологии как: геморрагическая болезнь, легочные кровотечения, диабетическая эмбриопатия, тяжелые анемии при рождении.

Выводы. Проанализировав данные по причинам ранней неонатальной смерти были сделаны следующие выводы: самая частая причина ранней неонатальной смертности с 2009 года — ВПР, МВПР (в среднем 39%). Так же наблюдается снижение смертности в 2014 году, что свидетельствует об улучшении оказания медицинской помощи. Основными направлениями для дальнейшего снижения показателя ранней неонатальной смертности, на наш взгляд, является:

- 1) усовершенствование УЗИ методов с целью выявления патологий плода;
- 2) наблюдение за беременными с проведением профилактик осложнений гестации.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СОЧЕТАННЫХ ФОРМ ПОРАЖЕНИЯ: ТУБЕРКУЛЕЗА И РАКА ЛЕГКОГО

Карацук Н.П. 6 к. 632 гр. ЛФ, *Киселёва М.В.* 6 к. 631 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Новицкая Т.А.* доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

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. 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 и 68 биопсийных наблюдений рака легкого в сочетании с туберкулезным процессом разной степени активности, а также рака в рубце в период с 1968 по 2014 гг. 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. Сочетание рака и туберкулеза чаще встречалось у мужчин — 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%). Исследование биопсийного материала показало, что в 68, 3% наблюдений в биоптатах выявлены структуры опухоли, 10,0% — туберкулез, 16, 5% — фиброз, 5, 2% — неформативы.

Выводы. 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. Диагностика сочетанных поражений проводится преимущественно на операционном материале.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У ПАЦИЕНТА С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

Разина А.А. 3 к. 363 гр. ФИУ, *Артыкова Д.Р.* 3 к. 363 гр. ФИУ,

Ерохина А.А. орд. 1 года каф. патологической анатомии

Руководитель темы: *Калинина Е.Ю.* доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

У пациентов с заболеваниями почек хроническая почечная недостаточность (ХПН) часто сопровождается нарушением минерального обмена с развитием вторичного гиперпаратиреоза.

При этом нередко возникают сложности в своевременной диагностике аденом паращитовидной железы, приводящих к развитию первичного гиперпаратиреоза с утяжелением нарушений минерального обмена.

Разбор клинического случая. Пациент 63 лет, в течение 15 лет страдавший хроническим гломерулонефритом и подагрой (клинический анализ мочи: мочевая кислота 207 мкмоль/л), с 2012 г. находящийся на хроническом перитонеальном диализе, поступил в экстренном порядке в тяжелом состоянии в отделение терапии, нефрологии и гемодиализа больницы Петра Великого в терминальной стадии ХПН. В 2009 г. выявлен гиперпаратиреоз по данным анализов (ПТГ 1300 пг/мл, Са 3,57 ммоль/л, Са² 1,81 ммоль/л) и клинической картины (остеопороз, патологические переломы), с 2012 г. неоднократно подозревалась аденома щитовидной железы по данным УЗИ, без цитологической и гистологической верификации образования. В настоящую госпитализацию больного беспокоили боли в суставах, выявлены нарушения ритма сердца (по данным ЭКГ — тахисистолия, фибрилляция предсердий). Непосредственной причиной смерти больного на 135-е сутки госпитализации явилась прогрессирующая хроническая почечная недостаточность (биохимический анализ крови: креатинин 459 мкмоль/л, мочевина 12,3 ммоль/л). На аутопсии выявлено причудливое неразгибаемое положение нижних конечностей, которые разведены в тазобедренных и согнуты в коленных суставах, увеличение в размерах коленных суставов, множественные белесоватые очаги плотноватой консистенции в костях, твердой мозговой оболочке, миокарде, межреберных мышцах. Почки — дряблые, с множественными кистами с прозрачным и кровянистым содержимым диаметром до 2 см, паренхима темно-коричневого цвета, толщиной до 2,0 см, граница между корковым и мозговым веществом нечеткая. В проекции правой нижней паращитовидной железы выявлен узел диаметром 1 см плотновато-эластической консистенции, белесого цвета. При гистологическом исследовании выявлена четко инкапсулированная аденома паращитовидной железы, построенная из темных главных клеток, фокусы отложения базофильных бесструктурных масс (петрификатов) в легких, сердце, твердой мозговой оболочке, почках, костях, мышцах, местами с перифокальным гранулематозным воспалением и наличием гигантских клеток инородных тел. В почках также отмечается выраженный диффузный фиброз интерстиция, тиреоидная трансформация канальцев, обилие гиалиновых цилиндров в неравномерно расширенных канальцах с формированием кист, обилие рубцовых и «лапчатых» клубочков, спадение капилляров клубочков с резким расширением мочевого пространства, утолщение и фиброзирование капсулы клубочков, неравномерное отложение в стенках сосудов микроциркуляторного русла базофильных структур, подчеркивающих контур сосудов.

Выводы. Представленное наблюдение подчеркивает необходимость исключения у пациентов, страдающих заболеваниями почек с развитием ХПН и гиперпаратиреоза, так же опухолевого поражения паращитовидной железы, с использованием для верификации диагноза тонкоигольной аспирационной биопсии. Своевременное оперативное лечение по поводу аденомы паращитовидной железы могло привести к менее агрессивному нарушению минерального обмена с генерализацией отложений петрификатов во внутренних органах.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЛКООЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЛЕГКИХ

Киселёва М.В. 6 к. 631 гр. ЛФ, Карацуж Н.П. 6 к. 632 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Новицкая Т.А.* доц. каф. патологической анатомии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Спектр возможной патологии, проявляющейся диссеминированным поражением легких, чрезвычайно широк. Основным объединяющим признаком этих заболеваний является рентгенологический синдром двусторонней диссеминации. Эта гетерогенная группа заболеваний включает в себя как первичные (идиопатические) интерстициальные заболевания легких, так и вторичное их поражение при инфекционных, аутоиммунных, онкологических заболеваниях.

Цель. Выявить дифференциально-диагностические морфологические критерии диссеминированных поражений легких различной этиологии.

Материалы и методы. Изучено 45 биопсийных наблюдений диссеминированных процессов легких у больных 21–45 лет (мужчин — 24, женщин — 21). При исследовании операционного материала применялись гистологический, гистохимический методы с использованием окрасок гематоксилином и эозином, пикрофуксином по методу Ван Гизон, альциановым синим, по методу Масона, по методу Циля–Нильсена.

Полученные результаты. У всех пациентов выявлено гранулематозное поражение легких и лимфатических узлов средостения: саркоидоз — 20 наблюдений (44, 4%), туберкулез — 15 (33, 3%), гранулематоз Вегенера — 4 (8, 9%), саркоидная реакция — 5 (11, 1%), силикоз — 1 (2, 3%). Эпителиоидно-клеточные гранулемы саркоидного типа характеризуются отсутствием казеозного некроза, преобладанием гигантских многоядерных клеток инородных тел, тенденцией к фиброзированию и обособлению в конгломератах. Гранулемы туберкулоидного типа имеют тенденцию к некрозу и фиброзированию, содержат преимущественно гигантские многоядерные клетки Лангханса, часто сливаются, образуя крупные поля. Гранулематоз Вегенера имеет своеобразную морфологическую картину, которая складывается из полиморфных, преимущественно плазмоцитарных клеточных инфильтратов охватывающих мелкие сосуды в виде «муфт». Периваскулярные клеточные скопления местами сливаются в сплошной инфильтрат, местами дифференцируются в гранулемоподобные образования, состоящие из эпителиоидных и гигантских многоядерных клеток. При саркоидной реакции определяются гранулемы туберкулоидного и саркоидного типа в сочетании с метастатическим поражением лимфоузлов. Для силикоза характерны концентрические силикотические гранулемы, содержащие кониофаги.

Выводы. Дифференциальная диагностика гранул при диссеминированных процессах легких сложна и требует комплексного клинко-морфологического подхода с учетом анамнестических, клинических данных и результатов лабораторных исследований.

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Шабалик О.В. 4 к. 37 гр. ЛФ, *Абабурко О.В.* 3 к. 1 гр. медико-диагностический факультет

Руководитель темы: *Кардаш Н.А.* асс. каф. патологической анатомии

ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Неэпителиальные опухоли органов пищеварительной системы — это самая разнообразная по гистогенезу и строению, редко встречающаяся группа опухолей. По разным источникам составляет 3,5–10,6% от всех эпителиальных новообразований.

Цель. Провести клинко-морфологический анализ случаев смерти больных с неэпителиальными опухолями органов пищеварительной системы.

Материалы и методы. Протоколы вскрытий УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро» больных за 2010–2014 годы.

Полученные результаты. Всего за 5 лет в УЗ «ГОПАБ» было выполнено 6661 вскрытие. 527 (7,9%) аутопсий составили опухолевые процессы. Из них 63 (0,95%) — неэпителиальные опухоли пищеварительной системы, которые в 21 наблюдении были доброкачественные и 42 — злокачественные. В 34 случаях опухоли выявлены у мужчин, 29 — женщин, средний возраст которых составил 59,3 и 68,4 года.

Одним из редких и наименее изученных разделов современной онкологии являются мезенхимальные опухоли пищеварительной системы. По данным литературы они составляют 1–3% от всех новообразований данной локализации. При исследовании мезенхимальные опухоли выявлены в 31 (49,3%) наблюдении. В 12 случаях они выступали как основное заболевание, а в 19 — как сопутствующая патология. Из доброкачественных, в 2 наблюдениях выявлена липома, которая локализовалась в желудке, в 13 — кавернозная гемангиома с локализацией в печени, в 5 — лейомиома, которая поражала желудок (3 случая) и сигмовидную кишку (2). Причем в 2 наблюдениях лейомиома сигмовидной кишки была основным заболеванием, осложнившаяся в 1 случае перфорацией с перитонитом, а во втором — механической кишечной непроходимостью. В 5 наблюдениях выявлена злокачественная гастроинтестинальная стромальная опухоль кишечника, в 4 — злокачественная мезотелиома брюшины, в 1 — злокачественная фиброзная

гистиоцита желудка. В 1 случае диагностирована злокачественная мезенхимомы сальника, которая является опухолью сложного строения, состоящая из производных нескольких видов ткани мезенхимального происхождения, т. е. мезенхимальной тератомой. Все злокачественные опухоли этой группы имели лимфогенные и гематогенные метастазы, причинами смерти больных стали выраженная интоксикация, кахексия и присоединившаяся бронхопневмония.

Среди опухолей нервной системы и оболочек мозга в 2 (3,1%) наблюдениях выявлены доброкачественная и злокачественная невриномы, которые являлись сопутствующей патологией.

Опухоли кроветворной ткани были диагностированы в 30 (47,6%) случаях. В 13 наблюдениях были лейкозы и 17 — лимфомы. Из острых лейкозов в 4 случаях выявлен острый миелобластный и 1 — недифференцированный. Среди хронических лейкозов в 1 наблюдении хронический моноцитарный и 7 — хронический лимфолейкоз, из которых в 4 — диагностирована миеломная болезнь. Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина) выявлен в 2 случаях, злокачественная лимфома — 15. В 7 наблюдениях наблюдался распад опухолевых узлов с перитонитом. Все опухоли этой группы протекали с выраженной интоксикацией, поражением лимфатических узлов брюшной полости, ворот печени, лейкозной инфильтрацией поджелудочной железы, печени и селезенки. Причиной смерти больных явилась выраженная интоксикация, обусловленная генерализацией процесса.

Выводы. Согласно секционным данным неэпителиальные опухоли органов пищеварительной системы встречались редко. При этом чаще диагностировались злокачественные, среди которых преобладала злокачественная лимфома. Из доброкачественных чаще выявлена кавернозная гемангиома.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПНЕВМОНИЙ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ

Паулиц Ю.П. 4 к. 23 гр. ЛФ, Каишей С.И. 4 к. 23 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Бутолина К.М. асс. каф. патологической анатомии*

ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Госпитальная пневмония занимает 2-е место в структуре госпитальных инфекционных осложнений и составляет 15–18%. Развитие пневмонии у хирургических больных после оперативных вмешательств является серьезным осложнением, отягчающим течение послеоперационного периода. У 17% больных после крупных плановых операций имеется риск присоединения послеоперационной пневмонии. Летальность при внутрибольничных пневмониях остается высокой — 20–50%.

Цель. Дать клинико-морфологическую характеристику послеоперационных пневмоний у умерших в стационарах г. Гродно.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных протоколов вскрытий за 2013 год из архива Гродненского областного патологоанатомического бюро.

Полученные результаты. На вскрытиях в 2013 году пневмонии были выявлены у 363 умерших в стационарах г. Гродно. Из них в 46 (13%) наблюдениях пневмонии развились в послеоперационном периоде. При этом в 12 (26%) случаях послеоперационные пневмонии не были диагностированы при жизни. Среди умерших было 28 (61%) мужчин (средний возраст — 61,2±16,1 года) и 18 (39%) женщин (средний возраст — 73,8±12,2 лет).

Чаще всего пневмонии диагностировались после операций на органах брюшной полости (71,7%). В 15,2% случаев они выявлялись после ампутации нижних конечностей, в 6,5% — после трепанации полости черепа и в 6,5% — после операций на органах мочеполовой системы. Средняя продолжительность жизни после операций составила 10,5 суток. Наряду с пневмонией у 20 (43,5%) пациентов послеоперационный период осложнился перитонитом, у 3 (6,5%) — сепсисом. У 6 (13%) человек развилась тромбоземболия внутриорганных ветвей легочной артерии. В 3 (6,5%) случаях отмечалось нагноение культи конечности, в 2 (4,3%) — гнойный менингоэнцефалит, а в 1 (2,2%) наблюдении — острое отторжение трансплантата. 32 (69,6%) больных имели тяжелую сопутствующую патологию: 13 (28,3%) — злокачественные опухоли, 8 (17,4%) — заболевания сердечно-сосудистой системы с хронической сердечной

недостаточностью, 6 (13%) — сахарный диабет, 5 (10,9%) — хронические обструктивные болезни легких. 7 (15,2%) человек страдали ожирением.

В 40 (87%) секционных наблюдениях бронхопневмонии были двусторонними, в 6 (13%) — односторонними. В большинстве случаев они локализовались в нижней доле (42 случая — 91, 3%), в 3 (6,5%) случаях — в верхней доле и в 1 (2,2%) наблюдении в средней доле правого легкого. По объему пораженной ткани 12 (26,1%) очаговых пневмоний были дольковыми, 31 (67,4%) — сливными дольковыми, 3 (6,5%) — полисегментарными. В 16 случаях (34,8%) они имели серозно-гнойный характер экссудата. Гнойный экссудат отмечался в 29 (63%) наблюдениях, фибринозно-гнойный — в 1 (2,2%). У 4 больных (8,7%) очаговые пневмонии осложнились развитием абсцессов, а у 3 (6,5%) — гнойным плевритом.

Выводы. Послеоперационные пневмонии чаще встречались в старших возрастных группах, после объемных, травматичных и продолжительных оперативных вмешательств, на фоне тяжелой сопутствующей патологии, чаще у мужчин. Летальному исходу способствовали двусторонний характер пневмонии, значительный объем поражения легочной ткани, а также сочетание пневмонии с другими послеоперационными осложнениями.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЧИН ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТЕЙ ПО МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ

Евтушик Е.М. 3 к. 3 гр. ПФ, Семенюк О.А. 3 к. 3 гр. ПФ

Руководитель темы: *Глебик О.В.* асс. каф. патологической анатомии

ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Формирование пороков происходит преимущественно в период эмбрионального морфогенеза. Непосредственно после УЗИ (на 10–12-й неделе, 20–22-й неделе) можно выявить причины, которые являются показаниями к прерыванию беременности. Врожденные пороки развития плода (ВПР) — выходят на первое место среди причин, приводящих к детской инвалидности и смерти. Поэтому данная проблема представляет

Цель. Определить основные причины прерывания беременности по медико-генетическим показаниям по Гродненской области за трехлетний период.

Материалы и методы. Был произведен статистический анализ 215 протоколов патоморфологического исследования абортированных по генетическим показаниям плодов за 2012–2014 гг., в 12–22 недели беременности. Данные предоставлены детским патологоанатомическим отделением УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое

Полученные результаты. В ходе анализа полученных данных было установлено, что за период (2012–2014 гг.) было прервано по причине ВПР — 154 (72%) случая, хромосомных болезней — 46 (21%), других патологий — 15 (7%). Из ВПР наиболее часто встречались пороки развития центральной нервной системы, что составило 46 (30%) наблюдений, ВПР сердечно-сосудистой системы — 45 (29%), ВПР желудочно-кишечного тракта — 5 (3%), ВПР мочевыделительной системы — 3 (2%), множественные ВПР — 55 (36%). Из хромосомных болезней наиболее часто встречались: синдром Дауна — 36 (79%), синдром Шерешевского–Тернера — 5 (11%), синдром Эдвардса — 2 (4%). Также встречались единичные случаи дистрофии Дюшен–Беккера и скелетной системной дисплазии. Основным сроком прерывания беременности является 20–21 неделя, что составило — 97 (45%) наблюдений. Также отмечались прерывания на 18–20-й неделе — 42 (20%), 12–14-й неделе — 37 (17%), 10–12, 14–16, 16–18-й неделе — по 5–6%. Средний возраст матери при этом был 20–25 лет — 70 (33%), 26–30 лет — 67 (31%), 31–35 лет — 37 (17%), 36–40 лет — 16 (7,5%), 16–19 лет — 14 (6, 5%). Процентное соотношение плодов мужского и женского пола было практически одинаково: муж. — 110 (51%), жен. — 105 (49%). Прерывание беременности было результатом 1-й беременности в 92 (42%) случаях, 2-й — 52 (24%), 3-й 36 (16%), 4-й и более — 37 (18%). Единичный — в результате 9-й беременности.

Выводы. Данные исследования показали, что за трехлетний период самой частой причиной прерывания беременности стали ВПР центральной нервной системы — 46 (30%). Средний возраст женщин за три года составляет 20–25 лет, при этом чаще всего эта была первая беременность. Основной срок прерывания 20–22-я неделя — 97 (45%), что связано с плановым проведением УЗИ диагностики.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Неганова М.Ю. 1 к. 212 гр. факультет «Лечебное дело»

Руководитель темы: *Рыжова Н.П.*, председатель ЦМК «Материнство и детство»
Санкт-Петербургский фельдшерский медицинский колледж

Велика социальная значимость патологии, ассоциированной с ДСТ: потеря нетрудоспособности, инвалидизация; высокая смертность от сердечных аритмий, ИБС, разрыва аневризм; снижения показателей здоровья лиц призывного возраста; рост случаев синдрома внезапной смерти; неконтролируемое увеличение частоты заболеваний детей и подростков; патология репродуктивной системы.

Цель. Провести анализ фенотипических маркеров дисплазии соединительной ткани у современного поколения.

Материалы и методы. Нами обследовано 100 обучающихся (50 человек 1 курса и 50 человек 2 курса) возраст от 17 до 35 лет. В основу исследования положен метод осмотра и анкетирования по методу Бейтона. Анкета состоит из 31 вопроса (диагностического критерия) с оценкой изменения со стороны костной, суставной, кожной, мышечной, органов зрения, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной, крови, нервной системы.

Полученные результаты. Анализ объективного статуса студентов и анкетирование позволило выделить множество фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани: мезодермальные аномалии с изменениями со стороны скелета (астеническое телосложение — 61,0%, деформации грудной клетки — 6,0%, позвоночника — 41, 2%, плоскостопие — 39,5%, гипермобильность суставов — 53,4%, замедление роста верхней и нижней челюсти — 11,0%, привычные вывихи — 15,0%); кожи и мягких тканей (гиперрастяжимость и истонченность кожи — 21,0%; глаз — 24,0%; встречались келоидные стрии, веснушки, обилие родинок. Носовые кровотечения (15,0%), петехиально-пятнистые элементы сыпи (27,0%), повышенная кровоточивость десен (13,0%).

Выводы. Собранные воедино, эти признаки свидетельствуют о дисплазии соединительной ткани и, чем больше фенотипических признаков выявляется при осмотре, тем больше оснований ожидать патологические изменения и во внутренних органах.

АУТОИММУННЫЙ ТИРОИДИТ, ТУБЕРКУЛЁЗ И ВИТАМИН D₃

Соболевская П.А. инт. 2014 года каф. патологии, факультетской терапии

Руководитель темы: *Строев Ю.И.* проф. каф. патологии, к.м.н.

СПбГУ

Известно, что туберкулез легких может сопровождаться различными нарушениями функции щитовидной железы. Сочетание туберкулеза (ТВС) с зобом было описано около 200 лет назад (Gamburger, 1854). В XIX веке в Швейцарии при повальном ТВС и очень распространенном (до йодной профилактики) эндемическом зобе такое сочетание не было удивительно С.П. Боткин в своих лекциях (1950) обращал внимание на то, что в клинике туберкулеза и базедовой болезни имеется много общих симптомов (погливость, субфебрильная лихорадка, тахикардия и др.). В XXI веке при прогрессирующем росте заболеваемости аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) — до 15% в популяции, его сочетание и взаимосвязь с пока еще распространенным ТВС легких тем более вероятна.

Лица с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) марфаноидного фенотипа имеют особую предрасположенность к осложненному течению ТВС, обусловленную избытком цитокина ТФР-

бета — одним из понижающих регуляторов витамин-D-зависимого иммунитета к ТВС. АИТ чаще возникает именно при ДСТ марфаноидного фенотипа (Строев Ю.И., Чурилов Л.П., 2014). АИТ, детерминированный зависящими от Th1 аутоаллергическими реакциями, сочетает в себе нарушения обмена витамина D с тенденцией к гипокальциемии. При АИТ обнаруживается повышенный уровень аутоантител к некоторым аутоантигенам легких, а при туберкулезе — к антигенам тироцитов (Николаев А.В. и др., 2013, 2014).

Цель. Установить возможную связь между патогенезом АИТ и туберкулеза.

Полученные результаты. Нами (Соболевская П.А. и др., 2014) без специальной выборки был изучен анамнез у 284 пациентов (241 женщина и 43 мужчины) в возрасте от 3 до 77 лет с АИТ с гипотирозом различной степени — от легкой до микседемы. Оказалось, что из них у 45 человек (16, 3%) были анамнестические указания на положительные туберкулиновые пробы в детском или юношеском возрасте (в популяции Санкт-Петербурга в 2000 г. это отмечено у 9, 5% лиц). Кроме этого, у 155 лиц с АИТ (женщин — 124, мужчин — 31; ср. возраст $32,5 \pm 1,6$ года) нами исследованы ионизированный кальций (Ca) и холекальциферол (витамин D₃). Уровень Ca оказался у них явно сниженным и составил в среднем $1,04 \pm 0,015$ при норме у взрослых — $1,17 - 1,29$ мм/л. Уровень витамина D₃ равнялся в среднем $21,7 \pm 2,5$ нг/мл, что тоже ниже общепринятых норм (35–50 нг/мл). Между уровнями D₃ и Ca мы обнаружили прямую и заметную связь (коэффициент корреляции — статистически значимый). Известно, что одной из главных мишеней витамина D является иммунная система (Беляева И.В. и др., 2013). В наших наблюдениях связь между уровнем витамина D₃ и уровнем антител к ТГ тоже была прямой, но слабой (коэффициент корреляции не значимый). Связь между уровнем витамина D₃ и уровнем антител к ТПО оказалась также слабой, но обратной (коэффициент корреляции не значимый).

Выводы. Так как нарушения обмена кальция и витамина D₃ свойственны и ТВС (Nnoaham K.E., Clarke A., 2007), то можно полагать, что АИТ и ТВС имеют общие звенья патогенеза, обусловленные влиянием D₃ на активность Th1 и на механизмы врожденного иммунитета, в частности, при хронических инфекциях. Этим может объясняться и обнаруженная нами более высокая частота положительных туберкулиновых проб у лиц с АИТ, чем в общей популяции. Не удивительно, что препараты кальция (особенно хлористый кальций) издавна эмпирически использовались в терапии больных ТВС и находят широкое и эффективное применения при АИТ с гипотирозом в наше время.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И СИНДРОМОМ АДАПТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ КОЛЛЕДЖА

Богданова А.М. 1 к. 212 гр. факультет «Лечебное дело»

Руководитель темы: *Рыжова Н.П.* председатель ЦМК «Материнство и детство»

Санкт-Петербургский фельдшерский медицинский колледж

Проблемы адаптации студентов при профессиональном обучении обусловлена тем, что особенно в первый год в колледже студент встречается с информационной насыщенностью учебного процесса, с наличием особых форм организации учебной деятельности — все это повышает тревожность у первокурсников и существенно влияет на процесс адаптации. Постоянное умственное и психическое напряжение, а также нарушения труда, отдыха и питания часто приводят к срыву процесса адаптации и развитию заболеваний, с этим связан биологический аспект адаптации.

Знание индивидуальных особенностей студента, на основе которых строится система включения его в новые виды деятельности и новый круг общения, дает возможность избежать дезадаптационного синдрома, сделать процесс адаптации ровным и психологически комфортным.

Процессы адаптации к стрессу, резервные возможности организма тесно связаны с состоянием соединительной ткани; в случае ее неполноценности возникают адаптативные расстройства, синдром хронической усталости и пр. Сегодня, новая информация о роли соединительной ткани как о проводящей и регулирующей среде, в том числе и в адаптационных процессах, позволяет нам дополнить доктрину Селье.

Цель. Изучение возможности студентов преодолевать стрессовые ситуации в зависимости от функциональных особенностей организма.

Материалы и методы. Нами обследовано 100 обучающихся (50 человек 1 курса и 50 человек 2 курса) возраст от 17 до 35 лет. В основу исследования положен метод осмотра и анкетирования по методу Бейтона. Анкета состоит из 31 вопроса (диагностического критерия) с оценкой изменения со стороны костной, суставной, кожной, мышечной, органов зрения, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной, крови, нервной системы. Учитывались данные об успеваемости, посещаемости, заболеваемости.

Полученные результаты. Определение трех больших диагностических критерия дисплазии соединительной ткани показало, что немотивированная усталость, снижение работоспособности и двигательной активности у студентов за прошедший семестр наблюдался в 39,0% у опрошенных. Нарушения со стороны костно-мышечной системы 31,0–51,0%, сопровождающихся периодическими необъяснимыми миалгиями, чувством дискомфорта. Физкультурой и спортом вообще не занимаются 21,0% студентов.

Выводы. Исходя из вышесказанного, можно сделать следующие выводы: из 100 человек исследуемой группы студентов 62,0% имеют различные функциональные отклонения, возможно связанные с дисплазией соединительной ткани. Имеющиеся данные фундаментальной и клинической медицины предполагают в основе дефицит магния. Возможно использование поддержки организма обучающегося препаратами магния с витамином «В-6», поможет улучшить период адаптации первокурсника и студентов других курсов на период сессии. Случаи глубокого нарушения адаптации могут приводить к развитию болезней, срывам в учебной, профессиональной деятельности, антисоциальным поступкам.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИЕНА НА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ В КРОВИ И ПЕЧЕНИ ПРИ СТРЕССЕ У КРЫС

Киреева М.О. 3 к. 382 гр. ЛФ, Ланская К.А. 3 к. 382 гр. ЛФ,

Пирожкова Е.А. 3 к. 382 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Хегай М.Д.* проф. каф. патологической физиологии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Любая стрессорная реакция организма сопровождается кратковременным подъемом уровня активных форм кислорода (АФК) и развитием окислительного стресса.

Цель. Выяснить влияние полиена на ПОЛ в плазме крови и ткани печени при стрессорной реакции у крыс.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 18 белых беспородных крысах, поделенных на три группы: интактные, контрольные (стресс 0, 9% NaCl) и профилактические (стресс полиен). Стресс у животных вызывали путем плавания в воде комнатной температуры в течение 20–25 мин. Препарат вводили перорально за 30 мин до стресса. Относительное содержание продуктов ПОЛ, в частности, диеновых конъюгатов (ДК) определяли спектрофотометрическим методом в изопропанольной фракции при длине волны 233 нм. Уровень малонового диальдегида (МДА) определяли в цветной реакции с тиобарбитуратовой кислотой.

Полученные результаты. В ходе исследования мы получили концентрацию ДК и МДА в крови контрольных животных, соответственно 40,78 нмоль/мл и 1,22 нмоль/мл ($p < 0,05$). Показатели ДК и МДА в крови исследуемой группы уменьшились до значений, полученных у интактных животных, соответственно 35,9 нмоль/мл и 0,99 нмоль/мл ($p < 0,05$). В то же время следует отметить, что при стрессорном воздействии процессы ПОЛ в ткани печени были значительно выражены. Это видно из изменений концентраций ДК и МДА в ткани печени у контрольных животных по сравнению с интактными, соответственно 222,56 нмоль/гтк и 188,28 нмоль/гтк; 6,43 нмоль/гтк и 3,0 нмоль/гтк ($p < 0,05$). Воздействие полиена способствовало нормализации концентраций ДК и МДА в ткани печени до показателей интактных животных.

Выводы. Следовательно, полиен обладает профилактическим действием на перекисное окисление липидов при стрессе.

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

Федотовская Ю.И. 4 к. 417 гр. МПФ, *Гришина И.С.* 4 к. 420 гр. МПФ,

Подсуслонникова Е.Д. 4 к. 420 гр. МПФ

Руководители темы: *Белогурова Е.А.* доц. каф. патологической физиологии, к.м.н.,

Денисенко Н.П. проф. каф. патологической физиологии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

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. Изучение особенностей развития эмоционального стресса (ЭС) у людей с отрицательным эмоциональным балансом.

Материалы и методы. Обследовано 67 здоровых волонтеров (19–26 лет, обоего пола). Определяли тип гемодинамики, вариабельность сердечного ритма, индекс функциональных изменений (ИФИ), степень алекситимии, оценивали уровень тревожности (личностной — Тл и реактивной — Тр) в условиях относительного функционального покоя и в ЭС (в период экзаменационной сессии).

Полученные результаты. У лиц, составивших группу волонтеров с «отрицательным» эмоциональным балансом (67 человек) уровень личностной тревожности соответствовал уровню «высокая»: 48, 4 [45–51] балла ($p < 0,01$). При воздействии стресса уровень тревожности снижался (44, 4 [41–50] балла, $p < 0,01$), однако соответствовал значению «умеренно-высокая». У этих же испытуемых с «отрицательным» эмоциональным балансом признаки алекситимии были выявлены у одного человека, и 5 человек относились к группе риска (2,2% и 11,1% соответственно).

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

ИЗМЕНЕНИЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ ВЛИЯНИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА ИЗ-ЗА ТОЧЕЧНОГО СЛУХОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Габриелян Л.Р. 3 к. 308 гр. МПФ, *Габриелян Д.Р.* 3 к. 308 гр. МПФ

Руководитель темы: *Булдакова О.С.* каф. патологической физиологии

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В последнее время человек инстинктивно стремится защититься от «шумового» загрязнения, в том числе и с помощью прослушивания музыки в наушниках. Однако такой способ сопровождается изменением психофизиологических параметров человека, а также влияет на его стрессоустойчивость. Высокая частота воздействия такого точечного слухового воздействия требует внимание как со стороны врачей лечебного, так и профилактического профиля.

Цель. Оценить динамику психофизиологических параметров у студентов при воздействии психоэмоционального стресса. Выявить зависимость между качественно отличающихся друг от друга факторов психоэмоционального стресса при одинаковом пути воздействия.

Материалы и методы. В ходе работы было обследовано 22 студента в возрасте 19–26 лет обоего пола. Участники опыта были подразделены на 2 группы по 11 человек. Каждой группе предлагалось прослушать в течение одного часа музыку с использованием внутриканальных наушников: первая группа — музыка в стиле trance, вторая — эстрадная популярная музыка. Непосредственно перед опытом и после него у студентов определялись уровни тревожности и комфортности (зрительно-аналоговая шкала, %, Ильин Е.П., 2005), скорость арифметического счета (по Дядичкину В.П., 1990), тест Бурдона, кратковременная память, субъективное время (по Смирнову, 1997), а также замерялись артериальное давление (АД), частота дыхания (ЧД), частота сердечных сокращений (ЧСС), вычислялись индекс Кердо (Вейн, 2005) и коэффициент Хильденбранта (Вейн, 2005).

Полученные результаты. С помощью данных методов удалось выявить, что уровни тревоги до и после эксперимента в первой группе составили $34,9 \pm 0,3$ и $64,5 \pm 0,3$ соответственно, комфортности $26 \pm 0,3$ и $22 \pm 0,3$ соответственно, наблюдалась тенденция к увеличению скорости оценки и переработки информации ($8,6 \pm 0,3$ и $10,5 \pm 0,3$), снижению устойчивости внимания и кратковременной памяти, увеличились показатели субъективного времени ($31,8 \pm 0,3$ и $53,7 \pm 0,3$), существенных изменений АД не наблюдалось, но увеличились показатели ЧСС ($58 \pm 0,3$ и $72 \pm 0,3$) и ЧД ($12 \pm 0,3$ и $16 \pm 0,3$), наблюдается преобладание парасимпатических тенденций. Во второй группе — уровень тревоги увеличился незначительно, комфортность — $63 \pm 0,3$ и $52 \pm 0,3$, скорость оценки и переработки информации, кратковременная память, субъективное время увеличились незначительно, существенных изменений АД, ЧСС и ЧД не выявлено.

Выводы. В первой группе (trance музыка) наблюдалось изменение динамики психофизиологических параметров, во второй группе (популярная музыка) относительно без изменений. Исходя из этих данных, можно предположить, что популярная музыка является фактором, оказывающим меньшее воздействие на функциональное состояние человека.

ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ БЕЛКА ОСТРОЙ ФАЗЫ ПРИ БОЛИ

Морозова М.И. 3 к. 16 гр. ПФ, Фисенко С.В. 3 к. 16 гр. ПФ

Руководитель темы: *Блякян М.В.* асс. каф. патологической физиологии, к.м.н.

РостГМУ, Ростов-на-Дону

В последние десятилетия показано, что СРБ — не просто связующее звено между фактором повреждения и механизмами защиты. Показана его роль в активной иммунорегуляции. СРБ влияет на механизмы врожденного иммунитета, в частности на фагоцитоз, активируя его кислородзависимые механизмы киллинга. Эти механизмы обеспечиваются прямым действием СРБ на фагоцитирующие клетки и за счет активации им регуляторов межклеточных взаимоотношений — цитокинов.

Цель. Изучить реакцию СРБ в ответ на острую соматическую боль.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования выполнены на 86 половозрелых нелинейных белых крысах-самцах массой 180–220 г. Острую соматическую боль моделировали путем электрокожного раздражения рецепторной зоны корня хвоста крыс с помощью электростимулятора ЭСУ–2, оценку интенсивности болевого раздражения проводили в соответствии с критериями Вальдмана А.В., Васильева Ю.Н., в модификации Овсянникова В.Г.. В плазме животных определяли С-реактивный белок с помощью иммуноферментных тест-систем для крыс фирмы BD Biosciences (USA).

Полученные результаты. В контрольной серии экспериментов ($n=15$) содержание С-реактивного белка в периферической крови крыс равно $500,53 \pm 20,091$ нг/мл.

Через 2 минуты после болевого воздействия ($n=13$) содержание СРБ в периферической крови составляет $482,46 \pm 45,875$ нг/мл. Через 30 минут — $470,13 \pm 31,138$ нг/мл при $p > 0,05$.

Через 1 час — $337,23 \pm 32,942$ нг/мл. Через 2 часа — $593,60 \pm 38,574$ нг/мл. Через 3 часа — $688,80 \pm 33,309$ нг/мл.

Таким образом, в течение 3 часов после нанесения болевого воздействия животным в их крови отмечается двухфазная реакция С-реактивного белка.

Выводы. У экспериментальных животных после нанесения электроболевого раздражения отмечается двухфазная реакция со стороны СРБ. Через один час содержание СРБ падает, а через 3 часа возрастает.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭТАНОЛА НА ДВИГАТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ, ПАМЯТЬ И СТРОЕНИЕ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ КРЫС

¹Амосова Н.Н. 3 к. 331 гр. факультет «Лечебное дело»

Руководители темы: ²Олейник Т.Л. научн. сотр., к.б.н.,

¹Анненкова О.М. научн. сотр. каф. общемедицинских дисциплин, к. вет. н.

¹Санкт-Петербургский фельдшерский колледж

²Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова РАН

В настоящее время снова возрос интерес к проблеме влияния алкогольной интоксикации на структуры центральной нервной системы, так как в последние годы сильно вырос уровень употребления алкоголя практически всеми слоями населения. Ранний неонатальный период развития крысят эквивалентен третьему триместру развития плода у человека, поэтому такая модель алкогольной интоксикации дает возможность экстраполировать данные, полученные на крысах, для решения проблемы воздействия алкоголя на человека. Наше исследование определяет достаточно ли однократного воздействия этанола в высокой дозе во время этого периода для изменения как в поведении экспериментальных животных, так и в морфологической структуре коры головного мозга.

Цель. Изучить двигательную активность, кратковременную и долговременную память, а также изменения в коре больших полушарий после введения этанола крысам в возрасте 5 дней в дозе 6 г/кг веса животного по сравнению с контрольными.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 40 беспородных белых крысах, которые были разделены на экспериментальную и контрольную группы. В возрасте 1 месяц проводились оценка двигательной активности по методике «открытое поле» и тест на распознавание объектов. Подсчитывались: число пересеченных квадратов, время замираний, груминг, дефекации, урикации, вертикальные стойки. Оценивалось так же время привыкания к новому месту. Тест на распознавание включал в себя опознавание пяти объектов, которые предъявлялись попарно на время 5 минут, через 180 минут, чтобы определить кратковременную память и через 24 часа, чтобы оценить долгосрочную память. Микроскопически изучалось строение первичной моторной коры и соматосенсорной коры больших полушарий головного мозга в световом и электронном микроскопе. Вычислялись средние значения различных величин, характеризующих состояние коры головного мозга и статистическая ошибка среднего значения для каждой группы животных.

Полученные результаты. В результате было показано, что у контрольной группы нарушалась как кратковременная, так и долговременная память, снижался уровень двигательной активности, повышался уровень тревожности, животные были склонны к замиранию. Морфологические изменения у контрольной группы крыс характеризовались нейродегенеративными процессами в слое V: у пирамидных нейронов наблюдался пикноз, укорочение дендритов, снижение плотности дендритных шипиков, уменьшение объема ядрышек. Плотность пирамидных нейронов снижалась на 30% по сравнению с контролем.

Выводы. Таким образом, полученные данные демонстрируют сильный цитотоксический эффект этанола даже при однократном введении в высокой дозе в период раннего неонатального развития крыс, что получило подтверждение при исследовании поведения у подопытных животных.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Руднева Ю.А. 3 к. 340 гр. ЛФ, Толкунова К.М. 3 к. 340 гр. ЛФ

Руководитель темы: Денисенко М.Д. асс. каф. патологической физиологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Известно, что уровень устойчивости организма к стрессу, во многом определяющий развитие психосоматической патологии, в значительной мере зависит от свойств личности. Можно предположить, что многообразие клинических проявлений кардиальной патологии психосоматического характера обусловлено индивидуальными психофизиологическими особенностями.

Цель. Оценить индивидуальные психофизиологические особенности у пациентов с кардиальной патологией.

Материалы и методы. Было обследовано 23 пациента с кардиальной патологией (ишемической болезнью сердца — ИБС и гипертонической болезнью — ГБ) в возрасте от 45 до 67 лет (35,4% женщин и 64,6% мужчин). Оценивали показатели эмоционального состояния: определяли уровень реактивной тревожности (Tr) по шкале Спилбергера—Ханина, алекситимии (по Торонтской алекситимической шкале), жизнестойкости (тест С. Магиди в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой); высчитывали индекс функциональных изменений (ИФИ) (разработан Р.М. Баевским и А.П. Берсеновой), вегетативный индекс Кердо (ВИК). Группа контроля подбиралась в соответствии с полом и возрастом (7 волонтеров без диагностированной кардиологической патологии).

Полученные результаты. В соответствии с кардиологическим диагнозом все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа — больные с различными клиническими формами ИБС (стенокардия покоя, напряжения, постинфарктный кардиосклероз) — 6 человек; 2-я группа — пациенты с ГБ (6 человек); 3-я группа — индивиды с ИБС и ГБ (13 человек).

Число пациентов с признаками алекситимии и относящихся к группе риска в каждой из исследуемых групп составили более 60% от всех обследованных. Различий внутри групп не наблюдалось. Низкая жизнестойкость была выявлена у 26% пациентов 3 группы (58 [54–61] балла). В каждой группе тревожность, оцениваемая как высокая (53,8 [51,1–62,3] балла) была определена более чем у 50% обследованных (52%, 50%, 54% соответственно).

Для оценки уровня состояния вегетативных систем использовали вегетативный индекс Кердо (ВИК). 83% обследованных первой группы характеризовались активацией парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Наибольшее число индивидов с преобладанием активности симпатического отдела вегетативной нервной системы наблюдалось у пациентов 2-й группы (75%).

Напряжение регуляторных систем организма было в у 33% обследованных в первой группе (ИФИ = 3,22 [3,0–3,31] балла) и 31% пациентов третьей группы (ИФИ = 2, 8 [2,73–2,89] балла). Срыв адаптации наблюдался только у 7% обследованных в третьей группе (ИФИ = 3,7 [3,62–3,79] балла).

Выводы. Напряжение регуляторных систем и признаки срыва адаптации наблюдались у лиц с ИБС и ГБ. Степень тяжести клинических проявлений кардиальной патологии определялась индивидуальным стилем реагирования (высокой реактивной тревожностью, признаками алекситимии и низкой жизнестойкостью).

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭТАНОЛА НА ДВИГАТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ И СТРОЕНИЕ МОЗЖЕЧКА КРЫС В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

¹Быстров А.В. 3 к. 331 гр. факультет «Лечебное дело»

Руководители темы: ²Олейник Т.Л. ст. научн. сотр., к.б.н.,

¹Анненкова О.М. научн. сотр. каф. общемедицинских дисциплин, к. вет. н.

¹Санкт-Петербургский фельдшерский колледж

²Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова РАН

Общеизвестно, что среди структур мозга важнейшую роль в координации и контроле движений играет мозжечок, в то же время он обладает высокой чувствительностью к алкоголю, при

воздействии которого происходит гибель центрального элемента нейронной организации коры мозжечка — клетки Пуркинье. При диагнозе мозжечковой атаксии происходит нарушение координации движений, сходное с картиной двигательных расстройств у человека в состоянии опьянения. Используя модель алкогольной интоксикации на животных, возможно, сравнить нарушения двигательной активности крыс при введении этанола в раннем постнатальном онтогенезе и морфологические изменения, происходящие в мозжечке.

Цель. Изучение изменений двигательной активности крыс после однократного употребления этанола в больших дозах. Также в данном исследовании определялись микроскопические и макроскопические изменения структуры мозжечка при введении этанола в возрасте 5 дней в дозе 6 г/кг веса тела животного.

Материалы и методы. Работа была проведена на 40 беспородных белых крысах, которые были поделены на две группы: экспериментальную и контрольную. В возрасте 1 месяц проводилась оценка двигательной активности крысят обеих групп по методике «открытое поле». Отмечались: горизонтальная двигательная активность, вертикальная двигательная активность, груминг, обследование отверстий, уровень дефекации. У животных обеих групп извлекался мозжечок и проводились морфометрические исследования с помощью световой и электронной микроскопии. Высчитывались средние значения различных величин, характеризующих состояние мозжечка 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 $25 \pm 1,8$, а в экспериментальной группе $3,4 \pm 0,8$. То есть у крысят, подвергавшихся однократному воздействию большой дозы этанола на 5-й день постнатальной жизни, наблюдалось существенное снижение этого показателя. Морфологическое исследование показало, что в контрольной группе происходило статистически значимое изменение размеров как самих клеток Пуркинье, так и их ядер, также уменьшалось количество самих клеток Пуркинье. Их гибель составила 29% по сравнению с контрольной группой. Также наблюдалось изменение в размерах и строении органоидов клеток Пуркинье, их дендритной арборизации, уменьшалась ширина различных слоев коры мозжечка, изменялась его складчатость, площадь белого вещества.

Выводы. Как показали результаты, однократное введение высоких доз этанола в раннем постнатальном онтогенезе вызывает необратимые изменения в мозжечке, что не может не оказывать эффекта на двигательную активность подопытных животных. Из данных литературы известно, что ранний неонатальный период развития крысят эквивалентен третьему триместру развития плода у человека. Поэтому данные эксперименты можно рассматривать как модель развития фетального алкогольного синдрома, что позволяет сделать вывод о сильном тератогенном эффекте этанола.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПАРНЫХ КОРРЕЛЯЦИЙ МЕЖДУ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМОЙ И СИСТЕМОЙ КРОВИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ УСТОЙЧИВОСТИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА К ГИПОКСИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ

Ряполов А.В. 2 к. 1Б гр. факультет подготовки врачей для ракетных и сухопутных войск
Руководитель темы: *Королев Ю.Н.* доц. каф. нормальной физиологии, к.м.н.

ВМедА

Изучение данного вопроса имеет большое значение в вопросах общей и спортивной физиологии, а также играет огромную роль в вопросах физиологии военного труда в условиях пониженного парциального давления кислорода в атмосферном воздухе.

Цель. Исследование коэффициента парных корреляций (КПК) между показателями работы сердечно-сосудистой и системой крови при формировании устойчивости организма к гипоксической гипоксии.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 54 испытуемых курсанты — 2 курса 2 факультета. Регистрировалось содержание оксигемоглобина (SpO_2) крови и частотой сердечных сокращений пульсоксиметром в исходном состоянии и при гипоксической нагрузке.

Испытуемые были разделены на три группы по показателю содержания SpO_2 устойчивых и неустойчивых, и промежуточная группа. В наших исследованиях, интерес представляли только первые две группы.

Полученные результаты. У устойчивых к гипоксии в исходном состоянии КПК составил на 1-й минуте 0,42; на 5-й минуте — 0,21. При гипоксической нагрузке кпк на 1-й минуте — 0,42; на 5-й минуте — 0,20; на 10-й минуте — 0,41; на 15-й минуте — 0,19. При восстановлении КПК на 1-й минуте — 0,50; на 5-й-й минуте — 0,50. У неустойчивых к гипоксии были получены следующие показатели КПК на 1-й минуте — 0,51; на 5-й минуте — 0,58. При гипоксической нагрузке на 1-й минуте — 0,06; на 5-й минуте — 0,52; на 10-й минуте — 0,01; на 15-й минуте — 0,57. При восстановлении КПК на 1-й минуте — 0,05; на 5-й минуте — 0,03.

Выводы. Полученные результаты позволяют заключить, что при формировании устойчивости организма к гипоксической гипоксии не формируются положительные межсистемные взаимосвязи между сердечно-сосудистой и дыхательной системой, однако КПК у устойчивых испытуемых были выше.

ОЦЕНКА И АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ МУЗЫКАЛЬНОМ ТОЧЕЧНОМ СЛУХОВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ (ВОСТОЧНАЯ И КИТАЙСКАЯ МУЗЫКА)

Гора Д.А. 3 к. 337 гр. ЛФ, Власкина К.О. 3 к. 337 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Булгакова О.С.* каф. патологической физиологии

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Точечное слуховое воздействие, которое достигается применением наушников, является более травмирующим фактором, чем прослушивание информации без таких технических приспособлений. Поэтому остаются достаточно актуальными исследования, позволяющие оценить это воздействие на функциональное состояние человека. Особенно интересным представляются научные разработки проблемы качественно разного точечного слухового воздействия: разная музыка, разный язык, разные речевые тексты.

Цель. Оценить и проанализировать изменение функционального состояния людей до и после точечного слухового воздействия разных музыкальных направлений.

Обосновать гипотезу, что воздействие такого рода изменяет функциональное состояние.

В опыте принимали участие две группы людей в возрасте 19–20 лет. В каждой группе было по 12 человек. Оценка функционального состояния происходила путем тестирования и инструментального обследования в такой последовательности: оценка функционального состояния — музыкальное воздействие — оценка функционального состояния. Методы: частота сердечных сокращений, частота дыхания, коэффициент Хильденбранта (показывает межсистемное взаимодействие), корректурная проба (тест Бурдона), скорость арифметического счета, уровень ситуативной тревоги.

В ходе исследования были получены данные со средними значениями, стандартным отклонением и проверкой на достоверное отличие параметров до и после тестирования одного музыкального воздействия внутри групп и сравнение разного музыкального воздействия между двумя группами (см. дополнение).

Выводы:

1. Точечное слуховое воздействие привело к изменению функционального состояния испытуемых.
2. Опираясь на достоверные отличия параметра фонового от параметра после точечного музыкального воздействия можем утверждать, что:
— после воздействия китайской музыки в течение часа устойчивость внимания снизилась; частота сердечных сокращений также снизилась, частота дыхания увеличилась.
после воздействия восточно-этнической музыки в течение часа концентрация внимания значительно снизилась; переключаемость внимания также снизилась, частота дыхания увеличилась; коэффициент Хильденбранта снизился.
3. Существует достоверное отличие влияния на функциональное состояние человека музыки разной мелодики, ритма, тональности.

В заключение можно сказать, что музыкальное воздействие на нервную систему каждого из нас, приводит к изменению работы функций организма человека, что может оказывать на организм человека как положительное влияние, так и отрицательное.

Дополнение:

Таблица средних значений (китайская музыка)

	Уровень тревоги	Скорость арифметического счета	Корректирующая проба (тест Бурдона)			ЧСС	ЧД	Коэффициент Хильденбранта
			Концентрация	Устойчивость	Переключаемость			
До воздействия	67,4±31,3	5,6±4,7	55,8±69,8	11,3±1,5	24,8±12,3	3,6±1,1	78,2±8,4	19,1±2,5
После воздействия	75,9±26,1	4,1±2,5	54,9±38,7	*10,0±1,6	24,1±19,2	3,6±0,5	*73,5±8,5	*20,8±1,9

Таблица средних значений (восточная музыка)

	Уровень тревоги	Скорость арифметического счета	Корректирующая проба (тест Бурдона)			ЧСС	ЧД	Коэффициент Хильденбранта
			Концентрация	Устойчивость	Переключаемость			
До воздействия	81,7±29,8	7,0±6,2	81,4±47,8	11,6±1,9	14,7±13,5	4,2±0,5	71,3±10,4	17,3±2,6
После воздействия	93,5±17,8	8,8±6,0	*45,2±35,1	10,3±2,1	*35,9±15,5	*3,7±0,4	68,9±7,1	*18,5±2,1

Примечание: * — достоверное отличие параметра фонового от параметра после точечного музыкального воздействия.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ ЦИТОКИНОВ НА КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ И КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ СИСТЕМЫ БЕЛОЙ КРОВИ В ДИНАМИКЕ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Декунова А.А. 3 к. 6 гр. ПФ

Руководитель темы: Кутузова А.А. асс. каф. патологической физиологии, к.м.н.

РостГМУ, Ростов-на-Дону

При хронической боли в организме человека формируется сложный комплекс вегетативных реакций, что находит свое отражение в изменении различных физиологических функций организма, однако, остаются недостаточно изучены механизмы влияния боли на изменения количественного и качественного состава системы белой крови и цитокинового спектра.

Цель. Изучить изменения лейкоцитарного профиля крови и содержание цитокинов в динамике формирования ХБС.

Материалы и методы. Для моделирования ХБС использовался метод электрокожной стимуляции рецепторной зоны хвоста крысы. Для исследования морфологических показателей крови у крыс в динамике эксперимента брали кровь из подязычной вены.

Полученные результаты. Особенности лейкоцитарного профиля крови самцов белых крыс в динамике формирования ХБС. Исходный фон лейкоцитов — 5070 ± 490 кл/мкл, ЛФ — 4090 ± 140 кл/мкл. Нейтрофилов ПЯ — 140 ± 20 кл/мкл и СЯ — 580 ± 60 кл/мкл. Моноцитов — 260 ± 40 кл/мкл. В ходе исследований на 1, 5, 15, 30, 60-е сутки общая динамика лейкоцитарной реакции крови самцов белых крыс в ходе развития ХБС имело общий характер с инициальной тенденцией к лейкоцитозу в аварийную фазу процесса, медленно нарастающим в подостром периоде гиполейкоцитарным сдвигом, формированием лейкопении на ранней стадии хронизации БС и последующей её гиперкомпенсацией в отдаленном периоде ХБС. Изменение содержания цитокинов в крови половозрелых самцов белых крыс в динамике формирования ХБС. В ходе исследований на 1, 5, 15, 30, 60-е сутки цитокиновый профиль крови самцов белых крыс в процессе развития ХБС характеризовался изменениями отдельных фракций: 1) ИЛ-1 альфа — постепенный рост концентрации, пик на 30-е сутки развития ХБС и тенденцией к уменьшению в отдаленную фазу; 2) ИЛ-4 — повышение в «аварийную» фазу процесса со слабой тенденцией к снижению и стабилизацией супранормального уровня в переходном периоде и в периоде хронизации БС; 3) ИЛ-6 — резкий подъем в «аварийную» фазу, с последующим нарастанием и пиком концентрации на 15-е сутки процесса и снижением до субнормального уровня в отдаленном периоде ХБС; 4) ФНО-альфа — снижение в острый период процесса, и повторное снижение в отдаленный период ХБС.

Выводы. Вероятно, что такие изменения лейкоцитарного профиля, как омоложение нейтрофильного ряда, а также прогрессирующая лимфо-моноцитопения, лейкопенический сдвиг в подострую фазу, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево в фазе хронизации болевого синдрома обусловлены регуляторным влиянием ЦК: на ранних этапах процесса — повышением уровня провоспалительного ИЛ-6 и уменьшением концентрации ФНО-альфа, нормализацией уровня ИЛ-6 и повышением удельного веса ИЛ-1 и ростом противовоспалительного ИЛ-4 в фазу хронизации болевого синдрома.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЮДЕЙ С ТИПОМ ТЕМПЕРАМЕНТА «ПРОМЕТЕЙ» В УСЛОВИЯХ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА

Рыдин К.Н. 4 к. 437 гр. ЛФ, Прокудина О.А. 4 к. 437 гр. ЛФ

Руководитель темы: Денисенко Н.П. проф. каф. патологической физиологии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Одно из центральных мест в этиологии заболеваний всех систем организма занимает эмоциональный стресс. Определение влияния индивидуальной реактивности и личностных особенностей в типичных стрессогенных ситуациях необходимо для установления конкретных механизмов, лежащих в основе перенапряжения процессов адаптации и возникновения пограничных состояний, а также для определения путей их предупреждения.

Цель. Выявление психофизиологических особенностей людей с типом темперамента «Прометей» и определение индивидуальных особенностей адаптивных реакций в условиях эмоционального стресса.

Материалы и методы. Было обследовано всего 249 волонтеров обоего пола в возрасте 18–26 лет. Все добровольцы были разделены на группы по типам темперамента (Кейрси Д., 1956); из них 27 человек (11%) имели тип темперамента «Прометей». Оценку психологических свойств личности (уровень личностной и реактивной тревожности, степень алекситимии, интроверсии/экстраверсии, нейротизма) и свойств ВНД (сила/слабость, лабильность/инертность, скорость реакции) проводили у испытуемых с типом темперамента «Прометей». Также у волонтеров этой группы изучали показатели системной гемодинамики и вариабельности сердечного ритма. Исследование проводили дважды: в исходном состоянии и при воздействии эмоционального стресса (экзамен). Статистическую обработку данных проводили с помощью параметрических и непараметрических методов.

Полученные результаты. В ходе исследования было установлено, что у испытуемых с типом темперамента «Прометей» преобладает сильный и средне-сильный тип нервной системы (33,3% и 32,2% соответственно). В условиях относительного функционального покоя большинство

испытуемых (66,6%) имели высокие показатели КЧСМ и КЧРМ, что свидетельствует о высокой степени лабильности процессов возбуждения нервной системы. Более 85% волонтеров характеризовались высоким результатом реакции на движущийся объект, что отражает преобладание процессов возбуждения над торможением в структурах ЦНС. Особенности свойств личности волонтеров с типом темперамента «Прометей» в этот период характеризовались преобладанием интровертированности с высоким уровнем нейротизма. Критерий САН у 77,7% испытуемых определялся состоянием как «благоприятное»; у всех волонтеров уровень алекситимии не превышал 60 баллов. Воздействие эмоционального стресса выявило формирование положительного эмоционального баланса (реактивная тревожность преобладает над личностной тревожностью) у 98% добровольцев; также достоверно увеличивались показатели лабильности (на 43,7%) и процессов возбуждения (на 21,8%) в ЦНС. При выявлении изменений гемодинамики у людей с типом темперамента «Прометей» были установлены следующие особенности: вне зависимости от вновь сформированного типа кровообращения, в целом, наблюдалось увеличение ЧСС с $61,1 \pm 0,09$ уд/мин до $85,8 \pm 0,15$ уд/мин ($p < 0,01$), нарастание МОК до $7,48 \pm 0,25$ л/мин, при МОК = $5,52 \pm 0,41$ 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 типом темперамента «Прометей» расценивались как состояние удовлетворительной адаптации (ИФИ = $2,26 \pm 0,17$ балла, $p < 0,05$); ПАРС ($4,1 \pm 0,19$ у. е., $p < 0,05$) соответствовал «выраженному функциональному напряжению».

Выводы. От типа темперамента зависят психофизиологические особенности личности, и характер адаптивных реакций. Знание особенностей реакции функциональных систем человека, принадлежащего к определенному типу темперамента, на острый эмоциональный стресс позволит прогнозировать характер ответной реакции и разрабатывать методы профилактики возможных нарушений соматовегетативных систем.

РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ 3 КУРСА СЗГМУ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Шур Н.Г. 3 к. 349 гр. ЛФ, Гринев А.М. 3 к. 349 гр. ЛФ

Руководители тем: *Белозурова Е.А.* доц. каф. патологической физиологии, к.м.н.,

Денисенко Н.П. доц. каф. патологической физиологии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Успешная подготовка будущих специалистов к профессиональной деятельности предъявляет повышенные требования к их психофизиологическим возможностям и личностным качествам. Высокая интенсивность умственных нагрузок, монотония, частые стрессогенные ситуации зачетов и экзаменов приводят к тому, что значительная часть студентов-медиков страдает стресс-индуцированными расстройствами. На уровне эмоциональной сферы студента-медика такие нарушения часто проявляются как синдром эмоционального выгорания (СЭВ).

Цель. Изучение развития синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у студентов 3 курса лечебного факультета СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Материалы и методы. Обследовано 17 здоровых волонтеров (19–26 лет, обоего пола). Для определения степени выгорания была использована методика «Стиль работы и общения», тип темперамента определяли по методу Кейрси. Также определяли индекс Кердо, индекс функциональных изменений (ИФИ), уровень испытуемого стресса (УИС), в условиях относительного функционального покоя и во время эмоционального стресса (непосредственно перед сдачей зачета).

Полученные результаты. Распределение по типу темперамента среди волонтеров было следующим: 58,8% лица с типом темперамента Аполлон, 29,4% — составили лица с типом Эпиметей и 11,8% — Прометей. У лиц с типом темперамента Эпиметей были выявлены самые высокие показатели коэффициента монотонии, утомления и пресыщения (средние значения в группе составили — 27,8 балла, 26,5 балла и 22,2 балла соответственно), а самые низкие

показатели коэффициента утомления (среднее значение — 17 баллов) и коэффициента пресыщения (среднее значение — 16 баллов) были определены в группе лиц с типом темперамента Прометей. При этом лица с типом темперамента Эпиметей имели самые низкие показатели коэффициента стресса — 22 балла среди всех волонтеров.

Выводы. Формирование синдрома эмоционального выгорания зависит от свойств личности и типа темперамента.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ТИПА МЫШЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ И ИХ АКАДЕМИЧЕСКОЙ УСПЕВАЕМОСТИ

Хасан А.К. 3 к. 383 гр. ЛФ, Артемова А.С. 3 к. 331 гр. ЛФ

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Проблема познания мышления и осознание сложнейших биохимических и физиологических механизмов, протекающих в процессе мышления, является одной из актуальных проблем науки. Сложность изучения заключается в том, что процесс мышления многогранен и индивидуален для каждого человека.

Цель. Проследить взаимосвязь между типом мышления и успеваемостью студента на кафедре нормальной физиологии.

Материалы и методы. Проведение анкетирования среди студентов второго курса лечебного и медико-профилактического факультетов. Использовалась стандартная анкета для определения типа мышления в нашей модификации с добавлением вопросов об успеваемости студентов по предмету «Нормальная физиология»; для подготовки использовалась литература, описывающая физиологические, биохимические и философские аспекты мышления, а также материал периодических изданий, посвященный проблемам изучения мышления человека.

Полученные результаты. Было анкетировано 113 студентов второго курса лечебного и медико-профилактического факультетов. Из них результаты 18 человек были обозначены как нежелательные по «шкале честности». В результате из оставшихся 95 проанкетированных человек: 49 юношей и 46 девушек. При обработке анкет установлено, что среди юношей преобладание логического мышления имеют 70%, преобладание образного—30%. Среди девушек преобладание логического мышления—58%, преобладание образного—42%.

У студентов с логическим типом мышления средний балл по курсу «Нормальная физиология» у юношей 4,6, у девушек 4,3; у студентов с образным типом мышления у юношей 4,1, у девушек 3,9.

Студенты, имеющие логический тип мышления, в среднем затрачивают на самостоятельное изучение нового материала и подготовку домашнего задания от 2 до 4 часов; студенты с образным типом мышления — от 3 до 6 часов.

Выводы:

1. Среди анкетированных студентов преобладает логический тип мышления (64 процента опрошенных).
2. Студенты с логическим типом мышления имеют более высокий средний балл по курсу «Нормальная физиология».
3. Студенты, имеющие логический тип мышления в среднем затрачивают на выполнение домашнего задания меньше времени, чем студенты, имеющие образный тип мышления. Сравнивая полученные данные, мы выяснили, что студенты с логическим типом мышления имеют лучшую успеваемость по предмету «Нормальная физиология», чем студенты с образным типом мышления.

Известно, что для освоения медицинских специальностей необходимо использование логического и образного типов мышления, следовательно студентам стоит развивать оба типа мышления в процессе обучения в медицинском вузе.

ПЕДИАТРИЯ

АНАЛИЗ ПОКАЗАНИЙ К ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

¹Комарова А.А. 5 к. 521 гр. МПФ, ²Вавилова А.О. 2 к. 231 гр. ПФ

Руководители темы: ³Акимов А.А. доц. каф. педиатрии и неонатологии, к.м.н., ¹Щербакова Е.Г.

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова

²СПбГПМУ

³СПб ГБУЗ ДГП № 29

Актуальность: первый год жизни является периодом, когда анатомо-физиологические особенности детей особенно значимы. Это определяет как особенности течения заболеваний, так и сложности диагностики и лечения в этой возрастной группе.

Цель. Проанализировать показания, определяющие необходимость в экстренной госпитализации и стационарном лечении детей первого года жизни.

Материалы и методы. Для оценки показаний к стационарному лечению проведён анализ 1314 направлений на госпитализацию детей различного возраста за период с ноября 2014 по март 2015 года.

Полученные результаты. Анализ экстренной госпитализации показал, что дети до одного года значительно чаще, чем дети других возрастных групп направлялись для лечения в стационар. 16% всех экстренных госпитализаций составили дети первого года жизни. В 50% случаев госпитализация детей первого года была связана с острой респираторной инфекцией, в 22% с острыми кишечными инфекциями. Хирургическая патология и другие экстренные поводы были причиной госпитализации у 13% и 15% детей первого года соответственно. При анализе острой респираторной патологии, послужившей причиной экстренной госпитализации детей, было установлено: в 6% случаев причиной являлся отит, в 7% — острый стенозирующий ларинготрахеит, у 9% пациентов — пневмония. Наиболее частой причиной экстренной госпитализации детей первого года жизни с острой респираторной инфекцией явился бронхообструктивный синдром — у 32% детей. Среди детей первого года жизни, направленных на лечение в стационар, мальчики составили 60%. У них значительно чаще, чем у девочек выявлялась хирургическая патология и бронхообструктивный синдром — в 77% и 67% соответственно.

Выводы

1. Дети первого года жизни, чаще, чем дети других возрастных групп, нуждаются в экстренной госпитализации.
2. В осенне-зимний период основной причиной экстренной госпитализации у детей первого года жизни являются острые респираторные инфекции.
3. Основными причинами, определяющими осложнённое течение респираторных инфекций у детей этого возраста, являются: бронхообструктивный синдром, пневмония, отит и острый стенозирующий ларинготрахеит.
4. Риск развития бронхообструктивного синдрома у мальчиков первого года значительно выше, чем у девочек.
5. У мальчиков первого года жизни чаще, чем у девочек, выявляется патология, требующая хирургического лечения.

АНТЕ- И ПОСТНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Проненко А.Р. 6 к. 604 гр. ПФ, Петрова Т.А. 6 к. 604 гр. ПФ

Руководитель темы: *Пенкина Н.И. проф. каф. педиатрии и неонатологии, д.м.н.*

ИГМА, Ижевск

По сведениям различных авторов недоношенные дети составляют от 3,0 до 5,0% новорожденных. Современные достижения медицинской науки позволяют выхаживать недоношенных детей с экстремально низкой массой тела. Вместе с тем, среди недоношенных детей высокие показатели заболеваемости и детской инвалидности.

Цель. Изучение анте- и постнатальных факторов, влияющих на формирование здоровья недоношенных детей.

Материалы и методы. Проведен анализ 40 историй развития ребенка. Из них 15 детей, рожденных при сроке гестации 35–37 недель (I группа), 10 детей — 34–32 недели (II группа), 10 детей — 31–28 недель (III группа), 5 детей — 27–22 недели (IV группа).

Полученные результаты. Установлено, что большая часть недоношенных детей родились от матерей в возрасте 18–40 лет (82,5%), меньшая — старше 40 лет (17,5%). Значительная часть детей III и IV групп рождены от матерей и отцов старше 40 лет, в неполных семьях. Курение выявлено у 20% матерей. Злоупотребление алкоголем матерей регистрировалось чаще в III и IV группах. Показатель хронических заболеваний у матерей увеличивается соответственно степени недоношенности. Заболевания желудочно-кишечного тракта и анемия (40%, 50%, 60% и 60%) регистрировались одинаково часто. Сахарным диабетом страдали 3 матери II и III групп. Частота ОРВИ, высев бактериальной микрофлоры из урогенитального тракта, носительство цитомегаловируса, патология плаценты нарастала со степенью недоношенности ребенка, достигая в IV группе 80%. Половина недоношенных детей рождены от повторных беременностей и родов. Показатель кесарева сечения составил 70%. Отягощенный акушерский анамнез (аборт, мертворождения) наблюдался в основном у матерей детей III и IV групп. Частота угрозы прерывания беременности (33,3%, 60%, 70% и 80%), преэклампсии и эклампсии (13,3%, 40%, 60% и 80%) возрастали с увеличением степени недоношенности.

Частота асфиксии при рождении в IV группе составила 100%. Показатель частоты и степень тяжести заболеваний (перинатальное поражение ЦНС, СДР, пневмония, сепсис, ДВС-синдром, ретинопатия) возрастали в соответствии со степенью недоношенности. Искусственная вентиляция легких проведена 70% пациентов. Искусственное вскармливание получали 50% детей. Задержка физического развития в 1 год выявлена у 67, 5% детей, а нервно-психического 57,5%. Среди перенесенных заболеваний на первом году жизни наиболее часто встречались ранняя (67,5%) и поздняя (47,5%) анемия недоношенных, пневмония (60%), бронхит (45%), атопический дерматит (45%), цитомегаловирусная инфекция (15%). Группу часто болеющих детей составили 52,5%.

Выводы. Таким образом, нами установлено, что заболеваемость матерей, отягощенное течение беременности, осложненный акушерский анамнез возрастают в соответствии со степенью недоношенности детей. Заболеваемость детей в период новорожденности и на первом году жизни выше в III и IV группах.

БОЛЕЗНЬ ПОМПЕ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Абрамова И.М. 4 к. 446 гр. ЛФ

Руководители темы: *Ларионова В.И. проф. каф. педиатрии, д.м.н.,*

Храмцова Е.Г. доц. каф. педиатрии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Лизосомные болезни накопления (ЛБН) — это группа орфанных заболеваний с хроническим прогрессирующим течением преимущественно аутосомно-рецессивным типом наследования. Общая частота в популяции 1 : 5000–1 : 8000 человек (Bachmann M., Straub V., 2008). В основе ЛБН — нарушение процессов гидролиза макромолекул в лизосомах за счет недостаточности

или отсутствия ферментов. Это приводит к аккумуляции недеградированных субстратов в органах-мишенях. Болезнь Помпе (БП) — это ЛБН, гликогеноз II типа, в основе его недостаточность кислой альфа 1,4-глюкозидазы. Ген фермента картирован на коротком плече 17 хромосомы — локус 17q25 (Nicolino M., Вуте. В., 2009). Сегодня известно более 120 мутаций в гене, которые приводят к БП. Корреляция между генотипом и фенотипическими проявлениями БП выражена слабо (Angelini C., 2012). Распространенность в популяции 1: 40000 (Басаргина Е.Н., Жарова О.П., 2013). Накапливающийся субстрат при БП — неметаболизированный гликоген в лизосомах разных тканей, но с более глубоким повреждением миокарда, скелетной и гладкой мускулатуры. Выделяют две формы БП — инфантильная (ранняя, поздняя) и форма с поздним началом (в 20–50 лет). Ранняя инфантильная форма — тяжелое, часто фатальное заболевание (Басаргина Е.Н., 2013). Смерть наступает до года жизни от сердечной или сердечно-легочной недостаточности. Клиническая картина малоспецифична, а диагностика на ранних этапах БП — основа профилактики необратимого повреждения органов.

Цель. Показать на примере клинического случая особенности течения и диагностики инфантильной формы БП и эффективность ферментозаместительной терапии (ФЗТ).

Материалы и методы. Выписки из истории болезни с данными анамнеза, объективного и лабораторно-инструментального обследования.

Полученные результаты. Клинический случай. Ребенок А., 11 мес, масса тела 10 кг, рост 73 см, родился от II беременности, I родов, при рождении нормотрофия. На грудном вскармливании с рождения, со слов матери с рождения часто «хрипящее дыхание», срыгивания. Неврологом был поставлен диагноз врожденный стридор, перинатальная энцефалопатия, миотонический синдром больше справа. В 3 месяца выявлены последствия натальной травмы шейного отдела позвоночника. В 9 месяцев перенес правостороннюю внебольничную очаговую пневмонию, тяжелое течение. На момент осмотра состояние крайне тяжелое. Самостоятельно не сидит, не встает, голова запрокинута назад. Параорбитальный цианоз, косоглазие, выраженный гипергидроз. Дыхание затруднено, из верхних дыхательных путей отделяется большое количество слизи, дисфагия. Гипотония, при тракции ребенка за руки голова свисает, воронкообразная грудная клетка, кифоз поясничного отдела. Судороги правой руки. Повышенные сухожильные рефлексы. Контрактуры в нижних конечностях. Кардиомегалия. По данным лабораторного исследования выявлено снижение альфа D-глюкозидазы 2, 6 нМ/мг/час при норме 4,70– 8,70 нМ /мг/час. Ребенку была назначена ФЗТ — миозим в дозе 20мг/кг 1 раз в 2 недели с улучшением состояния в течение первого месяца терапии.

Выводы. Таким образом, клиническая картина болезни Помпе может маскироваться сочетанием поражения нервной системы, вследствие натальной травмы или внутриутробной инфекции, с поражением сердечно-сосудистой системы, причем отмечается задержка психомоторного развития уже в первом полугодии. Характерно прогрессирование миотонического синдрома, нарастание сердечно-легочной недостаточности на фоне проводимой посиндромной терапии. Дети, имеющие миотонический синдром в сочетании с поражением сердечно-сосудистой системы, на первом году жизни требуют обязательного проведения лабораторной диагностики с целью исключения болезни Помпе. Сроки начала ФЗТ определяют дальнейший прогноз заболевания, причем раннее её начало значимо повышает эффективность лечения и качество жизни пациента.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДОСТИЖЕНИЙ ВЫСОКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ В СПОРТЕ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН

Борисов Д.В. 6 к. 1612 гр. ЛФ, Губаева Д.Н. 6 к. 1612 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Осолов В.Н.* проф. каф. пропедевтики внутренних болезней, д.м.н.

КазГМУ, Казань

В настоящее время всё актуальнее становятся исследования в области спортивной генетики. Данная отрасль медицины позволяет выявлять людей с генетической предрасположенностью к определенным видам спортивной деятельности уже в детском возрасте. Однако, цена

определения полиморфизма даже одного «спортивного» гена неоправданно высока (в коммерческих лабораториях она составляет 150–350 рублей). А к середине 2014 года было обнаружено 90 таких генетических маркёров. Но имеются и другие методы диагностики, позволяющие выявить у людей генетическую предрасположенность к тому или иному виду спорта. В частности, были обнаружены ассоциации определенного генетически-детерминированного фенотипа (функциональное состояние клеточных мембран) с достижением высоких спортивных результатов.

Цель. Освещение вопросов использования современных способов изучения функционального состояния клеточных мембран в спортивном скрининге детского населения.

Материалы и методы. Объектами исследования стали 77 спортсменов, проживающих в Казани (38 мужчин и 39 женщин) и имеющих высокие достижения в спорте: 10 мастеров спорта международного класса, 25 мастеров спорта, 27 кандидатов в мастера спорта и др. Обследовались легкоатлеты, тяжелоатлеты, баскетболисты, спортсмены, занимающиеся единоборствами, водными, лыжными и стрелковыми видами спорта.

Предметом исследования являлось функциональное состояние клеточных мембран у спортсменов. Оно оценивалось по скорости Na-Li-противотранспорта в мембране эритроцита, которая измерялась в микромолях Li на 1 литр клеток в час (или в мкМ Li) по M. Canessa (1980).

Полученные результаты. Было обнаружено, что у спортсменов-мужчин скорость Na-Li-ПТ в мембране эритроцита достоверно выше, чем у спортсменов-женщин: 286 ± 52 против 259 ± 62 мкМ Li ($p < 0,05$), что соответствует общепопуляционным различиям по скорости Na-Li-ПТ между мужчинами и женщинами. Обнаружены различия в величинах скорости Na-Li-ПТ у лиц, занимающихся различными видами спорта. Так, у тяжелоатлетов уровень скорости Na-Li-ПТ в мембране эритроцита достоверно выше, чем у легкоатлетов: 328 ± 17 против 275 ± 15 мкМ Li ($p < 0,01$). У баскетболистов величина скорости Na-Li-ПТ оказалась значительно ниже, чем у остальных спортсменов: 189 ± 25 против 279 ± 55 мкМ Li ($p < 0,01$). При исследовании распределения спортсменов в квартилях величин скорости Na-Li-ПТ была выявлена следующая закономерность: большая часть спортсменов находится во II (39%) и III (40, 2%) квартилях скорости Na-Li-ПТ, тогда как в I и IV квартилях находится лишь по 10,4% лиц, участвовавших в исследовании. Напомним, что в общей популяции люди распределяются (по определению) по всем четырем квартилям скорости Na-Li-ПТ равномерно (по 25% в каждом).

Выводы. Настоящее исследование было задумано в качестве известной определенной альтернативы прямым генетическим исследованием в спорте, когда путем изучения полиморфизма определенных генов определяли предпосылки для получения спортсменами максимальных спортивных результатов. Можно заключить, что исследование генетически детерминированного фенотипического признака — скорости Na-Li-ПТ в мембране эритроцита целесообразно проводить при «спортивном скрининге» населения, а также при выделении, отборе спортсменов, способных достичь высоких спортивных результатов.

ВЛИЯНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА У МАТЕРИ НА АДАПТАЦИЮ НОВОРОЖДЕННОГО

Черкасова Е.В. 4 к. 445 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Рябых О.В.* доц. каф. педиатрии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Гестационный сахарный диабет (ГСД) это гипергликемия, впервые выявленная во время беременности, но не соответствующая критериям манифестного сахарного диабета. астога ГСД в общей популяции разных стран варьирует от 1 до 14%, составляя в среднем 7%. («Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение» Российский конценсус 2013 г). ГСД представляет серьезную медико-социальную проблему. Нарушение метаболизма глюкозы во время беременности приводит к формированию комплекса симптомов у плода, который получил название диабетической фетопатии (ДФ). Угроза формирования ДФ существует, даже если плод развивается в условиях незначительной гипергликемии.

Типичными внешними признаками ДФ являются макросомия, гиперемия кожных покровов, пастозность мягких тканей, лунообразное лицо, короткая шея, относительно короткие конечности, гипертрихоз, органомегалия. Крупные размеры, преобладание размеров окружности груди над окружностью головы плода создают трудности при выведении плечиков в родах и служат причиной родового травматизма. После рождения у детей с ДФ развиваются метаболические нарушения (гипогликемия и гипербилирубинемия), которые служат причиной затруднений адаптации новорожденного в раннем неонатальном периоде. (Евсюкова И.И. Сахарный диабет: беременные и новорожденные. — 2-е изд. — 2009). При ДФ обменные нарушения в периоде новорожденности приводят к формированию патологии ЦНС и изменений метаболизма у ребенка в дальнейшем. ГСД у матери рассматривается как фактор риска развития ожирения, сахарного диабета второго типа и сердечно-сосудистой патологии у ребенка в старшем возрасте.

Цель. Выявление особенностей адаптации новорожденных от матерей с ГСД.

Задачи исследования:

1. Оценить физическое развитие новорожденных от матерей с ГСД;
2. Оценить течение пограничных состояний новорожденных от матерей с ГСД.

Полученные результаты. Для решения задач исследования пациентов распределили на 2 группы. В 1 группу включили 27 детей, которые родились от матерей с ГСД (группа обследования), во вторую — новорожденные, матери которых не имели данной патологии при беременности (группа сравнения). В группы были включены только доношенные новорожденные. Средний возраст матерей 1 группы составил 32 ± 2 г, 2 группы 29 ± 1 г. Матери новорожденных из 1 группы в 37% случаев имели ожирение, у матерей 2 группы ожирение отсутствовало. В 1-й группе путем операции кесарева сечения родилось 60% детей, во 2-й группе — 50%. В 1-й группе в состоянии асфиксии родились 16% детей, у всех пациентов 2-й группы оценка по шкале Апгар была выше 7 баллов. В 1 группе было 27% детей с массой тела ≥ 4 кг, а в 2-й группе только 5%. У 70% новорожденных 2-й группы масса тела составляла $\leq 3,5$ кг, а в 1-й группе такая масса была у 34% пациентов. Индекс Кеттел у детей в 1-й группе был равен $72,3 \pm 1,2$, во 2 группе $63,4 \pm 1,4$. Разница окружностей головы и груди у детей 1-й группы составила 0, $8 \pm 0,2$ см, а во 2-й группе — 1, $4 \pm 0,1$ см. При определении уровня глюкозы в крови новорожденных в первые 3 дня жизни гипогликемия не обнаружена ни у кого из обследованных детей. В 1 группе гипербилирубинемия встретилась в 15, 3% случаев, во 2 группе в 5%. У 7% детей в 1-й группе обнаружена полицитемия.

Выводы. Таким образом, результаты нашего исследования показали, что физическое развитие новорожденных от матерей с ГСД выше, чем у детей из группы сравнения. Ни у кого из обследованных детей не обнаружены изменения гликемического профиля.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕСИНДРОМАЛЬНОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ

Джанбатырова Л.М. 4 к. 436 гр. ЛФ

Руководители темы: *Храмцова Е.Г.* доц. каф. педиатрии и детской кардиологии, к.м.н.,

Ларионова В.И. проф. каф. педиатрии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Наиболее распространенной причиной нарушений слуха в детском возрасте является рецессивная нейросенсорная несиндромальная тугоухость (РННС). Наследуется по аутосомно-рецессивному типу Частота встречаемости РННС составляет 1 случай на 1000 новорожденных (Castillo., 2002). По данным молекулярно-эпидемиологических исследований, наиболее часто РННС мутациями гена GJB2 (Cx26), 13q11-q12, которые выявляются у 45–60% пациентов с нейросенсорной тугоухостью и являются преобладающими в Российской Федерации (Posukh O., 2005; Барашков Н.А., 2008). При проведении молекулярно-генетического тестирования ведущее значение имеет мутация в гене GJB2, который кодирует коннексин 26 (Cx26). Этот трансмембранный белок участвует в образовании межклеточных контактов в тканях

внутреннего уха, отвечающих за передачу сигналов между клетками, которые участвуют в восприятии звука.

Цель. РННС не сопровождается другими признаками заболевания, кроме потери слуха и является моносимптомом имеющейся мутации.

Материалы и методы. Данные истории болезни пациентов 4 пациентов детского возраста, имеющих нейросенсорную тугоухость в 2 семьях, дополненные результатами генетического анализа родословной. Нами был проведен анализ результатов обследования 4 пациентов детского возраста (мальчиков) с РННС из двух семей. Всем пациентам было проведено молекулярно-генетическое обследование.

Полученные результаты. Нами был проведен анализ результатов обследования 4 пациентов детского возраста (мальчиков) с РННС из двух семей. Всем пациентам было проведено молекулярно-генетическое обследование. В первой семье у двух sibсов снижение слуха отмечено родителями с конца первого года жизни и диагноз «нейросенсорная тугоухость 4 степени» установлен в пятилетнем возрасте. У обоих детей отмечалось неуклонно прогрессирующее снижение слуха, фоновой воспалительной патологии со стороны носоглотки и придаточных пазух носа не отмечалось. У старшего ребенка В. (дата рождения 16.12.1997 года) и младшего А. (дата рождения 17.02.2003 года) методом ДНК-типирования выявлена мутация Cx26 35delG в гомозиготном состоянии. Во второй семье у 2 sibсов с РННС особенности анамнеза характеризуются различным характером развития тугоухости. Во второй семье тоже имелась два sibса с нейросенсорной тугоухостью. Первому пациенту К. (дата рождения 12.05.1993 года) в возрасте 6 лет диагностирована «нейросенсорная тугоухость 3 степени». Снижение слуха отмечалось с года, из анамнеза жизни триггеров прогрессирования тугоухости не выявлено. У sibса была выявлена мутация Cx26 35delG в гомозиготном состоянии. У второго sibса в данной семье, пациента Л. (дата рождения 15.07.1996 года) слух стал снижаться только с 13 лет после перенесенного двухстороннего отита. С 11 лет больной перенес 6 двусторонних катаральных отитов. Молекулярно-генетическое тестирование выявило мутации в гене Cx26 35del/312del14 в компаунд-гетерозиготном состоянии. Анализ полученных данных позволил установить, что наиболее распространенная мутация в РФ Cx26 35delG в гомозиготном состоянии ассоциируется с ранним началом (с грудного возраста) и быстропрогрессирующим течением. В случае компаунд-гетерозиготного носительства мутаций возможно позднее развитие РННС.

Выводы. Таким образом, все дети с РННС, даже безотягощенного семейного анамнеза должны быть обследованы с целью выявления молекулярно-генетической природы заболевания. Особое значение имеет своевременное обращение ребенка по поводу нарастающей тугоухости, если ребенок относится к группе болеющих детей и наследственное заболевание маскируется другой патологией. Семьи с детьми, страдающими РННС, подлежат обязательному медико-генетическому консультированию.

ДИАГНОСТИКА КРИТЕРИЕВ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Романькова К.В., Пух А.П. 5 к. 1 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Баркун Г.К.* доц. каф. педиатрии, к.м.н.

ВГМУ, Витебск, Белоруссия

Врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН) — заболевание, обусловленное нарушением синтеза гормонов корой надпочечников, в основе которого лежит наследственный дефект ферментов или транспортных белков. Изучение данной проблемы является актуальной из-за трудности диагностики при первичной манифестации заболевания, тяжести состояния пациентов и исходов заболевания.

Цель. Диагностика критериев и интенсивная терапия начальных проявлений врожденной дисфункции коры надпочечников у детей.

Материалы и методы. Были проанализированы выписки из историй болезни 20 пациентов Витебской детской областной клинической больницы за период 2006–2013 годы с диагнозом — адреногенитальный синдром, сольтеряющая форма.

Полученные результаты. На основании анализа историй болезни нами выделены 2 группы пациентов с различной клинико-диагностической манифестацией АДГ: с минимальными электролитными нарушениями и гипотрофией и с выраженной метаболической декомпенсацией и экзикозом. Дети обеих групп поступали в детскую больницу примерно в одном возрасте $28,8 \pm 9,5$ дней. Пациенты первой группы были направлены участковым педиатром в соматическое отделение детей раннего возраста в связи с отсутствием прибавки в массе и гипотрофией различной степени тяжести. При исследовании электролитов крови выявлено умеренное повышение показателей калия $6,98 \pm 0,94$ ($p = 0,007$) ммоль/л и снижение натрия $131,63 \pm 3,22$ ($p = 0,001$). В связи с этим назначен анализ крови на 17 (ОН) прогестерон, который оказался в пределах $296,61 \pm 76,60$ ($p < 0,001$), то есть значительно выше нормы.

Дети второй группы поступали в реанимационное отделение детской больницы в тяжелом состоянии, обусловленном грубыми метаболическими нарушениями, клиникой токсикоза с экзикозом вплоть до коматозного состояния на фоне выраженных электролитных нарушений и гипотрофией тяжелой степени. В биохимических анализах крови у детей данной группы наблюдалась гиперкалиемия $7,98 \pm 0,94$ ($p = 0,007$) ммоль/л, гипохлоремия $92,94 \pm 3,99$ ($p < 0,001$), гипонатриемия $124,85 \pm 5,23$ ($p = 0,001$), а также высокий уровень 17-ОН прогестерона $321,61 \pm 36,60$ ($p < 0,001$). При исследовании гормонального статуса выявлен низкий уровень кортизола (в норме 170–720 нмоль/л), показатели ТТГ, Т3, Т4 в пределах нормы. На момент поступления в отделение по результатам КОС — декомпенсированный метаболический ацидоз. Детям первой группы проводилась регидратационная терапия растворами К, Na, Ca, лечение по протоколам МЗ РБ гидрокортизоном в дозировке 2–5 мг/м² и кортефом в дозировке 0,05 — 0,3 мг/кг. Для стабилизации состояния детям второй группы была начата пробная заместительная терапия в солу-кортефом в дозе 15 мг/кг, для более выраженного минералокортикоидного эффекта применялся гидрокортизон в дозировке 5–10 мг/кг каждые, инфузионная терапия, антибиотикотерапия. По стабилизации состояния переведены на пероральный прием кортефав дозе 0,05–0,3 мг/кг и кортинефом в дозе 180–300 мг/м². На фоне заместительной терапии уровень 17-ОН прогестерона нормализовался.

Выводы. Таким образом, клинико-диагностическими критериями ВДКН являются: сроки манифестации заболевания в неонатальный период; тяжелое состояние пациентов, обусловленное грубыми метаболическими нарушениями, клиникой токсикоза с экзикозом вплоть до коматозного состояния, гипотрофия тяжелой степени; электролитные нарушения: гиперкалиемия, гипохлоремия, гипонатриемия, низкий уровень кортизола, метаболический ацидоз.

ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Абрамова И.М. 4 к. 446 гр. ЛФ

Руководители темы: *Храмцова Е.Г.* доц. каф. педиатрии и детской кардиологии, к.м.н.,

Ларионова В.И. проф. каф. педиатрии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Выявление метаболических факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, таких как атерогенные дислипидемии, среди детей и подростков имеет большое значение с точки зрения ранней профилактики ИБС у лиц с предрасположенностью к атеросклерозу и ассоциированных с ним заболеваний. Гиперлиппротеидемии (ГЛП) — значимый фактор риска в развитии ИБС (Климов А.Н., Никольцева Н.Г., 1984; Туркина Т.И., 1993) Основное значение в структуре ГЛП отводят гиперхолестеринемии (ГХС). Нарушения в спектре липпротеинов могут быть как первичными, так и вторичными. Последние развиваются по причине гипотиреоза, сахарного диабета, обструктивных болезней печени, нефротического синдрома, приема лекарственных препаратов (В-блокаторы, фуросемид и др.). Первичные атерогенные дислипидемии генетически детерминированы. Наследуются аутосомно-доминантно (чаще) и рецессивно.

Наиболее распространенной является семейная ГХС, связанная в 85–90% случаев с дефектом гена рецептора ЛПНП, аутосомно-доминантный тип. Распространенность этого заболевания в нашей стране 1: 500. Частота гомозигот — 1: 1000000, гетерозигот — 1: 500 [Hopkins., 2011]. Известно более 1000 мутаций в гене рецептора ЛПНП, они объединены в 5 функциональных классов в зависимости от степени дефекта рецепторного белка. Другие, менее встречаемые варианты ГХС, связаны с мутациями апопротеина — ApoB-100 (частота составляет 1: 500 — 1: 1000) и дефектом гена PCSK9 (proprotein convertase subtilisin kexin 9), частота неизвестна [Robinson., 2011]

Цель. Выявить клинико-лабораторные особенности первичной гиперхолестеринемии у детей на примере двух клинических случаев.

Материалы и методы. Выписки из истории болезни пациентов с данными анамнеза, объективного и лабораторно-инструментального обследования; результаты генетического анализа родословной.

Полученные результаты. Клинический случай № 1. Больная М. 6 лет направлена педиатром на консультацию к врачу-генетику по поводу множественных кожных ксантом плоских, эруптивных по форме в области ладоней, локтевых и коленных суставов, паховых, подколенных складках. Первые проявления появились 2 года назад (со слов). Пациентка обследована, со стороны органов и систем отклонений не выявлено, росла и развивалась по возрасту. Анализ родословной выявил наличие у матери (29 лет) сухожильных ксантом, у родственников 2-й, 3-й степени родства — ранних инфарктов (у двоюродного дяди в 36 лет, у бабушки в 57 лет, у прадеда в 52 г.). В липидограмме пациентки холестерин (ХС) — 16 ммоль/л, триглицериды (ТГ) — 4,5 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) — 8,52 ммоль/л. Мутация в гене рецептора ЛПНП DeltaG197 4 экзон выявлена у всех членов семьи. Таким образом, в данном случае имеет место ГХС с аутосомно-доминантным типом наследования, семейным анамнезом, ксантоматозом и изолированной гиперхолестеринемией.

Клинический случай № 2. Больной А., 14 лет, впервые поставлен диагноз эссенциальная артериальная гипертензия. Из анамнеза: повышение давления с 13 лет на фоне стрессов (со слов), физическое развитие среднее, соответствует возрасту, есть признаки вегетативной лабильности. В липидограмме пациента ХС — 8,8 ммоль/л, ТГ — 3,5 ммоль/л, ЛПНП — 4,8 ммоль/л. Липидограмма родителей в норме. Анализ родословной выявил у родственников 2-й, 3-й степени родства по материнской линии у деда 1-й инфаркт в 35 лет, у дяди боли в области сердца с 30 лет. Таким образом, во втором случае у пробанда, вероятно, первичная ГХС с аутосомно-рецессивным типом наследования и возможно мутацией PCSK9.

Выводы. Следовательно, в первом случае диагноз не вызывает сомнений. Во втором — несмотря на выявление нормальной липидограммы у родителей, отсутствие клинических проявлений у пробанда, не исключается наследственный характер ГХС и до молекулярно-генетического подтверждения целесообразно поставить диагноз первичной гиперхолестеринемии.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Марцук Я.А. 4 к. 460 гр. ПФ

Руководитель темы: Назаренко О.Н. доц. каф. пропедевтики детских болезней, к.м.н.

БГМУ, Минск, Белоруссия

Проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) является одной из актуальных проблем детской гастроэнтерологии. Это связано с ее широкой распространенностью, разнообразием клинических проявлений (порой затрудняющих постановку диагноза заболевания), возможностью развития серьезных осложнений (синдрома Баррета, аденокарцинома пищевода).

Цель. Изучить особенности клинических проявлений ГЭРБ у детей в зависимости от возраста.

Материалы и методы. Проведен анализ 91 историй болезни пациентов с ГЭРБ от 1 до 17 лет с общей клинической характеристикой и сравнением основных диагнозов, пищеводных и

внепищеводных проявлений, сопутствующих диагнозов в 4 возрастных группах: 1–3 года (1 группа), 4–6 лет (2 группа), 7–12 лет (3 группа), 13–17 лет (4 группа).

Полученные результаты. В структуре наших пациентов ГЭРБ без поражения пищевода, катаральные и эрозивные формы эзофагитов встречались примерно с одинаковой частотой, однако при оценке их частоты в зависимости от возраста отмечено нарастание более тяжелых вариантов: в группе 4 ГЭРБ без эзофагита наблюдалась в 22, 58±7, 51% случаев, катаральный эзофагит — у 29, 03±8, 19%, и эрозивный — у 48, 89±8, 17% пациентов. Для ГЭРБ в различные возрастные периоды характерными были: 1 группа — отрыжка (25%), срыгивание (16, 66%), регургитация (16, 66%); 2 группа — рвота (50%), отрыжка (25%), боли в животе (58, 33%); 3 группа — боли в животе (52, 77%), отрыжка (44, 44%); 4 группа — боли в животе (52, 77%), изжога (38, 70%), головная боль (13, 88%). Дети младшего и старшего дошкольного возраста имели высокий риск внепищеводных проявлений ГЭРБ, наиболее частыми из которых были бронхолегочные — риск БРА (8, 33 ±7, 97%), повторные пневмонии и пневмофиброз (8, 33±7, 97% и 16, 66±10, 75% соответственно), частые обструкции (25±12, 5% и 8, 33 ±7, 97%). Для детей школьного возраста из внепищеводных проявлений можно отметить СВД с наличием умеренных изменений на ЭКГ.

Выводы. В каждой возрастной группе имеют место свои клинические проявления ГЭРБ, что необходимо учитывать при диагностике заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ БОЛЕЗНИ ФАБРИ У ДЕТЕЙ

Устинкина В.М. 4 к. 431 гр. ЛФ

Руководители темы: *Ларионова В.И.* проф. каф. педиатрии и детской кардиологии, д.м.н.,
Храмцова Е.Г. проф. каф. педиатрии и детской кардиологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Болезнь Фабри (БФ) — врожденное заболевание, характеризующееся наследственным дефицитом фермента альфа-галактозидазы, возникающий вследствие мутации в гене GLA (наследуется по рецессивному X-сцепленному типу). Фермент катализирует гидролиз α -D-галактозидов с образованием D-галактозы. Следовательно, происходит накопление гликолипида (GB3, GL-3). Наиболее часто накопление GL-3 происходит в эндотелии сосудов и гладкомышечных клетках, нервных клетках, ганглиях, почечных подоцитах, клетках мезангия и канальцев, клетках миокарда и проводящей системы сердца, что определяет клиническую картину заболевания. Клинические проявления БФ можно разделить на две большие группы: ранние симптомы и поздние осложнения. Ранние симптомы появляются в возрасте 4–8 лет, к ним относятся: эпизодические костные кризы, гипогидроз, возвратная лихорадка, непереносимость жары и холода, акропарестезия, «кризы Фабри», ангиокератомы, офтальмологические симптомы, протеинурия. В подростковом возрасте формируются прогрессирующие, жизнеугрожающие состояния, ведущими из них являются: патология со стороны сердечно-сосудистой, выделительной и нервной систем. Также наблюдается общая слабость, задержка роста и полового созревания, снижение социальной активности, депрессия, снижение качества жизни. Поздние осложнения развиваются в зрелом возрасте, проявляются сердечной и почечной недостаточностью, цереброваскулярными клиническими состояниями.

Цель. Проанализировать ранние клинические проявления БФ в детском возрасте, знания о которых необходимы для своевременной диагностики и лечения.

Материалы и методы. Выписки из истории болезни с данными анамнеза, объективного и лабораторно-инструментального обследования.

Клинический разбор. Ребенок С., 16 лет от VII беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания. На первом году жизни наблюдался невропатологом с диагнозом: синдром пирамидной недостаточности, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. С трехлетнего возраста беспокоили боли и жжение в стопах, кистях, субфебрилитет, вялость, сниженная толерантность к физической нагрузке, отсутствие потливости, ухудшение состояния в теплое время года. Диагностирована ангиопатия сетчатки на фоне обеднения сосудистого рисунка и полнокровия ретинальных вен. С 4 лет состояние пациента ухудшилось, усилились

парестезии, при обследовании установлен диагноз вегетососудистой дистонии, пролапс митрального клапана, синусовая аритмия. Данные симптомы не расценивались как проявления БФ. С 13 лет стойкое повышение артериального давления, рефрактерное к терапии (получал капотен), на этом фоне усиление парестезий в конечностях. С 14 лет отмечалось выраженное прогрессирование симптомов заболевания. Боли в кистях и стопах беспокоили ежедневно, положительный эффект на фоне приема НПВС и прикладывания кистей и стоп к холодной поверхности. Проведена ферментная диагностика, выявлено резкое снижение активности α -галактозидазы. При ДНК-диагностике (анализ гена GLA) в 3 интроне гена обнаружена мутация сайта сплайсинга (CS111306). Поставлен диагноз БФ. Наследственный анамнез отягощен, БФ выявлена у брата матери (имеется ХПН, находится на гемодиализе). По жизненным показаниям у мальчика начата ферментозаместительная терапия (препарат Fabrazyme).

Выводы. Клинический полиморфизм БФ обусловлен прогрессированием заболевания за счет накопления GL-3 в органах и тканях, поэтому полиорганность и выраженность клинических проявлений коррелирует со сроками диагностики заболевания. Болезнь хорошо поддается лечению, своевременное начало ферментозаместительной терапии является крайне важным для благоприятного течения заболевания и профилактики осложнений.

ЛОКАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННАЯ ЭПИЛЕПСИЯ У ДЕТЕЙ

Князева М.В. 5 к. 561 гр. ФИУ

Руководители темы: *Соколова М.И.* доц. каф. педиатрии и неонатологии, к.м.н.,
Соколова М.Г. доц. каф. неврологии им. С.Н. Давиденкова, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В структуре детской инвалидности заболевания нервной системы занимают третье место, из них 35–40% составляют поражения, возникающие в перинатальном периоде, которые приводят к развитию ДЦП в большинстве случаев сочетающегося с синдромом локально обусловленной эпилепсии. Эпилепсия утяжеляет клиническую картину ДЦП и осложняет проведение лечебных мероприятий.

Цель. Выявление причин формирования локально обусловленной эпилепсии у детей с перинатальной патологией.

Материалы и методы. Было проведено катамнестическое исследование, изучены 24 истории болезни детей с диагнозом: органическое поражение головного мозга перинатального генеза с синдромом локально обусловленной эпилепсии, находившихся на лечении в ГУАЗ Хоспис (детский) г. Санкт-Петербурга и в одном из домов ребенка (14 мальчиков, 10 девочек) (2–17 лет на период проведения исследования). Была разработана подробная анкета, отражающая состояние здоровья матери, акушерский анамнез, течение беременности, родов, особенности неонатального периода и дальнейшее развитие ребенка.

Полученные результаты. На момент анализа катамнестических данных все дети являются инвалидами детства и имеют двигательные нарушения в виде спастического тетрапареза (78%), гемипареза (12%), атаксически-атонического синдрома (10%), псевдобульбарного синдрома (21%), гиперкинетического синдрома (26%) и гипертензионно-гидроцефального синдрома (33%). У всех детей имеет место синдром локально обусловленной эпилепсии, подтвержденной ЭЭГ исследованием. Все дети находились на противосудорожной терапии. У 53% детей сохранялись судорожные припадки, несмотря на проводимую терапию. Все дети имели задержку психомоторного и речевого развития, однако дети с судорожными припадками на фоне терапии антиконвульсантами имели более выраженное отставание в развитии. Проведенное исследование показало, что 59% матерей были старше 30 лет, у 55% имелись различные соматические заболевания, в том числе урогенитальные инфекции (38%). Анализ акушерского анамнеза матерей выявил следующие патологические состояния: угроза прерывания беременности (79%), преждевременные роды (46%), операция кесарево сечение (33%). Состояние всех новорожденных расценивалось как тяжелое: по шкале Апгар у 50% новорожденных состояние оценивалось в 2 балла, у 21% в 3–4 балла, у 29% — 5 баллов. Среди новорожденных 21 (88%) ребенок находился на искусственной вентиляции легких 5–7 и более

дней (до 2 недель). У 50% новорожденных были зафиксированы неонатальные судороги. Проведенное инструментальное исследование (УЗИ, МРТ головного мозга) подтверждало гипоксически-ишемический характер поражения ЦНС. На первом году жизни у 6 детей была выявлена гидроцефалия, у 12 двигательные расстройства, у 6 — фокальная эпилепсия.

Выводы. Эпилепсия является заболеванием, развивающимся на основе генетически детерминированной предрасположенности, для проявления которой необходимо воздействие экзогенных факторов, проведенное исследование позволяет предположить, что у детей с локально обусловленной эпилепсией такими факторами являются гипоксически-ишемические нарушения перинатального периода.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ФАБРИ У ЖЕНЩИН (СЕМЕЙНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Костромина Ю.В. 5 к. 544 гр. ЛФ

Руководители темы: *Храмцова Е.Г.* доц. каф. педиатрии и детской кардиологии, к.м.н.,

Ларионова В.И. проф. каф. педиатрии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Болезнь Фабри (БФ), (известная также как болезнь Андерсона–Фабри, дефицит альфа-галактозидазы А) является редким заболеванием, которое относится к группе лизосомальных заболеваний накопления. БФ обусловлена мутациями в гене GLA, который кодирует фермент α -галактозидазу А и находится на длинном плече Xq22. БФ наследуется по X-сцепленному рецессивному типу. Соответственно, женщины, имеющие мутацию в одной X-хромосоме, передают патологический ген своим потомкам в 50% случаев. При этом все сыновья будут страдать БФ и передавать мутантный ген только своим дочерям. Женщины-носители мутации в гене GLA могут иметь клинические проявления, несмотря на рецессивный тип наследования этого заболевания. Это связано с тем, что процесс инактивации X-хромосомы в клетках носит случайный характер. У пациентов с БФ происходит накопление неметаболизированных субстратов globotriaosylceramide (GL-3) и galabiosylceramide в клетках, приводящее к нарушению обмена гликофинголипидов, которые накапливаются в стенках сосудов и тканях многих органов, вызывая нарушение их структуры и функций.

Цель. Анализ особенностей клинической картины заболевания у пациентки Л., (возраст 40 лет, 1974 г. р.) с болезнью Фабри.

Материалы и методы. Работа основана на изучении данных выписного эпикриза из истории болезни больной.

Клинический разбор. Больная Л. поступила в клинику 25.03.14, с жалобами на нестабильное АД, цефалгии, головокружение, боли в конечностях, судороги в ногах, онемение пальцев рук в течение последних 5 лет. Всестороннее лабораторно-инструментальное обследование выявило изменения со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС): начальную дилатацию обоих предсердий, концентрическую гипертрофию миокарда левого желудочка с диастолической дисфункцией, атеросклероз аорты с начальной эктазией восходящего отдела. Одновременно была выявлена стойкая микроальбуминурия, что свидетельствует о патологии почек. Наследственный анамнез этой пациентки отрицателен. Родной брат пациентки (1979 г. р.) страдает БФ с 13 лет и находится на лечении в гемодиализном центре. Диагноз был установлен в 31 год (2010 год) на основании снижения активности фермента и подтвержден молекулярно-генетическим исследованием (МГИ). Была выявлена мутация R301L в гене GLA в Медико-генетическом научном центре (Москва). В результате каскадного скрининга на носительство мутации среди членов семьи R301L в гене GLA она была выявлена у пациентки и ее сына. Анамнез болезни позволил выявить, что у больной Л. отмечались характерные для БФ жалобы, такие, как гругие боли, возникающие в ладонях и длительно до нескольких минут; на ухудшение состояния при жаре и холоде, сниженное потоотделение. Ведущим клиническим проявлением болезни у пациентки является поражение ССС, которое развилось в более позднем возрасте, в отличие от ее брата, который имеет более тяжелые проявления со стороны почек.

Выводы. Таким образом, женщины с болезнью Фабри могут иметь клинические проявления, вследствие случайного характера процесса инактивации X-хромосомы в клетках. В связи с этим ферментодиагностика при подозрении на БФ у женщин не является подтверждающей, так как нормальная или незначительно сниженная активность фермента, определяемого в лейкоцитах, не может отражать активность этого фермента в клетках других тканей и органов. Следовательно, у женщин выполнение МГИ с целью выявления мутации является обязательным. Особенность данного клинического случая демонстрирует, что в отношении редких болезней должна быть настороженность и только знание характерных симптомов заболевания и их сочетаний позволяет клинически распознать редкое заболевание и выбрать правильный алгоритм его диагностики.

ОСТРАЯ И ХРОНИЧЕСКАЯ ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА У ДЕТЕЙ

Молчанова Е.Г. инт. 1 года каф. педиатрии и неонатологии

Руководитель темы: Пенкина Н.И. проф. каф. педиатрии и неонатологии, д.м.н.

ИГМА, Ижевск

В структуре заболеваний крови у детей важное место занимает патология тромбоцитарного звена. Среди всех детей, госпитализированных в 2011 году в онкогематологическое отделение Республиканской детской клинической больницы (РДКБ) города Ижевска, патология тромбоцитарного звена гемостаза составила 15,5%, из них, тромбоцитопения — 7,9%, тромбоцитопатия — 7,6%, в 2012 году — 15,6% (11% и 4,6% соответственно), в 2013 году — 16% (10,8% и 5,2% соответственно).

Цель. Изучить особенности острой и хронической идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) у детей, госпитализированных в отделения Республиканской детской клинической больницы (РДКБ) в 2013–2014 гг.

Задачи. Анализ возраста заболевших детей, места проживания, здоровья матерей и течения беременности, родов, особенностей острой и хронической форм ИТП.

Материалы и методы. Проведен анализ 43 историй болезней детей, госпитализированных в отделения РДКБ в 2013–2014 гг. Первую группу исследования составили больные дети с острой формой ИТП (n=33), вторую — с хронической (n=10).

Полученные результаты. При остром течении ИТП одинаково часто встречались как сухая, так и влажная формы заболевания (42,4% и 57,6%, $p>0,05$), а при хронической — преобладала влажная форма, в виде носовых кровотечений (90,0% и 10,0%, $p<0,02$). В обеих группах детей превалировала средняя степень тяжести заболевания (81,8% и 90,0%, $p>0,05$), по сравнению с легкой (15,2% и 0%, $p>0,05$) и тяжелой (3,0% и 10%, $p>0,05$). Средняя длительность лечения детей с острой ИТП составила 10, 6 койко-дней, при хронической — 12, 8 койко-дней ($p>0,05$). Острая ИТП регистрировалась чаще у детей в возрасте с 3 месяцев до 3-х лет (42, 2% и 0%, $p<0,05$). В возрастных группах с 3-х до 7 лет и с 7 до 15 лет заболевание встречалось реже, одинаково часто (24, 2% и 21, 2%). Во второй группе детей заболевание в возрасте до 1 года не регистрировалась, основная часть пациентов была старше 7 лет (0% и 70,0%, $p<0,05$). Среди госпитализированных детей в стационар с острой и хронической ИТП преобладали жители городов (70,0% и 70,0%), по сравнению с жителями села (30,0% и 30,0%). Большая часть матерей и отцов в обеих группах относились к возрастной категории 25–27 лет. Неблагоприятные профессиональные контакты у матерей I и II групп выявлялись редко, отмечены у 6% и 10%, соответственно ($p>0,05$). Более 1/3 детей с острой ИТИ родились от второй и последующих беременностей и родов, а с хронической формой ИТП — преимущественно от первой беременности и первых родов. В сводке патологических данных беременных превалировали угроза прерывания (15, 2% и 20,0%, $p>0,05$) и перинатальные инфекции (9, 1% и 50,0%, $p<0,05$).

Выводы. Среди госпитализированных чаще регистрируется острая форма ИТП, протекающая со средней степенью тяжести, встречающаяся преимущественно у детей первых трех лет жизни. Хроническое течение ИТП встречается реже, в основном у детей старше 7 лет, в виде влажной формы.

ПОКАЗАТЕЛИ САТУРАЦИИ КИСЛОРОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

*Рагимова А.А. 5 к. 2507 гр. ПФ, Леухин Р.В. 5 к. 2501 гр. ПФ,
Чиброва В.Ю. 5 к. 2510 гр. ПФ, Отмахова М.А. 5 к. 2507 гр. ПФ*

Руководитель темы: *Вахитов Х.М.* доц. каф. пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии с курсом детских болезней лечебного факультета, д.м.н.

КазГМУ, Казань

Сатурация кислорода — один из широко используемых в пульмонологической практике показателей, характеризующий степень насыщения крови кислородом при патологии органов дыхания у взрослых и детей. Показатель сатурации позволяет определять степень дыхательной недостаточности и предполагать степень морфологических изменений в легочной паренхиме. В связи с изменением этиологии внебольничных пневмоний у детей и увеличения доли атипичных возбудителей, представлял интерес вопрос изучения показателей сатурации кислорода при пневмониях различной этиологии.

Цель. Изучение показателей сатурации кислорода при внебольничных пневмониях различной этиологии. Решением поставленной цели послужили следующие задачи: выявить этиологию внебольничной пневмонии у детей дошкольного возраста, и определить зависимость уровня сатурации кислорода от природы возбудителя.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 47 детей в возрасте от 3 до 7 лет, с клиническим диагнозом внебольничная пневмония, которые проходили стационарное лечение в пульмонологическом отделении детского стационара ГАУЗ ЦГКБ № 18 города Казани и педиатрического отделения детской клиники имени В. К. Меншикова КМУ. У всех детей помимо общепринятых клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования изучалась этиология внебольничной пневмонии методом ИФА и ПЦР. Выявлялись антигены к микоплазме, хламидии и ряду типичных возбудителей.

Полученные результаты. Анализ полученных данных убедительно доказал, что пневмонии, вызванные микоплазмой и хламидией, имеют не только ряд особенностей клинического течения, но и характерные изменения лабораторных и инструментальных показателей. В частности, пневмонии вызванные атипичными возбудителями имеют характерную клиническую симптоматику. Для хламидийной пневмонии характерен лейкоцитоз, субфебрилитет, влажный кашель, обильная мокрота, ринит. В то же время, для микоплазменной пневмонии характерны: фебрильная температура, малопродуктивный или приступообразный кашель, скудная мокрота, обилие влажных хрипов и семейный характер заболевания.

Изучение сатурации кислорода у исследуемых детей показало, что ее снижение до 90% наблюдалось у детей с пневмонией вызванной типичными возбудителями, при этом, при микоплазменных и хламидийных пневмониях уровень сатурации кислорода снижался незначительно и достигал 96%.

Выводы. Таким образом, представленные данные позволяют рассматривать величину сатурации кислорода, как один из важных дифференциально диагностических критериев указывающих на этиологию внебольничных пневмоний и позволяет Доступность метода позволяет широко использовать его у детей различных возрастных групп и обосновано назначать стартовую антибактериальную терапию.

РАННИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗОВ

Козловская Ю.С. 4 к. 436 гр. ЛФ

Руководители темы: *Храмцова Е.Г.* доц. каф. педиатрии, к.м.н.,

Ларионова В.И. проф. каф. педиатрии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Мукополисахаридозы (МПС) — наследственные заболевания обмена веществ, относящиеся к группе лизосомных болезней накопления, обусловленных нарушением функции лизосомных ферментов катаболизма гликозаминогликанов (ГАГ). Диагностика МПС основана на

определении активности конкретных ферментов катаболизма ГАГ. Заключительным этапом является молекулярно-генетическая диагностика. Тип наследования МПС, кроме МПС II типа, аутосомно-рецессивный. Частота встречаемости МПС варьирует от 1: 70000 (МПС II типа) до 1: 600000 (МПС VI типа). В последние годы в практическое здравоохранение внедрена эффективная фермент-заместительная терапия (ФЗТ). Однако при МПС I типа (синдром Гурлер) ФЗТ не компенсирует поражение ЦНС и основным методом лечения является трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТСК), которую необходимо провести в возрасте до двух лет.

Цель. Разбор клинических случаев пациентов, имеющих различные типы МПС и выявление ранних признаков, на основании которых можно было заподозрить заболевание.

Материалы и методы. Проанализировано 5 историй болезней: пациент с МПС I типа, 3 пациента с МПС II типа и 1 пациент с МПС VI типа.

Полученные результаты. Больной В. 03.10.2007 г. р. с МПС I типа (Гурлер-синдром). Возраст на момент обследования 1, 5 года. Диагноз подтвержден ферментодиагностикой (активность α -L-идуронидазы 202 нм/мг/18 ч). После предшествующей ФЗТ проведена аллогенная неродственная ТСК. Показания к обследованию пациента В.: врожденная пупочная грыжа, рецидивирующие резистентные к лечению респираторные инфекции (РРРИ), задержка психомоторного развития (ЗПР), помутнение роговицы, тугоподвижность в крупных суставах. Пациенты с МПС II типа могут иметь клинические проявления от тяжелого до «мягкого», легкого варианта. Тяжелый Гурлер-подобный вариант проявляется поражением центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата (ОДА), сердечно-сосудистой (ССС) и других систем. Мягкий вариант МПС II типа характеризуется гепатоспленомегалией, снижением слуха, РРРИ с последующим присоединением поражения ОДА и ССС. При мягком варианте МПС II типа возможно развитие и сохранение нормального интеллекта. Пациентам с МПС II типа на момент обследования было 6 месяцев (больной К. 12. 03. 2003 г. р.), 1 год 8 месяцев (больной Г. 1. 04. 2010 г. р.) и 5 лет (больной А. 22. 02. 2005 г. р.) Диагноз подтвержден биохимическим методом (снижена остаточная активность L-идуронатсульфатазы, которая составила 4, 3 нг/мл/час, 0, 12 нмоль/4ч/мл и 2, 7 нмоль/4ч/мл (норма 297–705 нмоль/4ч/мл). Показания к проведению диагностики: поражение ССС, деформация суставов, сгибательные и разгибательные контрактуры, плоско-вальгусные стопы, РРРИ, ЗПР, гепатолиенальный синдром. Для МПС VI типа характерно отставание в росте, диспропорциональность телосложения, далее формируется поражение ССС, сохраненный интеллект. Больная С. 13. 02. 1994 года рождения. Возраст на момент обследования 12 лет. Диагноз подтвержден методом молекулярно-генетическим исследованием (мутация гена арилсульфатазы В). Показания: гипертелоризм, контрактура суставов, недостаточность аортального клапана, пупочная грыжа, холестеотома левого уха.

Выводы. Показания для проведения селективного скрининга с целью диагностики МПС на уровне амбулаторно-поликлинического звена включают прогрессирующие полиорганные изменения со специфическим поражением ОДА в сочетании с РРРИ и ЗПР. Своевременный молекулярно-генетический скрининг и ферментодиагностика позволяют верифицировать тип МПС и определить тактику дальнейшего ведения пациентов.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ SALMONELLA ENTERITIDIS И SALMONELLA TYPHIMURIUM К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ В 2010–2014 ГОДУ У ДЕТЕЙ САНКТ- ПЕТЕРБУРГА, БОЛЬНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ

Фомичева Ю.В. 6 к. 607 гр. МПФ, Альшиник Л.П. 6 к. 606 гр. МПФ

Руководитель темы: Гончар Н.В. проф. каф. педиатрии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Сальмонеллез стоит первым в ряду распространенных бактериальных ОКИ инвазивного типа. Наиболее высокая заболеваемость сальмонеллезом характерна для детей раннего и дошкольного возраста. Антибиотикорезистентность сальмонелл является одной из главных причин утяжеления течения сальмонеллеза, нарушения процессов элиминации возбудителя и

сохранения длительного рековалесцентного бактериовыделения. Регулярное динамическое наблюдение чувствительности сальмонелл к антибактериальным препаратам (АБП) в конкретных регионах имеет практическое значение.

Цель. Изучение динамики фенотипически обусловленной антибиотикорезистентности изолятов сальмонелл, выделенных у госпитализированных детей с сальмонеллезом в Санкт-Петербурге в последние годы.

Материалы и методы. Исследовали чувствительность к АБП 86 клинических штаммов сальмонелл (62 штамма *S. enteritidis* и 22 штамма *S. typhimurium*), выделенных у госпитализированных детей с сальмонеллезом в период 2010–2014 г. г. использовали метод серийных микроразведений в бульоне, основанный на определении пороговых концентраций АБП, позволяющий разделить исследуемые изоляты на три категории: S — чувствительные, R — резистентные, I — с промежуточной чувствительностью. Определяли минимальную подавляющую концентрацию тестируемых АБП — минимальную концентрацию, обеспечивающую полное подавление видимого роста исследуемого изолята. Относительные показатели частоты различных категорий чувствительности изучаемых изолятов сальмонелл определяли с помощью программы WHONET ([www. antibiotic. ru](http://www.antibiotic.ru)). Набор АБП включал ампициллин, цефатоксим, цефтазидим, ципрофлоксацин, левофлоксацин, триметоприм, цефепим, цефуроксим, хлорамфеникол, налидиксовую кислоту. Изучаемые показатели были адаптированы для математической обработки и проанализированы с использованием простого статистического анализа с использованием *t* — критерий Стьюдента; достоверными считали результаты с уровнем значимости $p < 0,05$.

Полученные результаты. В динамике наблюдений с 2010 г по 2014 г. г. установлено снижение частоты S-категории чувствительности клинических штаммов *S. enteritidis* к ампициллину с $36,4 \pm 15,2$ до $4,3 \pm 4,3$ ($p_{2011-2014} < 0,05$), цефепиму $90,9 \pm 9,1$ до $60,9 \pm 10,4$ ($p_{2013-2014} < 0,05$), цефтазидиму с $81,8 \pm 12,2$ до $45,5 \pm 10,6$ ($p_{2011-2014} < 0,05$), цефуроксиму ($p > 0,05$), ципрофлоксацину ($p > 0,05$), хлорамфениколу ($p > 0,05$) при сохранении таковой к левофлоксацину, триметоприму, налидиксовой кислоте. Установлено также достоверное повышение частоты R-категории чувствительности изолятов *S. enteritidis* к цефепиму с 0% до $30,4 \pm 9,6$ ($p_{2013-2014} < 0,01$) и хлорамфениколу с 0% до $21,2 \pm 8,5$ ($p_{2011-2014} < 0,05$). Сравнение частоты выделения изолятов *S. enteritidis* и *S. typhimurium* (суммарно за период 2010–2014 гг.), чувствительных к АБП, выявило достоверное различие в отношении ципрофлоксацина ($68,8 \pm 5,8\%$ и $90,1 \pm 6,2\%$; $p < 0,05$) в пользу *S. typhimurium*. При сравнении частоты выделения изолятов *S. enteritidis* и *S. typhimurium*, резистентных к АБП, обнаружено достоверное различие в отношении цефтазидима ($1,6 \pm 1,6\%$ и $45,3 \pm 10,9\%$; $p < 0,001$) и ампициллина ($50 \pm 6,3\%$ и $81,8 \pm 8,4\%$; $p < 0,01$) в пользу *S. typhimurium*, а также в отношении ципрофлоксацина ($31,2 \pm 5,8\%$ и $9,0 \pm 6,2\%$; $p < 0,05$) в пользу *S. enteritidis*.

Выводы. Установленные изменения чувствительности изолятов *S. enteritidis* к АБП свидетельствуют о повышении резистентности и существующих проблемах эффективности АБП при их назначении больным среднетяжелыми и тяжелыми формами заболевания. По сравнению с *S. enteritidis* изоляты *S. typhimurium* были более резистентны к цефтазидиму и ампициллину, но более чувствительны к ципрофлоксацину, что надо учитывать на практике.

РОЛЬ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЫЛЬЦЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ В ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛЛИНОЗОВ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Герей Н.Ф. 5 к. гр. ВПО «Лечебное дело», Кожухова Ю.А. 5 к. гр. ВПО «Лечебное дело», Садовская Д.С. 5 к. гр. ВПО «Лечебное дело»

Руководитель темы: Тихонова Н.К. проф. каф. д.м.н.

БФУ им. И. Канта, Медицинский факультет, Калининград

Цель. Изучить региональные особенности пыльцевой сенсibilизации у детей, проживающих в Калининградской области, для оптимизации и персонализации профилактики и лечения у них поллинозов.

Задачи:

1. Изучить сенсибилизацию к пыльце деревьев, кустарников, злаковых и сорных трав у детей с поллинозом, проживающих в Калининградской области.
2. Установить региональные облигатные пыльцевые аллергены для детей Калининградской области с поллинозом.
3. Разработать региональную схему профилактических мероприятий для детей с поллинозом, проживающих в Калининградской области.

Полученные результаты. Поллиноз — сезонное аллергическое воспалительное заболевание, вызываемое пылью растений, проявляющееся клинически в виде аллергического ринита и конъюнктивита и сопровождающееся развитием бронхиальной астмы и другими симптомами. Распространенность поллиноза в разных странах составляет от 1, 6 до 24% и имеет тенденцию к росту. На развитие поллиноза влияют генетические факторы и факторы окружающей среды (наличие высокой концентрации аллергенов в воздухе при рождении ребенка и в первые месяцы жизни, загрязнение окружающей среды поллютантами, вирусные инфекции и т. д.).

Обследовано 92 ребенка с поллинозом в возрасте 3–17 лет, проживающих в Калининградской области. Сенсибилизация к пыльце деревьев и трав оценивалась на основании постановки детям с поллинозами ПРИК-теста в период стойкой ремиссии заболевания. Достоверность различий частоты выявления сенсибилизации (р) определялась на основании расчета коэффициента углового преобразования Фишера с вероятностью 95%. Нами впервые исследованы и выявлены региональные особенности пыльцевой сенсибилизации у детей с поллинозом.

Впервые для детей Калининградской области с поллинозом установлены следующие облигатные пыльцевые аллергены. Пыльца деревьев и кустарников: дуб — у 33,3% обследованных ($p<0,05$), ольха — у 32,4% ($p<0,05$), береза — у 30,8% ($p<0,05$), лещина — у 23,1% ($p<0,05$), орешник — у 22, 6% ($p<0,05$). Пыльца злаковых и сорных трав: мятлик — у 48,2% детей ($p<0,05$), овсяница — у 48,1% ($p<0,05$), райграс — у 45,3% ($p<0,05$), тимopheевка — 44,4% ($p<0,05$), пырей — у 43,6% ($p<0,05$), рожь — 43,15 ($p<0,05$), лисохвост — у 41,3% ($p<0,05$), ежа — 40,5% ($p<0,05$), костра — 37,3% ($p<0,05$). Достоверно ($p<0,05$) доказано, что пыльца полыни, амброзии, одуванчика и лебеды, являющиеся наиболее частой причиной сенсибилизации по данным литературы, не являются облигатными для детей, проживающих в Калининградской области. Разработаны схемы профилактики обострений поллиноза и прогрессирования заболевания для детей, проживающих в Калининградской области, с учетом выявленных облигатных аллергенов. Однако для персонификации профилактических мероприятий и медикаментозной терапии необходимо исследование региональных особенностей пыления растений.

Выводы:

1. Профилактика обострений поллинозов у детей и их лечение должны проводиться с учетом региональных особенности пыльцевой сенсибилизации и сроков цветения растений в регионе.
2. Облигатными пыльцевыми аллергенами для детей Калининградской области с поллинозом являются дуб, ольха, береза, лещина, орешник, мятлик, овсяница, райграс, тимopheевка, пырей, рожь, лисохвост, ежа, костра.
3. Внедрение в практику разработанной и оптимизированной с учетом региональных особенностей схемы элиминационных мероприятий и медикаментозной профилактической терапии позволят снизить риск обострения и прогрессирования поллинозов у детей Калининградской области.
4. Установление облигатных пыльцевых аллергенов — первый этап оптимизации профилактики и лечения поллинозов у детей. Для персонификации медицинских рекомендаций пациентам с поллинозом необходима разработка и внедрение региональной программы мониторингирования содержания пыльцы в воздухе для последующего внесения региональных данных в единую программу по пыльцевому мониторингу в России и единую европейскую аэропаллинологическую сеть (EAN).

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГЕАНГИОМ СЛОЖНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ

Солдаткина Ю.А. 5 к. 561 гр. стоматологический факультет,

Райкова Е.Ю. 2010 к. 561 гр. стоматологический факультет

Руководитель темы: *Косырева Т.М.* асс. каф. стоматологии детского возраста, к.м.н.

СамГМУ, Самара

Гемангиомы — наиболее распространенные доброкачественные новообразования, они составляют около 80% среди прочих опухолей мягких тканей. Их популяционная частота в Самарской области в 2010–2013 гг. не менее 2, 34 и имеет тенденцию к увеличению.

Предложено большое количество вариантов лечения сосудистых аномалий, но при монофакторном воздействии многие из них не обеспечивают оптимального результата, а порой являются причиной косметических дефектов, требующих в дальнейшем кожной пластики. Высокая эффективность отмечена при лечении гемангиом сложной анатомической локализации пропранололом. Данный метод был внедрен на базе СОКБ им. Калинина в 2013 г. и применялся и как самостоятельный способ, и как основной метод в сочетании с ранее предложенными вариантами лечения.

Цель. Оценка сравнительной эффективности терапии пропранололом и другими методами лечения.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 393 ребенка (в возрасте от 5 дней до 12 лет) с гемангиомами челюстно-лицевой области, лечившиеся по поводу этого заболевания в детском стоматологическом отделении Самарской областной клинической больницы за период с 2011 по 2014 гг. Проведено эпидемиологическое изучение, клинические исследования, для осуществления динамического наблюдения использован протокол лечения и диспансеризации больных с гемангиомами. Дополнительно результаты эффективности лечения контролировались с помощью цветных фотографий, сделанных до, в процессе и после лечения.

Полученные результаты. Популяционная частота гемангиом в Самарской области в 2010–2013 гг. не менее 2, 34 и имеет тенденцию к увеличению. Результаты проведенного исследования показали, что консервативный метод лечения пропранололом позволяет максимально снизить риск образования косметических дефектов.

Выводы:

1. Выжидательная тактика приводит к резкому увеличению объема гемангиомы
2. Лечение сосудистых образований требует индивидуального подбора методов, дозировки и экспозиции
3. Пропранолол является высокоэффективным методом лечения гемангиом сложной анатомической локализации.

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ И ГУМАНИТАРНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЛАТЫНИ

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕРМИНЫ С ИМЕНАМИ АНТИЧНЫХ БОГОВ И ГЕРОЕВ В КЛИНИЧЕСКОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Липина В.А. 2 к. 265 гр. ЛФ

Руководители темы: *Ульянова Н.А.* каф. латинского языка,

Гаврилюк Л.Ю. каф. латинского языка

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Основой для образования медицинских терминов часто служат античные мифы, которые отражают характер мифического героя или его образ жизни. Ряд терминов, образованных в античные времена, укрепился в истории и актуален по сей день. В наше время по-прежнему обращение к сюжетам и именам античных богов и героев является продуктивной моделью словообразования. Разбор примеров проводился на материале курса фармацевтики, психиатрии, хирургии методом анализа.

Перечень примеров начнем с протогена Урана (Uranus, im — бог неба). Его имя можно встретить в терминах челюстно-лицевой хирургии: уранопластика (uranoplastica, ae, f) — закрытие щелей твердого нёба, уранорафия (uranorrhaphia, ae, f) или стафилоорафия (staphylorrhaphia, ae, f) — зашивание расщелины мягкого нёба; а также в курсе психиатрии: уранофобия (uranophobia, ae, f) — боязнь смотреть в небо; и в химической номенклатуре: уран (uranium, i, n) — токсичный металл.

Следующим примером служит имя Арахна (Arachne). Это имя встречается в терминах: паутинная или арахноидальная мозговая оболочка (arachnoidea, ae, f), арахноидит (arachnoiditis, itidis, f) — воспаление арахноидальной оболочки, арахноидальная киста (cystaarachnoidalis) — образование, наполненное спинномозговой жидкостью, арахнодактилия (arachnodactylia, ae, f) — «паучьи пальцы», аномально удлинённые и узкие пальцы.

Имя Медузы Горгоны (Gorgona Medusa) встречаем в курсе психиатрии: взгляд Медузы — взгляд злобного человека; в клинической терминологии: Голова Медузы (Caput Medusae) — варикозное расширение подкожных вен передней брюшной стенки.

Нимфы (Nympha, ae, f) в античной мифологии олицетворяют силу природы. В психиатрии: нимфомания (nymphomania, ae, f) или андромания (andromania, ae, f) — чрезмерное половое влечение у женщин, Нимфётка (франц.: nymphette, англ.: nymphet) — сексуально привлекательная девочка-подросток.

В древней Греции особо популярным был бог Дионис (Dionysus, i, m), он же Бахус и Вакх (Bacchus, i, m) — бог виноградарства и виноделия. С его делом связаны термины: ампелотерапия (ampelotherapia, ae, f) — лечение виноградом, ойнотерапия (oinotherapia, ae, f) — лечение вином, в курсе микробиологии стафилококки (staphylococcus, i, m) — род шаровидных бактерий (кокков), соединённых между собой в виде виноградной грозди.

Геракл (Herakles, is, m — греч.) или Геркулес (Herakles, is, m-лат.) представлен в курсе фармакологии: борщевик или трава Геракла — «Гераклеум» (Heracleum, i, n) — ядовитое растение; в психиатрии: синдром Геркулеса — поражение мужчины женщиной.

Одна из самых главных богинь древней Греции — Афина Паллада (Athena, aef) — богиня войны и военной стратегии. В курсе психиатрии: комплекс Афины Паллады — нарушение социально — гендерной ориентации женщины, стремление женщины выполнять мужские обязанности (главенствующую роль).

Диана (Diana, ae, f-лат.), она же Артемиды (Artemis, idis, f-греч.) и Селена (Selena, ae, f-лат.) присутствует в курсе фармакологии: полынь (artemisia, ae, f), цитварная полынь (artemisia cina),

полынь горькая (*artemisia absinthium*), эстрагон или тархун (*artemisia dracunculus*). В психиатрии: комплекс Дианы — придание сверхценного значения девственности.

Выводы. Разбор значений и знакомство с историей происхождения медицинских терминов является не только интересным и увлекательным процессом, но и расширяет кругозор студентов медицинских вузов и прочих специалистов, интересующихся этим вопросом.

МИФОЛОГИЗМЫ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Яковец С.А. 5 к. 507 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Капитула Л.С.* доц. каф. латинского языка

БГМУ, Минск, Белоруссия

Важное место, которое занимала мифология в жизни античного человека, отразилась в языке, где широкое распространение получили мифологические метафоры. Появление таких метафор среди фармацевтических названий лекарственных средств и растений можно расценивать как попытку зафиксировать какие-то их свойства, больше всего и настолько поразившие воображение древних людей, что они объяснили эти признаки божественным происхождением.

Цель. С целью выявления мифологических метафор в фармацевтической терминологии нам представляется целесообразным рассмотреть прежде всего тот факт, что язык является одним из важнейших средств отражения наивной картины мира в представлении античного человека. А поскольку терминология формировалась и развивалась по общим законам языка, то поэтому в ее составе имеется много терминов, которые можно рассматривать как реликты прошедших эпох: мифологизмы от античности. Не является исключением в этом смысле и фармацевтическая терминология.

Материалы и методы. Источником для отбора лексического материала послужили медицинские словари и справочники, в которых отражена номенклатура лекарственных средств. Отобранные термины анализировались с точки зрения их мифологического происхождения с последующим кратким описанием различных персонажей античной мифологии, древних сказаний и легенд. Мифологические данные проверялись по специальным словарям и научно-популярным изданиям, повествующим о фантастических существах, будто бы обитавших в незапамятные времена.

Полученные результаты. В результате исследования установлено, что особый способ образования названий лекарственных средств представляют так называемые мифологические термины, происхождение которых связано преимущественно с мифами о богах и божественных существах. Нами выявлено также немало примеров лекарственных средств, в состав которых входят названия растений с мифологическим происхождением (*Neptusanum* — средство от укачивания (морской болезни) названо по имени бога морей Нептуна; *Diane* — антиандрогенное средство применяется при гипотонии, возникающей из-за резкого принятия вертикального положения, подобно тому, как Икар, поднявшись слишком высоко к солнцу, опалил крылья, соединявший их воск растаял, и Икар упал в море).

Выводы. Перечисленные примеры показывают, что мифологическое мышление древних людей было основано на интуитивном, эмоциональном проникновении в таинства мира. Ранние формы взаимодействия человека с окружающим миром характеризовались тем, что природа впечатляла своим могуществом, которое вызывало очень эмоциональное отношение к таким силам. А чтобы найти им объяснение, человек населил природу божествами, духами и различными живыми существами, что отразилось в языке фармацевтической терминологии.

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ

Усов А.А. 2 к. 232 гр. ПФ

Руководитель темы: *Телятникова О.Ю.* асс. каф. психиатрии и наркологии
СПбГПМУ

Еще 15–20 лет назад некоторые детские психиатры отрицали возможность возникновения депрессии в детском возрасте, считая ее реакцией, свойственной исключительно созревающей или зрелой личности. В последние годы начали появляться работы по детской депрессии, основанные на единичных наблюдениях депрессивных состояний младшего школьного, дошкольного и даже младенческого возраста. В настоящее время острее стали разногласия во взглядах на их феноменологию, нозологическую принадлежность, прогностические и дифференциально-диагностические критерии. В раннем детстве депрессия имеет психосоматическое выражение, проявляясь в нарушениях пищеварения, сна, разрыве контактов, задержке развития. В дошкольном возрасте для депрессии более характерны приступы страха, лабильность аффекта и моторные расстройства, а в младшем школьном возрасте — периодическое падение работоспособности, дисфория и ощущение безрадостности существования.

Цель. Целью исследования стала проблема депрессии у детей, изучение ее причин, а также способов лечения данной проблемы.

Материалы и методы. Для выполнения работы были использованы различные материалы отечественных и зарубежных психиатров и психотерапевтов, а также материалы медицинских периодических изданий.

Полученные результаты. В результате статистического анализа были выделены характерные для эндогенной депрессии у ребенка симптомы: тревога, страх смерти, навязчивые состояния, сверхценная переоценка проблем, фобии, ипохондрические опасения, страх перед школой и «расстройства витальности» (нарушение сна, головные боли, чувство давления в груди, тяжести в теле, расстройство аппетита, потливость и т. п.).

Выводы. Проблема депрессии у детей влияет на формирование личности ребенка.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ИЗУЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 15 ЛЕТ

Ключнев А.С. 5 к. 511 гр. ПФ

Руководители темы: *Телятникова О.Ю.* каф. психиатрии и наркологии,
Белов Е.Н. каф. психиатрии и наркологии
СПбГПМУ

Шизофрения является одним из значимых расстройств психики как в психологическом, так и социально-экономическом аспектах. Традиционно исследование проблем, связанных с шизофренией занимает большой удельный вес в исследовательских программах. Целью исследования было выявление основных направлений в исследованиях шизофрении за последние 15 лет.

Цель. В задачи исследования входили: анализ целей, методов и выводов научно-исследовательских диссертационных работ; выделение основных тем проведенных исследований за последние 15 лет.

Методы исследования: аналитический, статистический. Нами были проанализированы 76 работ выполненных в рамках диссертационных исследований по специальностям психиатрия и клиническая психология

Полученные результаты. Согласно полученным данным наибольшее количество исследований было посвящено особенностям клинической картины и значению отдельных симптомов в развитии шизофрении (56% работ). В эту группу были включены исследования, где затрагивались проблемы негативной и продуктивной симптоматики, особенности социального функционирования пациентов, динамики изменения симптомов, когнитивные стили больных шизофренией, клинико-физиологические аспекты и отдельные проявления, такие как чувство юмора и синдром анорексии. Помимо клинической картины, исследователи проблем шизофрении уделили внимание таким темам как агрессивное поведение при шизофрении — 8% работ; аутоагрессивное поведение при шизофрении — 4% работ, клинико-социальные и экономические аспекты лечения шизофрении — 24% работ. Клинико-социальные и экономические аспекты лечения шизофрении включали в себя фармакотерапевтический подход (исследования, посвященные нейролептической терапии), психокоррекционные и психотерапевтические методы. 7% исследований были посвящены особенностям диагностики шизофренического процесса. 1% работ был посвящен исследованию дебютов шизофрении.

Выводы. На основании полученных результатов можно сделать выводы о том, что особенности клинической картины шизофрении на сегодняшний день остаются актуальными и ведущими проблемами в изучении данного заболевания. Вопросы терапии шизофрении занимают второе место в исследованиях, выполненных за последние 15 лет.

ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ СЗГМУ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА К ПСИХИАТРИИ

Шкурко С.Д. 3 к. 357 гр. ЛФ, Романовская М.А. орд. 2 года каф. психиатрии и наркологии

Руководитель темы: Некрасов В.А. асс. каф. психиатрии и наркологии

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Психиатрия часто становится объектом художественных литературных произведений и фильмов, что иногда романтизирует, а чаще стигматизирует её, создавая искажённое представление о дисциплине. Одной из задач кафедры является формирование реалистического отношения студентов к предмету. Материалы данной работы могут быть использованы для составления календарно-тематического плана и методических рекомендаций.

Цель. Анализ отношения студентов к предмету, факторов формирования отношения к психиатрии и психиатрам, изучить отношение студентов к предмету до и после прохождения занятий на кафедре и сделать выводы о роли занятий на кафедре психиатрии в формировании отношения студентов к предмету, психиатрам, проблемам дисциплины; узнать источники информации о психиатрии у студентов и оценить их влияние; изучить ожидания студентов от цикла и выяснить оправданность ожиданий; оценить наличие динамики отношения студентов и её характер.

Материалы и методы. Был проведен опрос студентов I, III, VI курсов ЛФ (259 человек) с помощью анкет, анализ которых проводился в программе MS Office Excel. Доля ответов учитывалась от общего числа студентов. Также студенты могли оставить комментарий в произвольной форме. Проведено сравнение с результатами исследования 2013 г. (I, III, VI курсы — 361 человек).

Полученные результаты. По результатам исследования положительное отношение к предмету продемонстрировали 49% студентов I курса, 23% III курса, 34% VI курса, нейтральное — 29%, 50%, 22%, негативное — 3%, 0%, 2%. Положительно относятся к психиатрам, соответственно 37%, 23%, 29%, нейтрально — 37%, 43%, 27%, негативно — 3%, 2%, 2%. Среди источников информации о предмете у I и III курсов преобладают художественные фильмы (46%, 43%), у VI — лекции и практические занятия на кафедре психиатрии, СНО (42%). Большинство считает, что знания, полученные на кафедре, можно будет использовать в врачебной практике (74%, 66%, 57%), личной жизни (73%, 59%, 52%), что психиатрия будет полезна при изучении

неврологии, терапии, эндокринологии. От цикла студенты ожидают, в основном, лучше понять себя, окружающих (66%), приобрести практические навыки (50%, 44%). По итогам цикла впечатление от него положительное у 39%. По мнению студентов, стоит более подробно разобрать наркологию (30%), заболевания позднего возраста (31%); в предыдущем исследовании лидировали неотложные состояния, психические расстройства при соматических заболеваниях, однако сейчас выбраны не были. Самым интересным стало общение с пациентами (52%). Средняя оценка качества лекций — 3,8, практических занятий — 3, 9, технического оснащения — 3,4. Наиболее распространённым явилось пожелание уделить больше внимания практическим навыкам. При проведении сравнения результатов опроса студентов, у которых ещё не было занятий на кафедре психиатрии (I группа, 1 и 3 курс) и у которых уже были занятия (II группа, 6 курс), различие заключается только в том, что у студентов, прошедших занятия на кафедре, основными факторами, сформировавшими отношение к психиатрии, являются занятия и общение с пациентами и психиатрами, заметно ниже влияние теле-, радиопередач и фильмов.

Выводы. Результаты настоящего исследования преимущественно подтверждают справедливость результатов предыдущего. Отношение абсолютного большинства студентов к предмету и специалистам положительное, до и после прохождения цикла. Ожидания оправдались. Занятия снизили для студентов роль источников, чаще предоставляющих негативную информацию. Большинство студентов ожидает, что занятия на кафедре помогут им научиться распознавать психические заболевания, приобрести практические навыки. Необходимо более полно раскрыть темы наркологии и заболеваний позднего возраста.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ СЗГМУ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА

Пошибайлов М.А. 6 к. 644 гр. ЛФ, Паймуллина Д.А. 6 к. 652 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Некрасов В.А. асс. каф. психиатрии и наркологии*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Впервые понятие «эмоционального выгорания» (burn-out syndrome) ввел Фроуденбергер в 1974 году, отметивший снижение профессиональных навыков и возникновение деморализации с течением времени у работников психиатрической службы. Синдром эмоционального (профессионального) выгорания — это связанное с хроническим профессиональным стрессом состояние человека, характеризующееся дегуманизацией, эмоциональной истощенностью и возникновением психосоматическими расстройствами. Эмоциональному выгоранию подвержены около 25% медицинских работников, что приводит не только к снижению качества оказываемой ими помощи, но и к снижению качества жизни самих работников.

Цель. Выявить признаки эмоционального выгорания у студентов-медиков СЗГМУ им. И.И. Мечникова, найти возможные предрасполагающие факторы и динамику его развития, для возможной организации мер по профилактике эмоционального выгорания медицинских работников еще на этапе их обучения.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 100 студентов 1 и 6 курсов лечебного факультета СЗГМУ им. И.И. Мечникова по методикам MBI (Maslach burn-out inventory) и EQ (empathy quotient).

Полученные результаты. В результате статистической обработки материала, выяснилось, что на I курсе работают около 6% студентов, на VI — 68%. Большинство студентов (70%) работают в качестве медицинских сестер. Средний уровень эмпатии у студентов VI курса — 35,5, для студентов I курса — 39, при среднем уровне сопереживания 40–43. У 7% работающих студентов отмечаются признаки высокого уровня эмоционального выгорания. У 51% работающих студентов обнаруживается высокий уровень психоэмоционального истощения. 18% студентов имеют личностную деперсонализацию. Существует положительная корреляционная связь между стажем работы и уровнем эмоционального выгорания ($r=0,2$ $p<0,05$).

Выводы. На основании полученных данных, можно сделать вывод, что работающие студенты находятся в группе риска формирования синдрома профессионального выгорания, а часть из них уже соответствуют критериям указанного синдрома. Уровень сопереживания имеет тенденцию к снижению к VI курсу, что требует коррекции ввиду гуманистической направленности деятельности любого врача. Высокий уровень психоэмоционального истощения у студентов требует организации мер по психопрофилактике, для избежания дальнейшего прогрессирования эмоционального выгорания.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Зыкова В.А. 5 к. 521 гр. МПФ, *Гордиенко Н.В.* 5 к. 521 гр. МПФ
Руководитель темы: *Мучник П.Ю.* асс. каф. психиатрии и наркологии
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Шизофрения занимает особое место среди всех форм психической патологии, в связи с достаточно высокой распространенностью (общий риск заболевания составляет 0,4–0,7%), неблагоприятной динамикой, формированием апато-абулического дефекта, являющегося одной из причин социальной дезадаптации пациентов. Среди критериев шизофрении помимо собственно дефицитарной симптоматики, играют роль специфические нарушения мышления, которые проявляются в тенденции к опоре на латентные признаки понятий, нарушение категориального строя. Такие нарушения мышления, как опора на конкретные признаки чаще встречаются при органических поражениях головного мозга.

Цель. Изучение структуры нарушений мышления среди пациентов, длительное время страдающих шизофренией.

Материалы и методы. Данная работа выполнена на базе Городской психиатрической больницы № 2 Святого Николая Чудотворца. Исследуемая группа состояла из 30 пациентов с диагнозом шизофрении, находящихся на момент исследования вне обострения. Учитывался возраст, уровень образования и стаж заболевания пациентов. В ходе выполнения работы были использованы клинический метод и психологические методы исследования: сравнение понятий, исключение лишнего (вербальный и невербальный субтесты). Изучалось количество использования конкретных, категориальных, латентных и личностно-значимых признаков в каждой из методик. Результаты были обработаны в программе SPSS 17. 0.

Полученные результаты. Исследуемая группа состояла из 15 мужчин и 15 женщин. Средний возраст пациентов 46,7±12,3 года. Средний стаж заболевания 17,8±8,6 года. В исследуемой группе 6 человек (20%) имели среднее общее образование, 12 (40%) — среднее специальное, 3 (10%) — незаконченное высшее, 9 (30%) — законченное высшее образование. При исследовании мышления экспериментально-психологическим методом было выявлено, что обобщение на категориальном уровне отмечалось в 42,5% заданий, актуализация конкретных и конкретно-ситуационных признаков в 29,5% заданий, латентные признаки использовались в 15,6% заданий. Корреляционный анализ показал, что у женщин отмечалась тенденция к уменьшению количества категориальных признаков и росту удельного веса латентных признаков на фоне увеличения длительности заболевания. Указанная тенденция оказалась статистически достоверной в группах женщин со средним специальным и высшим образованием. Среди мужчин была обнаружена противоположная тенденция — увеличение длительности заболевания коррелировало с уменьшением частоты использования латентных признаков и увеличением частоты категориальных. Статистическая значимость указанной тенденции обнаружена в группе мужчин с высшим образованием. Отсутствие статистической значимости в иных группах, вероятно, связано с небольшим размером выборки. При сравнении групп с высокой (более 20%) и низкой (менее 10%) частотой актуализации латентных признаков было обнаружено, что возраст первой группы был больше на 13,3 года. Различия в возрасте оказались статистически значимыми ($p < 0,05$).

Выводы. Чаще наблюдалась актуализация признаков, имеющих отношение к категориальной сетке (категориальные и конкретно-ситуационные), реже — актуализация латентных признаков,

что отвечает ожиданиям от группы пациентов с диагнозом шизофрении в стадии ремиссии. Выявлено влияние пола, возраста и полученного образования на частоту актуализации латентных признаков. Полученные данные требуют дальнейшего изучения и сопоставления с контрольной группой.

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Махаури Л.М. 3 к. 333 гр. СФ, Наумов Д.Г. 4 к. 444 гр. ПФ

Руководитель темы: *Гречаный С.В.* доц. каф. психиатрии и наркологии, к.м.н.

СПбГПМУ

Определяется высокой вовлеченность подростков в активное и пассивное курение и недостаточной эффективностью современных средств антитабачной профилактики. Значимую роль в происхождении курения у подростков играет усвоение «модели поведения» курящего. В рамках бихевиоральной теории формирования табакокурения значительное место отводится наглядным средствам и поддерживающей роли окружения. В настоящее время основное направление антитабачной профилактики видится в создании «эстетически неприглядного» образа курильщика и негативных медицинских последствий курения. Новым в этом подходе является создание и сохранение мотивации к «стоматологическому здоровью». Сохранность зубов и здоровье полости рта — важные составляющие красивого внешнего вида девушек и молодых людей. У них можно наблюдать высокую заинтересованность в поддержании и совершенствовании собственного эстетического образа

Цель. Изучить влияние интервенции (профилактической беседы на тему стоматологического здоровья) на мотивацию воздержания от табакокурения у подростков и молодых людей

Материалы и методы. Для изучения информированности о последствиях табакокурения и мотивации отказа от него авторами была разработана стандартная анкета, содержащая 12 вопросов. Для проведения интервенции разработана 20 минутная лекция. Обследовано 90 подростков в возрасте 16–18 лет учащихся средних школ г. Санкт-Петербурга и г. Выборга до и после профилактической интервенции.

Полученные результаты. Было показано статистически достоверное преобладание после интервенции положительных ответов на пункты анкеты, содержащие информацию о стоматологических последствиях табачного дыма. Достоверно увеличились положительные ответы, отражающие наличие мотивации к отказу от курения.

Выводы. На основании представленных результатов можно говорить о положительном влиянии антитабачной профилактики, ориентированной на сохранение «стоматологического здоровья».

НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ Р. Я. ГОЛАНТ: ДИЭНЦЕФАЛИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ С ПЕРИОДИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ С КОРОТКИМИ ПРИСТУПАМИ В СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХОЗОВ

Степанова Е.В. 5 к. 534 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Некрасов В.А.* асс. каф. психиатрии и наркологии

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Раиса Яковлевна Голант руководила кафедрой с 1928 по 1953 гг. — четверть века, наиболее длительный период в истории кафедры. Значительная часть её работ была посвящена изучению патологии вегетативных центров головного мозга при душевных болезнях, итогом которых стало выделение диэнцефалопатических и диэнцефалитических психозов с периодическим течением. Научный вклад Р.Я. Голант значителен и до настоящего времени не подвергнут должному анализу, что связано, в первую очередь, с широким кругом её интересов, и во вторую — с отсутствием полной её библиографии.

Цель. Определение места диэнцефалических психозов с периодическим течением с короткими приступами в современной классификации психических расстройств.

Материалы и методы. В процессе исследования была изучена биография Р.Я. Голант, изучены материалы двух статей Р.Я. Голант — «Дизэнцефалические психозы с периодическим течением» (1941 г.) и «О психических нарушениях с фазным, периодическим и пароксизмальным течением» (1947 г.), а также был произведён сравнительный анализ периодических психозов с короткими приступами с маниакально-депрессивным психозом и эндогенно-органическими психозами.

Полученные результаты. Среди этиологических факторов Голант выделяет травму, инфекцию, детский и юношеский возраст и дизэнцефалическую недостаточность. В психопатологической картине и течение приступа Р.Я. Голант отмечает расстройства сна, формальную ориентировку, амбулаторный автоматизм или ступор и мутизм, онейроидное состояние или эйфорию, снижение памяти вплоть до полной антероградной амнезии, резкое двигательное возбуждение, аффективную лабильность, кратковременные расстройства сознания, деперсонализацию, психосенсорные нарушения. При описываемой форме наблюдается также ряд дизэнцефалических симптомов — сонливость, ожирение, похудание, полифагия, полиурия, полидипсия, аменорея, гликозурия, гипергликемия, гипертермические кризы с полиглобулией и лейкоцитозом, сердечные явления (гипотензия, аритмия, экстрасистолия), зрачковые явления, расстройства пузыря. Течение заболеваний, по наблюдению Голанта, отличающаяся большой правильностью, бывает, однако, разное. Светлые интервалы на определенном промежутке времени могут продолжаться месяц, три месяца и т. д. В некоторых случаях приступы носили сезонный характер. Приступы иногда приходят сериями, а затем на определенный срок исчезают. Как правило, в светлые промежутки больные совершенно здоровы. Отдельные приступы иногда провоцируются внешними воздействиями — инфекцией, травмой и психическими переживаниями.

Выводы. Периодические психозы с короткими приступами, опираясь на приведённые Р.Я. Голант этиологические факторы и описанную ею клиническую картину приступа, с современной точки зрения можно отнести к эндогенно-органическим психозам — развитие их определяется взаимодействием эндогенных факторов (дизэнцефалическая недостаточность) и церебрально-органической патологии, возникающей в результате неблагоприятных внешних влияний биологического характера (черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций).

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОХИРУРГИИ, ЕЕ МЕСТО СЕГОДНЯ

Клыбанская Ю.В. 3 к. 304 гр. ПФ

Руководитель темы: *Телятникова О.Ю.* асс. каф. психиатрии и наркологии
СПбГПМУ

В настоящее время, исследование оперативных методов лечения психических становится все более актуальным и переживает новый расцвет, в связи с появлением новых методов нейровизуализации.

Цель. Изучение актуальности психирургии в разные исторические периоды.

Задачи:

- 1) определить основные направления развития экономики и медицины в конце XIX, XX веках, в современный период;
- 2) сопоставить с этапами развития психирургического метода.

Материалы и методы. Научные публикации, посвященные истории медицины и психирургии, и научная литература, отражающая современные требования к психирургии.

Полученные результаты. Конец XIX века характеризуется интенсивным накоплением наблюдений и их систематизацией. Произошло зарождение психирургии, операции носили единичный характер. В 1888 году Готтлиб Буркхардт провел иссечение участков коры в лобной, теменной и затылочной областях коры. В начале XX века в эпоху индустриализации разрабатываются новые технологии в разных отраслях экономики и производства, активно исследуется взаимосвязь мозговой и психической деятельности, формируются основные подходы к пониманию психических расстройств. Происходит окончательное разделение психиатрии и неврологии, для лечения психических расстройств было предложено несколько

видов биологической терапии Середина XX века характеризовалась экономическим кризисом и потребовала быстрого решения проблем психического здоровья пациентов, находящихся в больницах. Термин «психохирургия» был введен психиатром Эгашом Монишом, разработал основы оперативных вмешательств. В 1949 года Эгаш Мониш был удостоен Нобелевской премии по физиологии и медицине «за открытие терапевтического воздействия лоботомии при некоторых психических заболеваниях». В этот период происходит популяризация психохирургического метода.

Упадок применения лоботомии начинается в эпоху гуманизации общества, когда стали очевидными серьезные осложнения фронтальной лоботомии и появились первые антипсихотики. Психохирургические вмешательства в настоящее время стали проводиться стереотаксическим методом только на структурах лимбической системы. Психохирургический метод используется только при наличии строгих показаний: ОКР, тяжелые депрессии и тревожные состояния с длительным течением.

Выводы. Психохирургия имеет уже довольно длительную историю, и в настоящий момент, дальнейшее развитие этого метода лечения в психиатрии. может не только помочь большему количеству пациентов, но и расширить наши представления о психической патологии.

ОСНОВЫ АЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Парамонов А.А. инт. 1 года каф. психиатрии и клинической психологии

Руководитель темы: *Соловьёв А.Г. проф. каф. психиатрии и клинической психологии, д.м.н. СГМУ, Архангельск*

Широкий спектр связанных с алкоголем проблем в современном обществе, который определяется социально-экономическими и культуральными факторами, требует комплексной программы их профилактики. Алкоголь является важнейшим деструктивным фактором демографического, социального и экономического развития России. Тяжелые алкогольные проблемы являются главной причиной того, что уровень смертности россиян катастрофически высок для страны такого уровня экономического развития, как Россия, не втянутой в широкомасштабные военные действия (Коротаяев А.В., 2006).

Алкогольная политика в РФ в последние годы отличалась постепенным нарастанием ограничительных мер. Так, на региональном уровне местными властями, в соответствии с ФЗ РФ N 171 от 02. 11. 2013, были приняты законопроекты, включающие ограничительные меры продажи алкоголя, как по времени (запрещена продажа алкоголя вечернее и ночное время, а также в дни некоторых культмассовых мероприятий и праздников), так и по месту (ограничения по продаже алкогольной продукции на территории общественных заведений и в местах проведения общественных мероприятий). На федеральном же уровне граждане отметили влияние статьи 21 ФЗ от 13. 03. 2006 N 38 «О рекламе», где реклама алкоголя в СМИ запрещалась постепенно: с 2008 г. была запрещена наружная реклама алкоголя, а также во всех СМИ и интернете, а в 2011 г. — полностью запрещена реклама алкогольной продукции на всей территории страны в любом её виде вне зависимости от содержания алкоголя. Кроме того, были ужесточены ответственность граждан, должностных и юридических лиц за продажу несовершеннолетним алкогольной продукции.

Тем не менее, несмотря на законодательный запрет, согласно результатам исследования употребления психоактивных веществ в Северо-Западном Федеральном округе РФ, среди учащихся в возрасте 15–16 лет более трети подростков (38, 7%) все же приобретали в магазинах алкогольные напитки для своего собственного потребления хотя бы один раз за предшествующие опросу 30 дней (Халтурина Д.А., 2013).

Настоящая экономическая ситуация внесла свой вклад в современную алкогольную политику: на фоне экономического кризиса 2014 г. решением Правительства о развитии виноградарства и виноделия в ФЗ от 31. 12. 2014 № 490 были введены некоторые послабления в рамках рекламы алкогольной продукции. Так, отныне разрешена реклама пива и напитков, изготавливаемых на основе пива, а также вина и игристого вина (шампанского), произведенных на территории РФ, в периодических печатных изданиях, допускается реклама пива во время спортивных

соревнований, как при телетрансляции, так и непосредственно на стадионах и физкультурно-оздоровительных центрах, а также с 23 до 7 утра в рекламных роликах. Таким образом, под запретом остаются только импортные и крепкие алкогольные напитки.

Однако причины приобщения к алкоголю лежат не только в сфере производства и продажи спиртных напитков, а больше всего в сфере человеческих отношений, конкретных жизненных условиях и духовной жизни. Потребление алкоголя неразрывно связано с удовлетворением определенных человеческих потребностей, культурой быта, условиями и образом жизни людей. Таким образом, настоящая ситуация показывает, что социально-политические антиалкогольные меры в нашей стране еще далеки от совершенства, и требуют этого совершенствования с учетом как мирового, так и собственного исторического опыта.

ОСОБЕННОСТИ ГРУППОВОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ

Махова М.А. 5 к. 528 гр. ПФ

Руководители темы: *Телятникова О.Ю.* асс. каф. психиатрии и наркологии,

Шишков В.В. каф. психиатрии и наркологии

СПбГМУ

Распространенность нарушений поведения у детей младшего школьного возраста, приводящих к стойкой дезадаптации в настоящее время велика. Составляет 12–21% среди детей данной возрастной группы. Коррекция нарушений поведения проводится как в индивидуальной работе с детьми (биологическими и психотерапевтическими методами), так и в группе.

Цель. Анализ эффективности психокоррекционной работы с детьми с нарушениями поведения.

Материалы и методы. Объект исследования: проводилось наблюдений детей в возрасте от 6 до 9 лет. В группу были включены дети с нарушениями поведения, которым были поставлены следующие диагнозы: СДВГ, фобии, тики, энурез, афектогенные расстройства поведения. В исследовании использовались методы: 1) клиническое наблюдение, 2) экспериментально-психологическое обследование (опросник «Типы семейного воспитания», структурированное интервью); 3) статистический метод.

Полученные результаты. При анализе типов семейного воспитания в семьях детей, посещавших группу в группу, выявлено преобладание гиперпротекции. При этом наибольшую стабильность посещения группы детьми обеспечивали родители, тип воспитания которых определялся как эмоциональное отвержение. Положительная динамика отмечается у пяти детей из группы, которые относительно стабильно ее посещали

Выводы. Родители детей с поведенческими нарушениями, обращающиеся за помощью к специалистам, прежде всего отмечают следующие проблемы у своих детей: неконтролируемая активность, логопедические проблемы, слабая концентрация внимания, неумение приспособиться к дисциплинарным требованиям, независимо от наличия других выраженных проявлений заболевания, таких как фобии, энурез и т. п.

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К МАТЕРИНСКОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ

Першина А.Ю. 6 к. 642 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Гречаный С.В.* доц. каф. психиатрии и наркологии, к.м.н.

СПбГМУ

Отношение к семейной роли у девочек-подростков формируется под воздействием такового у их родителей. В связи с этим возрастает интерес к делинквентным подросткам и значению семьи в формировании у них нарушений поведения

Цель. Изучить связь отношения девочек-подростков с расстройствами поведения к семейной роли и материнским функциям с ведущим типом семейного воспитания.

Материалы и методы. Обследовано 35 девочек-подростков в возрасте 12–18 лет с ведущими симптомами поведенческих расстройств (рубрики F 90.1, 91.1, 91.2, F 07). Для изучения отношения пациенток (девушек-подростков) к разным сторонам семейной жизни (семейной роли) использовалась адаптированная методика PARI (parentalattituderesearchinstrument). Для анализа родительских отношений использовалась методика «Подростки о родителях» и методика «Тест руки».

Полученные результаты. Предшествующими исследованиями (Трещевская А.А., 2012) была показано трехфакторная модель взаимосвязи переменных-шкал опросников PARI (Шеффер-Белл) и «Подростки о родителях». В рамках 1-го фактора были объединены характеристики гиперпротективной воспитательной позиции и отрицательного отношения к ребенку. 2-й фактор объединял параметры дистанцированности от ребенка с автономной воспитательной позицией и по преимуществу позитивным отношением к ребенку, низкой критичностью к нему. 3-й фактор составили такие характеристики, как директивно — непоследовательное отношение к ребенку, высокая критичность и отрицательное отношение к семейной роли.

Выводы. Результаты нашего исследования (анализ главных компонент) выявили, что можно говорить о трех компонентах связи отношения девочек-подростков к семейной роли и материнским функциям с ведущим типом семейного воспитания.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, НАХОДЯЩИМИСЯ В СТАЦИОНАРЕ В РАМКАХ ДОЛГОВРЕМЕННОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Пошибайлов М.А. 6 к. 644 гр. ЛФ,

Паймулкина Д.А. 6 к. 652 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Случевская С.Ф.* доц. каф. психотерапии и сексологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Последние десятилетия во всем мире наблюдается увеличение доли пожилых людей в общем населении. Около 80% пожилых людей страдают хроническими заболеваниями. Пожилой человек старше 60 лет страдает в среднем 5, 6 1, 7 хроническими заболеваниями. Совокупность диагнозов приводит к выписке большего количества лекарственных препаратов. Одинаково, одновременный прием 2 ЛС приводит к лекарственным взаимодействиям у 6% больных, 5 ЛС увеличивает их частоту до 50%, а при приеме 10 препаратов риск лекарственных взаимодействий достигает 100%.

Цель. Исследовать особенности применения лекарственных препаратов у разных групп пациентов старше 60 лет, находящихся в 2 учреждениях медицинского и 2 учреждениях социального предназначения в рамках долговременной помощи.

Материалы и методы. Проведено одномоментное поперечное углубленное кросс-секционное исследование различных когорт пациентов старше 60 лет. Исследования проходили в 4 учреждениях города Санкт-Петербурга при помощи международного инструмента оценки состояния пациентов InterRAI, который представляет собой комплексную систему оценки нужд и потребностей пациентов старше 60 лет в стационарных условиях. Были обследованы 349 пациентов старше 60 лет. Данные собирались в подразделении психиатрического профиля в Городском Гериатрическом центре (50 анкет), гериатрическом отделении Городской психиатрической больницы (99), Городском Психоневрологическом Интернате (130), и частном пансионате (69). Все виды учреждений предоставляют услуги в рамках долговременной помощи.

Полученные результаты. Группа обследованных состояла из пожилых пациентов, находящихся в стационаре в рамках долговременной помощи. Из обследованных, мужчины составляли 16, 3%, женщины 83, 7%. Возрастной состав представлен в основном группой лиц от 70–79 лет — 40, 4% и 80–89 лет — 33, 8%. Группа лиц 60–69 лет — 18, 3%, старше 90 лет — 5, 4% и 55–60 лет — 1%. По длительности пребывания в стационарных условиях пациентов условно можно разделить на тех, кто более 10 лет находится в учреждении — 14%, 5–9 лет — 6, 5%, 1–4 года — 17, 5%, менее 1 года — 62%. По нозологическому профилю группа пациентов с

психическими расстройствами в качестве основного диагноза, получающие активную терапию включала: 12% с тревожными расстройствами, 3% — с депрессивными расстройствами, 17% — с шизофренией. Когнитивные расстройства, представлены в группе пациентов с диагнозом деменция — 53%, из них 6% — болезнь Альцгеймера, а 47% — другие деменции. В среднем показатель количества принимаемых лекарств пожилым пациентам в стационарах Санкт-Петербурга составляет 4, 83 ЛС. Корреляции количества ЛС с возрастом выявлено не было ($p < 0,02$). Наибольшие показатели отмечаются в учреждениях с медицинской направленностью: Гериатрический центр — 6, 42 и ПБ — 4, 3. В то же время в учреждениях социального типа: государственном — 4, 3 и частном — 4, 0. Треть всех пациентов (28%) принимают от 6 до 12 ЛС одновременно. В структуре назначенных ЛС, 24% составляют психотропные средства, уступая по частоте лишь антиагрегантным и гипотензивным препаратам. Среди антипсихотиков лидирующее положение занимают хлорпротексен и галоперидол. Из всех пациентов, страдающих деменцией получают симптоматическую (группа Са блокаторов и АХЭ) терапию 23 человека, что составляет лишь 1.3% от группы, имеющих прямые показания в виде выставленного диагноза (168 пациентов).

Выводы. В Санкт-Петербурге пожилые пациенты на стационарном обслуживании потребляют в среднем больше ЛС, чем в развитых странах. Доля пациентов, принимающих более 6 ЛС наиболее высока в учреждениях медицинской направленности. 24% получаемых ЛС — психотропные препараты. Противодementную терапию принимает чуть более 1% пациентов с диагнозом деменция или болезнь Альцгеймера.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ НЕВРОТИЧЕСКОМ И ПСИХОТИЧЕСКОМ УРОВНЕ ПАТОЛОГИИ

Небоян О.Р. 3 к. 368 гр. клинической психологии

Руководитель темы: *Телятникова О.Ю.* асс. каф. психиатрии и наркологии

СПбГПМУ

Распознавание специфических проявлений обсессивно-фобического синдрома на ранних этапах диагностики даст возможность начать быстрее правильное лечение пациента. Существуют специфические особенности познавательной деятельности и эмоционально-личностного реагирования, которые отражаются в синдроме. Их выявление позволит решить вопрос дифференциальной диагностики.

Цель. Выявить основные характеристики познавательной сферы и эмоционально-личностного реагирования пациентов с синдромом навязчивых состояний.

Задачи исследования:

1. Описать клинические характеристики синдрома навязчивостей.
2. Исследовать особенности познавательной и эмоционально-личностной сферы больных с синдромом навязчивостей.
3. Сопоставить клинические характеристики навязчивостей и особенности познавательной и эмоционально-личностной сферы больных.
4. Представить сравнительную характеристику двух групп пациентов с определением особенностей, характерных для невротического или психотического уровня патологии.
5. Описать специфические особенности познавательной и эмоционально-личностной сферы в сопоставлении с клиническими характеристиками синдрома навязчивостей.

Материалы и методы. В исследование включены две группы пациентов. В 1-й группе включены пациенты с диагнозом шизофрения, у которых в клинической картине выявлен синдром навязчивых состояний. Во 2-й группе пациенты с неврозом навязчивых состояний. В исследовании использовались клинический, экспериментально-психологический, статистический методы.

Полученные результаты. По предварительным результатам особенности переживаний связаны с невозможностью обозначить конкретный объект, внушающий опасение или вызывающий тревогу.

Выводы. В расстройстве невротического уровня допускается большее осознание агрессии и страдание от этого, нежели в психотическом уровне, где страдания преимущественно связаны с использованием ритуала.

ФАКТОРЫ РИСКА РЕГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАСТРОЙСТВАМИ

Шалева А.Н. 5 к. 555 гр. ЛФ, *Лемешев И.В.* орд. 2 года каф. психиатрии

Руководитель темы: *Соляник М.А.* доц. каф. психиатрии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Повторные госпитализации пациентов, страдающих хроническими психическими расстройствами, являются важным показателем эффективности работы психиатрической службы города. Высокий уровень регоспитализаций приводит к существенному увеличению экономических затрат на оказание специализированной медицинской помощи.

Цель. Изучение факторов риска регоспитализаций пациентов на острое мужское отделение Санкт-Петербургской психиатрической больницы св. Николая Чудотворца.

Материалы и методы. Объектом изучения были повторные госпитализации в мужское психиатрическое отделение больницы. Для анализа регоспитализаций была разработана подробная регистрационная карта, включающая в себя социальные, нозологические и терапевтические аспекты. Регистрационная карта заполнялась на основании изучения стационарных историй болезней пациентов, повторно госпитализированных в течение менее 6 месяцев после предыдущей выписки. Статистический анализ производился с использованием программы Microsoft Excel.

Полученные результаты. За 2013 год на отделение было регоспитализировано 58 пациентов со следующими диагнозами: шизофрения — 23 пациента, органическое заболевание головного мозга с психическими нарушениями, в том числе деменция — 20, биполярное аффективное расстройство — 2, олигофрения — 2. Из анализа были исключены 11 случаев повторных поступлений вследствие переводов из соматических стационаров. Средняя длительность заболевания на момент регоспитализации составила 17, 3 года, а среднее число предыдущих госпитализаций — 14. При этом общее количество регоспитализаций для каждого пациента в среднем составило 11, 3 раза, а средняя длительность одного случая госпитализации — 104 дня. Несмотря на длительные сроки заболевания, только 4 пациента регулярно посещали ПНД и принимали поддерживающую терапию, 21 посещал ПНД нерегулярно, а 18 вообще не посещали диспансер. В период между анализируемыми госпитализациями только 11 пациентов принимали поддерживающую терапию, тогда как тип ремиссии при предыдущей выписке у 46 пациентов был обозначен как «выраженный психический дефект со снижением трудоспособности». При анализе непосредственных причин регоспитализаций было выявлено, что в 37 случаях причиной госпитализаций являлись «социальные показания» или «конфликты дома», а также «тревога». Анализ терапии, получаемой пациентами в период предыдущей госпитализации, показал, что только 2 пациента получали монотерапию, а 17 пациентов получали антипсихотические препараты в дозах, превышающих 1000 мг хлорпромазинового эквивалента, тогда как данных за резистентность у этих пациентов не было. При этом только 17 пациентов переносили терапию без побочных эффектов.

Выводы. Факторами риска регоспитализаций являются конфликтные отношения в семье, наличие повторных регоспитализаций в анамнезе, полипрагмазия на этапе стационарного лечения, отсутствие амбулаторного наблюдения специалистом и отказ от поддерживающей терапии.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

АНАЛИЗ ПРИЧИН СОКРАЩЕНИЯ СРОКОВ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Степанюк Е.Т. 5 к. 585 гр. ФСО,

Гецко Н.В. асс. каф. сестринское дело с клинической практикой

Руководитель темы: *Петрова А.И.* доц. каф. сестринского дела, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Проблема отказа от грудного вскармливания приняла большие масштабы в современном обществе. В ее основе лежат: давление современной городской жизни, недостаток поддержки со стороны медицинских учреждений, близких родственников, а также неверное освещение этой проблемы средствами массовой информации.

Цель. Изучить возможность оптимизации работы участковой медицинской сестры в процессе установки, сохранении и продлении срока грудного вскармливания. Исследование выполнены на базе детского поликлинического отделения № 65.

Методы исследования: анализ медкарты ребенка; изучение анкет, медицинских отчетных документов

Полученные результаты. При исследовании выявлено, что из 60 детей — 37% находились на естественном вскармливании до 1 года, до 9 месяцев — 18%, до 6 месяцев — 13%, до 3 месяцев — 20%, до 1 месяца — 12%. Проводя исследование, выяснилось, что лишь у 28 (47%) семей беременность планировалась. В 43 (72%) случаях женщины узнав о беременности, сохранили ее и встали на учет в женские консультации до 22 недель беременности, 17 (28%) впервые обратились в женскую консультацию после 22 недель беременности. Было выдано 58 направлений в школу будущих матерей, посетили ее всего 26 беременные женщины. Подготовку грудных желез во время беременности проводили лишь 44 будущих мам, а отработывали технику приложения к груди всего 48 женщин. Анализ послеродового периода показал, что 27 (45%) матерей использовали сцеживание молока для повышения лактации, а 33 (55%) обходились без сцеживания, используя часто прикладывание ребенка к груди. Несколько матерей (12%) отметили что не получили квалифицированной помощи от медработников роддома, в процессе приложения ребенка к груди, в решении первых возникших проблем при вскармливании.

Выводы. Сопоставив полученные данные, выяснилось, что взгляды на причины сокращения срока грудного вскармливания, медработников и родителей, практически всегда совпадают. А это значит, что возможность совместного решения возникших проблем значительно возрастает.

МОНИТОРИНГ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ ОФИСА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Федорова Е.А. 5 к. 585 гр. ФСО,

Петрова А.Б. асс. каф. сестринского дела с клинической практикой

Руководитель темы: *Петрова А.И.* доц. каф. сестринского дела, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Среди сердечно-сосудистых заболеваний ведущее место занимает ишемическая болезнь сердца которая за последние 10 лет «помолодела» и чаще стала носить «бессимптомное» течение. Фремингемское исследование показало четкую зависимость между уровнем смертности от ишемической болезни сердца и концентрацией холестерина в крови. При холестерине 6,5 ммоль/л уровень смертность от ишемической болезни сердца вдвое выше, чем при уровне холестерина менее 5,2 ммоль/л.

Цель. Проанализировать факторы риска развития гиперхолестеринемии у пациентов офиса врача общей практики (ВОП). База исследования — офис семейной медицины при ГУЗГП № 102 Приморского района СПб.

Методы исследования: анкетирование пациентов, анализ амбулаторных карт, наблюдения

Полученные результаты. Анализ анкет и амбулаторных карт показал, что нормальный индекс массы тела (ИМТ) имеют только 26% взрослого населения, посещающего офис ВОП, 44% имеют повышенный ИМТ, а 30% пациентов страдают ожирением. У 50% пациентов в рационе преобладают мучные и крупяные продукты. Выяснилось, что 48% пациентов часто употребляют алкоголь, а 42% пациентов курят. У 45% в семье споры и разногласия, что ведет к постоянным стрессам, 52% исследуемых отдыхают пассивно, 45% пациентов не соблюдают назначения врача, а 63% опрошенных не доверяет результатам проводимых профилактических осмотров и диспансеризации, так как считают их формальными. При анкетировании выяснилось, что 69% пациентов испытывают дефицит знаний по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и здоровому образу жизни

Выводы. Анализ анкет и амбулаторных карт показал, что пациенты офиса врача общей практики имеют факторы риска развития гиперхолестеринемии и сердечно-сосудистой патологии. Вероятно, следует создать доврачебный кабинет в офисе врача общей практики по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и здоровому образу жизни.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ШТАММОВ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА

Лукиянова Б.С. 5 к. 585 гр. ФСО

Руководитель темы: *Петрова А.И.* доц. каф. сестринского дела, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В мировой литературе указывается на редкость полирезистентных форм туберкулеза, однако во многих странах Восточной Европы, странах СНГ в последнее десятилетие происходит их рост. Повышение эффективности лечения впервые выявленных больных и пациентов после неэффективного основного курса является актуальной задачей современной фтизиатрии

Цель. Проведение мониторинга чувствительности штаммов *Mycobacterium tuberculosis*, выделенных в период с 2011 по 2014 год в противотуберкулезном диспансере Республики Калмыкия, к противотуберкулезным препаратам (ПТП), используемым в клинической практике.

Материалы и методы. Был проведен анализ частоты и структуры заболеваемости туберкулезом, вызванным лекарственно-устойчивыми штаммами микобактерий за период с 2011 по 2014 гг. среди вновь выявленных больных и бактериовыделителей, состоявших на учете в республиканском противотуберкулезном диспансере. За период 2011 — 2014 гг. бактериологической лабораторией было выполнено 3979 микробиологических исследований на определение лекарственной устойчивости (ЛУ) МБТ к ПТП.

Полученные результаты. Из них ЛУ была подтверждена у 3296 (2011 г — 766, 2012 г — 800, 2013 г — 893, 2014 — 837) больных. В 2011–2014 гг.: региональные штаммы, резистентные к одному ПТП составляют более 33% в общем количестве случаев, более 79% для ранее леченных больных и до 21% у вновь выявленных случаев. Резистентные к изониазиду, рифампицину составляют до 44% в общем количестве случаев, более 73% для ранее леченных больных и 27% у вновь выявленных случаев. Полирезистентность составила 25% (48% у впервые выявленных больных и 52% у ранее леченных больных). Хотя самые высокие показатели относятся к штаммам *M. tuberculosis*, выделенным от ранее леченных пациентов и представляют собой вторичную резистентность, но уровень первичной резистентности велик

Выводы. Таким образом, проведенный мониторинг частоты и структуры лекарственно-устойчивых штаммов микобактерий туберкулеза за период 2011–2014 гг. показал, что отмечается тенденция к утяжелению структуры устойчивости за счет нарастания частоты множественной лекарственной устойчивости к четырем препаратам с 20, 1% в 2011 г. до 23,4% в 2014 г. Уровень первичной резистентности остается высоким.

СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНЫЕ НАУКИ

THE NEGATIVE IMPACT OF THE WAR IN MEDICINE

Брылякова Д.Н. 2 к. 244 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Кубачева К.И.* доц. каф. иностранные языки, к. фарм. н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Throughout our history war and medicine have been tightly connected with each other. Many key developments in healthcare came from the battlefield. Medicine has been associated with the military since the days of ancient Greece. Hippocrates said that war was the only proper school for the surgeon. And it was a school of humanity too. Doctors had to save lives in terrible conditions, they had to share the last piece of bread with the wounded soldiers and work hard despite the exhaustion. That required them to be moral, responsible and tolerant

Цель. Comparing negative and positive impacts of the war on medicine, writing an essay.

Материалы и методы. Work with literature, writing an essay.

Полученные результаты. Military medicine progressed under the pressure of war. Doctors were forced to invent better ways of treatment. Nikolay Pirogov is considered to be the father of field surgery. He developed osteoplastic method for amputation of the foot and was first to use anesthesia. And there are many doctors like him, who tried to do their best for saving people in wartime. Many advances in the treatment of trauma, shock and infectious disease were developed over the last years.

On the other hand, war causes distress and death. There is a lack of doctors to treat the whole army. All resources belong to military force, so there are not enough necessary instruments for treatment and solutions to disinfect them. Poor sanitation leads to bacterial infections, such as abscess or even sepsis. Though new antiseptic material was already invented, doctors could not receive it.

Выводы. Medicine progressed rapidly in wartime. Innovations are used in time of peace. But harm of war outweighs any positive aspects of conflict, even for medicine.

WHAT IS MILITARY MEDICINE AND ITS MORALS

Торвик В.Б. 2 к. 246 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Кубачева К.И.* доц. каф. иностранные языки, д. фарм. н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Over the years medicine has advanced rapidly especially over the last century. Through out the years has been changing, improving and innovating. Change in medicine happens before our eyes most of the time we don't even notice it, but there is one branch in medicine that we owe a huge thank you to and that is military medicine.

The term military medicine has a number of associated understandings and potential connections as well as meanings such as:

A branch of occupation in medicine that attends to medical risks and needs of soldiers, sailors and other service members. This understanding is historically involved with prevention and treatment of infections — especially tropical diseases.

The planning and practice of surgical operations for mass battlefield casualties. This could also branch out to logistical and administrative considerations of combat support hospitals that involve military medical command and administrative system that interacts with each other and support deployed combat units.

The administration and practice of health care for military service members and their dependents in non-deployed settings. This could mirror the civilian sector of the medical system such as the VA (Veterans Affairs).

Medical research and development specifically concerning any problems of the military medical interests. From vaccines to medical evacuation systems to filtering drinking water.

Now that we have a hold of an understanding of what military medicine is, let's delve into the rich history of this unique branch of medicine, its development and significance. The significance of military medicine goes much farther and beyond the treatment of battlefield injuries. Infections and anti-sanitary conditions claimed more casualties than fatal injuries cause in combat up until the 19th century. Starting from the 19th century, medicine started to progress rapidly. New surgical techniques were invented, powerful painkillers and antibiotics were created and speedy triage and evacuation procedures revolutionized military medicine.

While medicine is evolving and perfecting itself there are a lot of ethical controversy and disputes circulating around civil medicine and more so around military medicine. Military doctors have two masters: Hippocrates and their serving country. While the Hippocratic Oath preaches that a doctor (healer) must help all and there are no lines and sides between the patient and doctor — just a patient who needs medical help. On the other hand, some countries have a rule that the serving military doctor must treat only their soldiers and those who are injured and pass the country's military code and regulations. This is where a practicing military doctor might have to compromise with their conscience and morals. Do they help the injured enemy or turn him/her down and/or refuse to treat them. Let the enemy live or die.

I personally abide by the Hippocratic Oath — help all. I rather turn a blind eye to politics. A patient is a patient and it does not matter who he/she is. A living life is meant to live and you should fight for it to the end. Alas, military medicine cannot turn a blind eye to its country's politics, so it is the treating doctors' job to keep themselves in check with their morals.

As discussed above, medicine owes quite a lot to military medicine. Although there is no official term for such a branch in medicine such as military medicine, the world of medicine gained so much inventions and innovations from machines to drugs to new and better instruments. Medicine always is evolving and progressing, especially in military medicine doctors will seek for faster, easier and better ways to treat the wounded and the sick.

АКСИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС МЕРТВОГО ТЕЛА В ХРИСТИАНСКОЙ БИОЭТИКЕ

Яковенко К.А. 2 к. 252 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Галковская О.А.* ст. научн. сотр. каф. социально-гуманитарных наук, экономики и права, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Вопрос о ценности и коммерциализации мертвого тела является весьма актуальным в области биоэтики, так как он имеет прямое отношение к донорству органов, обучению студентов на трупах, а также к проведению различных экспертиз с использованием трупного материала.

Цель. Определение статуса мертвого тела в области христианской биоэтики.

Материалы и методы. При выполнении работы использовались материалы сети Интернет по биоэтике и философии, труды философов разных эпох, а также применялась комплексная методология.

Полученные результаты. Впервые определение судьбы тела умершего человека рассматривалось в римском праве (порядок проведения похорон, определение ответственного за несение соответствующих расходов и т. д.). Также вопрос использования отдельных частей тела в гражданском обороте касался использования волос для париков. Но прогресс медицины и биотехнологии в мире в XX веке заставил по-иному взглянуть на существование человека как физического объекта, так как появилась возможность осуществлять множество манипуляций с телом человека, не известных ранее.

В христианстве же, по мнению Силуяновой И.В., мертвое тело остается пространством личности, и отношение умершему связано с уважением к живущему. Использование трупов в медицине ведет к потребительскому отношению к живому человеку. Существование Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и тканей», запрещающего куплю-продажу

человеческих органов и тканей, свидетельствует о реальности данных сделок, что приводит к появлению новых «мотивов» для преднамеренных убийств.

Дьякон М. Першин высказывался о неуважении к телу в учебном процессе «Самому умершему человеку эти издевательства не вредят. Но они калечат будущих врачей. На уровне профессионального опасения в том, что такой медик перенесет свое глумливое отношение к умершему на живых, но он же и говорил о том, что с православной точки зрения «никакие манипуляции с телом не причиняют вреда умершему».

Выводы. Следовательно, основной проблемой христианской биоэтики в данном вопросе является отношения врача и умершего в плане человеколюбия и нравственных понятий. В связи с несоразмерностью утилитарного подхода к мертвому телу с христианскими ценностными ориентациями возрастает социальная опасность ошибки, которая может стать гибельной как для каждого человека, так и для культуры в целом. Потребительское, утилитарное и небрежное отношение к умершему человеку ведет к превращению тела человека в товар, лишает человека его достоинства.

АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТОЗАМИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Мамадалиев Д.З. 6 к. 607В гр. ЛФ, Латыпова Р.Ф. 6 к. 609В гр. ЛФ

Руководитель темы: *Бехтерева А.В.* ст. научн. сотр. каф. педагогики и психологии

БГМУ, Уфа

Психосоматозы, или психосоматические болезни, в основе которых лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанное с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Внутренние конфликты, невротические типы реакций или психореактивные связи обуславливают картину органического страдания, его длительность, течение, резистентность к терапии. И только понимание этих понятий может дать возможность эффективно воздействовать на возникшее заболевание, в том числе и методами психотерапии на изначально выделяемые психосоматозы, такие, как бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертензия, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз.

Цель. Определение уровня зависимости психического состояния на соматическое здоровье путем определения уровня тревожности, алекситимии, субъективного восприятия степени влияния соматического заболевания на образ жизни больного.

Материалы и методы. Проведено эпидемиологическое исследование методом «случай-контроль» путем опроса 50 пациентов с психосоматозами (основная группа — ОГ) и 25 человек контроля (КГ) на базе ГКБ № 13 и 18. В исследование были включены 32 женщины и 18 мужчин, из них: 10 больных с бронхиальной астмой, 18 — с эссенциальной гипертензией, 11 — с ИБС, 9 — с язвенной болезнью желудка и язвенным колитом, 2 — с гипертиреозом. Средний возраст составил $51,76 \pm 7,2$ года. Сопоставленные по полу и возрасту и месту жительства ОГ и КГ заполняли следующие опросники: шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергера, адаптированную Ю.Л. Ханиным, Торонтскую алекситимическую шкалу (TAS), опросник Сердюка.

Полученные результаты. По показателям ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина установлено, что в ОГ преобладает высокий уровень тревожности 56%, а в КГ — 28%. Высокий уровень тревожности по показателю личностной тревожности преобладает в ОГ (72%), в КГ — 40%. Обработка результатов TAS показала, что в ОГ преобладает алекситимический тип личности — 48%, а в КГ — 20%. По опроснику Сердюка, установлено, что в ОГ преобладают такие сферы, как ограничение ощущения силы и энергии (13, 3%), ограничение удовольствий (19,1%), ограничение карьеры (12,6%), материальный ущерб (22,3%), а в КГ ограничение ощущения силы и энергии испытывают 13,3% больных, снижение физической привлекательности (12,5%), материальный ущерб (16,9%).

Выводы. В результате было установлено превалирование ситуативной (56%) и личностной тревожности (72%) у больных с «психосоматозом» (ОГ) по сравнению с КГ; преобладание

алекситимического типа личности у больных с психосоматозами (48%). Кроме того, у больных в ОГ доминируют материальный ущерб (22,3%), ограничение удовольствий (19,1%), ограничение карьеры (12,6%).

АНАЛИЗ ФОРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В СТОМАТОЛОГИИ

Зинчук Д.М. 1 к. 126 гр. СФ, Муса Х.М. 1 к. 126 гр. СФ

Руководитель темы: *Зеленская Т.М.* доц. каф. социально-гуманитарных наук, экономики и права
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Важным фактором сохранения здоровья человека является профилактика заболеваний. Состояние полости рта (зубов, десен и т. д.) с одной стороны, характеризуют здоровье человека, а с другой — могут спровоцировать развитие заболевания, поэтому очень важно соблюдать гигиену зубов и полости рта. Необходимость чистить зубы у населения не вызывает сомнения, но вот какой пастой и как сделать правильный выбор?

Цель. В настоящее время рынок зубных паст стал довольно обширен, поэтому мы воспользовались средствами социологического опроса для проведения маркетингового исследования рынка зубных паст Санкт-Петербурга потребительских предпочтений при их выборе.

Материалы и методы. Сегодня на рынке зубных паст представлено огромное количество торговых марок отечественного и импортного производства, которые имеют современную консистенцию, разнообразился запах, цвет, а также добавились новые полезные свойства. Однако специалисты выделяют 4 сегмента рынка зубной пасты: экономичная ценовая категория до 80 рублей, средняя от 80 до 100 рублей, премиум от 100 до 150 рублей, суперпремиум свыше 150 рублей. Дорогая паста в основном представлена продукцией международных производителей, аналогов которой в России практически не производится. Так же, нами было проведено исследование спроса и влияния различных факторов при выборе и покупке «зубных паст». В процессе проведения исследования было разработана анкета, отражающая основные аспекты, касающиеся выбора зубной пасты. Согласно проведенному опросу 40 потребителей зубных было выявлено, что: 48% опрошенных предпочитают торговую марку зубных Lacalut, четверть — PresiDent и 15% — Sensodyne. При этом большинство потребителей предпочитают покупать пасту в аптеке, так как воспринимают аптеку, прежде всего, как учреждение здравоохранения, в котором имеется жесткая система контроля качества поступающей продукции, а сама продукция, представленная в аптечном ассортименте, имеет в первую очередь лечебное действие, а потом уже гигиеническое. При выборе зубной пасты жители предпочитают ориентироваться на свой вкус, если у них отсутствуют стоматологические проблемы. В результате анализа ценового фактора, было выявлено, что потребитель обычно старается выбрать самую низкую цену (если он располагает информацией для такого выбора). Сравнение цен также показало, зубные пасты в аптеках дороже, чем в супермаркетах и других розничных организациях, что ограничивает спрос на них со стороны чувствительных к цене потребителей.

Полученные результаты. Исследование показало, что население плохо информировано о том, что профилактика стоматологических заболеваний необходима для их предотвращения.

Выводы. Необходимо повысить уровень просветительской работы среди населения по вопросам профилактики стоматологических заболеваний и правильного выбора зубных паст.

АНАЛОГИИ МЕЖДУ ФУНКЦИЯМИ ПОЛУШАРИЙ МОЗГА И АРЕАЛАМИ КУЛЬТУР ЗАПАДА И ВОСТОКА

Ежов Н.А. 1 к. 214 гр.

Руководитель темы: *Суханов А.С.*

Санкт-Петербургский фельдшерский медицинский колледж

Считаем актуальным исследование не один раз высказывавшегося предположения о взаимосвязи функций левого и правого полушарий мозга с особенностями западной и

восточной культур. Изучение этого аспекта жизнедеятельности общества предполагает выявление новых возможностей объяснения/диагностики стереотипов поведения представителей разных культурных ареалов.

Цель. Выявить всевозможные аналогии между функциями полушарий мозга с одной стороны, и относительно стабильными (консервативными) проявлениями культуры автохтонного населения западноевропейских стран и стран-наследниц древневосточных традиций с другой; на основе этого исследования составить таблицу частоты совпадений особенностей каждого культурного комплекса с функциональной спецификой полушарий мозга.

Материалы и методы: В ходе реализации этой цели были применены следующие методы.

1. Систематизация научных выводов о функциях правого и левого полушарий мозга, изданные в русскоязычной литературе.

2. Обобщение теоретического и статистического материала, собранного этнографами, социологами, психологами и другими исследователями о фундаментальных особенностях западной и восточной культур.

3. Метод сравнения/сопоставления: каждая половина «единого целого», т. е. земной цивилизации с её западными и восточными особенностями была сопоставлена с каждой половиной другого «единого целого» — мозгом человека с его функциями левого и правого полушарий и на основе этого выявлены аналогии между полушариями мозга и культурами Запада и Востока. Подобное подробное сравнение и сведение аналогий в единую таблицу мы не нашли в русскоязычной литературе, за исключением некоторых фрагментов.

Следует оговориться, что особенности рассматриваемых культур не должны абсолютизироваться относительно друг друга. Их необходимо воспринимать с позиции сравнительной степени («преобладание», «более или менее» и т. п.).

Полученные результаты. Функции правого полушария мозга имеют больше аналогий с культурой Востока: образное мировосприятие — иероглифы; эмпатия — акцент на мораль, коллективизм; «немое» — культура жестов; интуиция — философия озарения; синкретизм — акупунктура и диагностика по пульсу, комплексные сюжеты в искусстве; эмоции — речь тональна и эмоциональна; обоняние — аромакультура и др.

Функции правого полушария мозга имеют больше аналогий с западноевропейской культурой: анализ — алфавит, дискретность — хирургия; речь — ораторское искусство; понятийное мышление — наука, правовые нормы преобладают над моральными; Я-концепт — индивидуализм, жанр автобиографий.

Выводы. Возможно, что ученые, опасаясь обвинений в вульгарном материализме, избегают делать прямолинейные выводы по данным аналогиям. Но всё-таки такое системное совпадение необходимо продолжать исследовать.

АПОЛОГИЯ ЕВГЕНИКИ

Чаус Т.Л. 2 к. 45 гр. ЛФ, *Полянская М.Н.* 2 к. 45 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Маркова Т.И.* доц. каф. социально-гуманитарных наук

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Евгеника была популярна в первые десятилетия XX века, но впоследствии стала ассоциироваться с нацистской Германией, отчего её репутация значительно пострадала. В послевоенный период евгеника попала в один ряд с нацистскими преступлениями, такими, как расовая гигиена, эксперименты нацистов над людьми и уничтожение «нежелательных» социальных групп. Но к концу XX века развитие генетики и репродуктивных технологий снова подняли вопрос о значении евгеники и её этическом статусе в современную эпоху. Её актуальность связана с необходимостью лечить, контролировать и предотвращать наследственные заболевания.

Цель. Поиск доказательств в защиту принципов евгеники.

Материалы и методы. В данной работе нами применялись общетеоретические методы исследования, основанные на изучении материалов отечественных и зарубежных специалистов.

Полученные результаты. По данным всемирной организации здравоохранения около 4% новорожденных страдают теми или иными генетически обусловленными дефектами. Причинами наследственных заболеваний являются мутации, изменяющие последовательности нуклеотидов в ДНК. Чаще мутирует рецессивный ген, так как он более неустойчив к неблагоприятным условиям. Такие мутации не проявляются в первом поколении, а накапливаются в генофонде, образуя резерв наследственной изменчивости. Рecessивный мутантный ген может передаваться через несколько поколений, пока не появится ребенок, унаследовавший одинаковый дефектный ген и от отца, и от матери. Перед учеными стоит задача найти способ профилактики и лечения наследственных патологий. Лучшим методом было бы исправление патологической мутации путем нормализации хромосомной или генной структуры, но в настоящее время такие процедуры можно применять только на простейших формах жизни. Вмешательство в человеческий геном пока недоступно. Специалисты только могут указать родителям на вероятность появления ребенка с определенными пороками, хромосомной болезнью или нарушениями обмена, обусловленными генными мутациями. В Сардинии в середине 1970-х годов была распространена бета-талассемия. Это разновидность анемии, связанная со снижением синтеза полипептидных цепей, входящих в структуру нормального гемоглобина. Человек с такой патологией становится полным инвалидом и нередко умирает ко времени полового созревания. Была начата программа массовой пренатальной диагностики, в ходе которой выявлялась возможность рождения ребенка больного талассемией. В этом случае родителям предоставлялся выбор — прерывать беременность или нет.

В результате, частота рождения детей, больных талассемией на Сардинии за 20 лет снизилась в 10 раз: если в 1975 г. было зарегистрировано 11 больных, то с начала 1990-х регистрируются менее 10 таких рождений в год. Наблюдаемые в настоящее время случаи рождения больных талассемией объясняются отказом родителей от диагностики или прерывания беременности. По статистическим данным этих исследований в 5% случаев родители хотели родить ребёнка независимо от наличия дефекта. Данная программа в Сардинии — случай успешного применения евгеники, благодаря которой заметно снизился процент заболевания талассемией.

Выводы. Продуктивные идеи евгеники могут быть осуществлены только на основе принципов биоэтики. Только тогда евгеника будет служить во благо, не ущемляя права человека.

ВЛИЯНИЕ РЕЛИГИИ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА (НА ПРИМЕРЕ ИСЛАМА)

Халова П.М. 2 к. 211 гр. МПФ, Хаваяшхова И.В. 2 к. 211 гр. МПФ

Руководитель темы: *Кукконен Е.В.* ст. научн. сотр. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Безусловно, религия играет важную роль в жизни человека. Выполняя нормативно-регулятивную функцию, она формирует стиль и здоровый образ жизни, корректирует поведение, регламентирует деяния человека. Разграничивая дозволенное и запретное, религия заботится о нашем здоровье. В современном мире, когда мы наблюдаем упадок нравственности, отсутствие духовных ценностей, отсутствие веры и вместе с тем ухудшение здоровья состояния людей, беспорядочную половую жизнь и наличие пагубных пристрастий, актуальность данной темы не вызывает сомнений.

Цель. Рассмотреть влияние религии на здоровье человека на примере медицинских аспектов религии Ислам.

Материалы и методы. Изучение научной литературы, анализ Корана.

Полученные результаты. Когда нарушается гармония между душой и телом, в нем происходят колоссальные изменения, влекущие за собой много болезней. Религия Ислам предлагает пути в борьбе с болезнями и осуществляет профилактику заболеваний через следующие религиозные запреты на: употребление алкоголя, наркотиков; употребление свинины, мертвечины; прелюбодеяния; аборт; азартные игры; музыку, отрицательно действующую на психику человека. Огромная роль в Исламе принадлежит соблюдению правил личной гигиены, которые

осуществляются через ритуальное омовение, предписывающее обязательное мытье лица, рук до локтей, ног до щиколотки, полости рта и ушей. Для поддержания чистоты полости рта мусульмане применяют сивак, прообраз современной зубной щетки, изготавливаемой из корня лекарственного растения, которое не только очищает полость рта, но и воздействует на БАТ.

Если, говорить о положительном влиянии обязательных составляющих мусульманина, то установлено, что повторение молитв, аятов священного Корана в сочетании с небольшой физической активностью вызывает релаксацию: понижение кровяного давления, уменьшение частоты биения сердца, частоты дыхания. Оказывается, что намаз, сочетающий в себе все описанные признаки, является идеальным условием, вызывающим сочетание физиологической релаксации. Все религиозные ритуалы и каноны в Исламе направлены на сохранение и улучшение здоровья человека (будь то совершение намаза, ритуальное омовение, обрезание, запретные действия, одевание, скрывающее тело женщины и т. д.). Нельзя не упомянуть об отдельном направлении в борьбе с болезнями — это лечение по Сунне (т. е. те методы, которые применял пророк Мухаммад (мир ему и благословение), например Хиджама — лечение кровопусканием).

Выводы. Таким образом, тема влияния религии на здоровье человека является чрезвычайно актуальной в нынешнее время, когда из года в год все больше людей обретают пристрастие к алкоголю, наркотикам и другим пагубным привычкам, из которой им самим без посторонней помощи уже не выбраться. Основная причина распространения пагубных привычек кроется в бездуховности и безнравственности современного общества. Именно отсутствие веры в душе человека, делающей его жизнь пустой, бессцельной, верховенство как личного, так и группового эгоизма, ощущение собственной ненужности приводят в итоге к распушенности и вседозволенности среди молодежи. Все это свидетельствует о спасительной роли Ислама для человека, положительном воздействии религии на его здоровье и образ жизни.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ ШКОЛЫ ПРИ ПЕТРЕ I

Душанова А.Ж. 2 к. 72 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Маркова Т.И.* доц. каф. социально-гуманитарных наук

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Студенты, обучающиеся в медицинском ВУЗе важно знать историю развития медицины в России: принципы обучения, получения практических навыков и лечения пациентов.

Цель. Изучение зарождения медицины в России.

Материалы и методы. Анализ исторических документов и монографий, посвященных 100-летию со дня основания СПбГМА имени И.И. Мечникова.

Полученные результаты. Первая госпитальная школа была организована в 1707 году лейб-медиком Н. Л. Бидлоо голландцем, проживавшем в Москве с 1703 года. Создание этого учебно-лечебного учреждения, нового по тем временам, положило начало организации медицинского образования в Российской Империи.

Создатель госпитальной школы и первый её руководитель Н. Л. Бидлоо отмечал в отчете Императору Петру I в 1712 году: «В разных годах взял я для науки 50 учеников, из которых осталось 33, 6 умерло, 8 сбежало, 1 взят в солдаты за невоздержание и 2 по указу в школу». Длительность обучения составляло от 5 до 11 лет.

Школа выпускала не только хирургов, но и медиков (терапевты). Медико-хирургическая школа при С. -Петербургском сухопутном госпитале была организована в 1733 г. (одновременно со школами при адмиралтейских госпиталях — Кронштадтском и Петербургском) со штатом 10 поддекарей и 20 учеников. В 1756 г. число учеников было увеличено до 50 человек. В 1786 г. в ее состав вошла школа Петербургского адмиралтейского госпиталя.

Таким образом, эта школа просуществовала 65 лет и в 1798 г. была реорганизована в Медико-хирургическую академию. Выпускник госпитальной школы, помимо устных ответов по анатомии, физиологии, патологии и хирургии, должен был провести 3–4 операции на трупе,

знать анатомические препараты, уметь накладывать повязки, приготавливать лекарства и уметь накладывать повязки.

Выводы. Медицина развивалась в тесной взаимосвязанности со всей жизнью людей, с экономической, культурой, идеологией людей. За период существования госпитальных школ (1707–1786 г. г.) их выпускниками были многие крупные русские ученые-медики. Среди них были: профессор Н.Н. Максимович-Амбодик, автор первого отечественного руководства по акушерству; член Медицинской коллегии С. С. Андреевский, академик П. А. Загорский, автор первого учебника на русском языке; основатель русской научной терминологии М. И. Шенн.

ГУМАНИТАРНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ В КОНЦЕ XIX — XX ВВ.

Соболь И.А. 2 к. 243 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Сушко А.В.* доц. каф. социально-гуманитарных наук, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Вопрос о преподавании гуманитарных дисциплин для студентов медицинских вузов полемичен с точки зрения как количества преподаваемых гуманитарных дисциплин, так и количества учебного времени, затрачиваемого студентами на их изучение.

Цель. Проанализировать роль гуманитарных дисциплин в подготовке будущих врачей в его исторической интерпретации, на примере высшего медицинского образования конца XIX — XX столетия в России.

Материалы и методы. Исторический, проблемно-хронологический, статистический анализ мемуарной литературы (воспоминаний), периодической литературы, литературы справочного характера.

Полученные результаты. В дореволюционной России в медицинских институтах Санкт-Петербурга (Женский медицинский институт, Психоневрологический институт, Императорской военно-медицинской академии) на 1 курсе студенты изучали психологию, логику, историю философии, социологию, всеобщую историю, историю русской литературы, на 2 курсе — историю философии, сравнительную психологию, историю экономических учений, всеобщую историю, историю всеобщей литературы, историю искусств, историю культуры.

В советский период в 20–30-е годы (довоенный и военный период) количество гуманитарных предметов в медвузах существенно сократилось, преподавались основы марксизма-ленинизма и политическая экономия. Гуманитарное образование при этом носило исключительно идеологический, пропагандистский характер.

В послевоенный период в 50–80 гг. XX века роль гуманитарных предметов стала возрастать, была введена дисциплина история КПСС, философия (диалектический и исторический материализм), научный коммунизм, политическая экономия, психология. Роль гуманитарного образования носила идеологический, патриотический и воспитательный характер.

В период распада СССР в стране происходит переоценка ценностей, появляются новые дисциплины — история КПСС трансформируется вначале в социально-политическую историю, в дальнейшем в историю Отечества. Вместо марксистско-ленинской философии и научного коммунизма вводится преподавание философии и социологии, политэкономия трансформируется в экономику, увеличивается роль изучения правоведения, появляется культурология, медицинская биоэтика. Количество гуманитарных дисциплин становится сопоставимым с уровнем дореволюционной России.

Выводы. В истории медицинского образования в России мы наблюдаем волнообразное отношение власти, работодателей к наличию в учебной программе социально-гуманитарных дисциплин. Безусловно, в исторической ретроспективе наблюдалась трансформация функций и методологии, целей и задач гуманитарного образования в медицинском высшем учебном заведении. Но исторический опыт показывает необходимость сохранения социальных наук для более глубокого продуктивного изучения других учебных дисциплин.

ИСКУССТВО ВРАЧЕВАНИЯ ДРЕВНЕГО ЕГИПТА

Фёдорова Е.А. 2 к. 212 гр. МПФ

Руководитель темы: *Кукконен Е.В.* ст. научн. сотр. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Значительное развитие в Древнем Египте получила медицина. Она оказала большое влияние на становление медицины Древней Греции, считающейся предшественницей современной научной медицины. В Древнем Египте зарождались такие отрасли медицины, как фармакология, хирургия, стоматология, косметология, акушерство и гинекология, профилактическая медицина, а также протезирование.

Цель. Рассмотреть искусство врачевания Древнего Египта.

Материалы и методы. Анализ литературы по теме исследования, сравнение и синтез полученных данных.

Полученные результаты. Древний Египет — исторический регион и культура значительной цивилизации Древнего мира, существовавшей на северо-востоке Африки вдоль нижнего течения реки Нил.

Знание строения человеческого тела, внутренних органов и их функций пришло к египтянам очень рано вместе с расширением практики мумификации. Судя по сохранившимся данным, египетские врачи были хорошо осведомлены о многом и впервые установили функцию сердца, которое воспринималось как жизненный центр, перекачивающий кровь по 22 основным сосудам тела, переходящим в разветвленные дополнительные сосуды.

В «Хирургическом папирусе Эдвина Смита», датированном XVI веком до нашей эры, описывается 48 видов травм и способов их лечения: упоминаются методики правильной репозиции костей при переломах, лечение опухолей и ушибов, гематом.

В Древнем Египте одной из наиболее разработанных отраслей медицины являлась гигиена. Проведение в жизнь гигиенических предписаний было облегчено тем, что они имели форму религиозных правил и заповедей. При выработке этих правил четко прослеживался принцип, что болезнь легче предупредить, чем излечить.

Выводы. Древнеегипетская медицина оказала большое влияние на развитие медицины других народов. Так, известно, что в Древнем Иране большим авторитетом пользовались египетские врачи и египетская медицинская литература. Некоторые общие приемы диагностики, консервативного лечения были заимствованы и развиты античными врачами, а затем врачами Византии, стран Арабского халифата, Средней Азии, а также Западной Европы периода раннего средневековья.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ СОФИЗМОВ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Барabanов П.А. 2 к. 235 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Маркова Т.И.* доц. каф. социально-гуманитарных наук, экономики и права
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Несмотря на то, что софистика определяется как учение 25-вековой давности, в современном мире встречается очень много софизмов. Софизмы применяются для обмана как широкой аудитории, так и в частных спорах.

Цель. В связи с вышеизложенным, целью данной работы было выявление софистических приёмов и уловок, используемых в повседневной жизни.

Материалы и методы. В процессе исследования применялись методы анализа, обобщения, классификации, сравнения. Изучение основных принципов и классификации софистических доказательств, мониторинг СМИ, рекламы с целью выявления и анализа применения софизмов в современном мире.

Полученные результаты. Приемы софистики помимо эффекта самого софизма (ложного вывода), оказывают мощный психологический эффект на неподготовленного, плохо информированного или просто эмоционально лабильного человека. Приём софистики «сужение или расширение тезиса» очень опасен в руках умелого риторика. Предположим, ведётся

дискуссия, в центре которой тезис «студенты не любят вставать рано». Если нам нужно доказать этот тезис, мы его сужаем: «студенты нашей группы не любят вставать рано утром». Делаем вид, что он находится в центре дискуссии. Такой тезис доказать гораздо проще. Если оппонент пытается доказать данное высказывание, мы можем его расширить: «все люди не любят вставать рано утром». Такой тезис легче опровергнуть (например, существованием людей, т. н. «жаворонок»). Помимо этого, часто используют такие приёмы как «навязанное следствие», «ложная аналогия», а также «замалчивание невыгодных фактов». Что делать, если против нас используют такие спекулятивные средства? Прежде всего, необходимо правильно понимать, какой прием использует оратор. Только в этом случае удастся эффективно противостоять ему. Необходимо хорошо знать предмет обсуждения, сохранять спокойствие и не возмущаться, если факт применения уловки установлен. Если оппонент употребляет софизмы, необходимо указать на ошибки в его рассуждениях, однако не следует обвинять его в том, что эти ошибки допущены сознательно: очень трудно доказать, что оратор пошел на прямой обман, и лучше в этот спор не втягиваться.

Выводы. Широкое распространение софизмов в современном мире заставляет людей разбираться в самых различных сферах жизни. Зная основные способы логических уловок, а также обладая необходимыми знаниями, человек всегда сможет противостоять таким хитростям и сделать свою жизнь качественнее и спокойнее.

Умение применять правила логики помогает человеку добиваться успеха в различных сферах его жизнедеятельности. В профессиональной сфере: умение аргументировать свою точку зрения, грамотно вести профессиональные дискуссии позволяет повышать свой профессиональный уровень, реализовывать креативные идеи. В сфере личного общения: умение логически мыслить и выявлять ошибки и ловушки в беседе и полемике позволяет не попадать в ложные ситуации и не становиться жертвой чьих-либо манипуляций.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ БОЛЬНИЦЫ ПЕТРА ВЕЛИКОГО

Турдиева Ф.Ф. 2 к. 72 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Маркова Т.И.* доц. каф. социально-гуманитарных наук

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Больница Петра Великого является одной из основных клинических баз СЗГМУ им. Мечникова, знать историю больницы и принципы работы нужно для более качественного и интересного учебного процесса.

Цель. Исходя из изученного материала, показать, что развитие больницы тесно связано с историческими событиями, происходившими в России в XX веке.

Материалы и методы. Анализ исторических документов и монографий, посвященных 100-летию со дня основания СПбГМА имени И.И. Мечникова.

Полученные результаты. В этом году исполнилось более 110 лет со дня основания больницы Петра Великого. В 1903 году Городская дума приняла постановление о строительстве в Санкт-Петербурге больницы имени Петра Великого, ее закладку было решено приурочить к празднованию 200-летнего юбилея города. В результате проведенного конкурса был выбран лучший проект больницы, авторами которого являлись архитекторы Л. А. Ильин, А. И. Клейн и А. В. Розенберг. Окончательный вариант генерального плана строительства больницы имени Петра Великого предусматривал развертывание 2000 коек в 16 павильонах — двух — и трехэтажных изолированных зданиях. Первая очередь больничного комплекса вошла в строй в середине 1914 года.

Начиная с 1915 больница служила клинической базой Психоневрологического института. Во время Великой Отечественной войны на базе больницы в павильонах 14–20 и 15–21 был организован эвакогоспиталь СЭГ 2222. За время блокады Ленинграда госпиталь принял 310 000 больных. Во время блокады здесь была оказана помощь более чем 1000 военнопленным. Сразу после начала блокады весь персонал больницы перебрался в специально отведенные для них корпуса. На четырех этажах 25 павильона были устроены квартиры для врачей и их семей, по четыре квартиры на этаж.

Выводы. В настоящее время Больница имени Императора Петра Великого является базой Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова,

который берет свое начало от двух известнейших школ — Клинического института для усовершенствования врачей, учрежденного Великой княгиней Еленой Павловной 3 июня 1885 Психоневрологического института (ПНИ), созданного в 1907 г. выдающимся психиатром, невропатологом и психологом, академиком В. М. Бехтеревым. На данном этапе в больнице имени Петра Великого, оснащенной по последнему слову техники, ежегодно получают лечение около 40 тысяч больных, а также здесь функционируют 26 отделений.

ЛЕВИАФАН: ОПЫТ ИСТОРИКО-КУЛЬТУРНОЙ И ФИЛОСОФСКОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ

Юлдашева Л.Р. 2 к. 242 гр. лечебное дело

Руководитель темы: *Шипицына А.А.* асс. каф. социально-гуманитарных наук экономики и права
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель. Анализ образа Левиафана в историко-культурной и философской традиции. При выполнении работы автор ориентировался на широкий спектр гуманитарных источников: философские произведения Томаса Гоббса, посвященные проблемам государства и государственности — «Левиафан, или Материя, форма и власть государства церковного и гражданского», «О гражданине»; «Книга Иова» из Ветхого Завета, а также множественные интерпретации образа Левиафана, которые мы находим в живописи, литературе и кинематографе (Г. Доре, А. Звягинцев). Актуальность темы объясняется ее глубоким социально-политическим звучанием, а также поднятыми этическими проблемами: свободы, равенства, гуманизма и др.

Левиафан — имя библейского чудовища, изображённого как сила природы, поглощающая человека (история Иова). Гоббс использует этот образ для описания могущественного государства («смертного Бога»). При создании теории возникновения государства Гоббс отталкивается от постулата о естественном состоянии людей «Война всех против всех» (лат. *Bellum omnium contra omnes*) и развивает идею «Человек человеку — волк» (*Homos homini lupus est*). Люди в связи с неминуемым истреблением при нахождении в таком состоянии продолжают время для сохранения своих жизней и общего мира отказываются от части своих естественных прав и по негласно заключаемому общественному договору наделяют ими того, кто обязуется сохранить свободное пользование оставшимися правами — государство.

Государству, союзу людей, в котором воля одного (государства) является обязательной для всех, передаётся задача регулирования отношений между всеми людьми. Созданная Гоббсом концепция государственной власти содержала многие важные теоретико-практические положения. Он указывал, что государство — необходимое условие культуры и общественной жизни: «Вне государства — владычество страстей, война, страх, бедность, одиночество, варварство, дикость, невежество, в государстве — владычество разума, мир, безопасность, богатство, благопристойность, общество, изысканность, знание и благосклонность».

Одноименный фильм Андрея Звягинцева (2014 г.) развивает ту же идею государства, диалектически сложного образования, которое осуществляет не столько регулятивную функцию в обществе, но «пожирает» и губит жизни героев-одиночек

Выводы. Использование в ходе научного исследования сравнительного, историко-культурного и герменевтического метода, а также метода анализа позволили выявить сложность и многогранность образа Левиафана в истории художественной и философской культуры.

МЕДИЦИНА КАК ИСКУССТВО: ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И КАТЕГОРИИ

Шиловцев И.А. 2 к. 209 гр. МПФ

Руководитель темы: *Шипицына А.А.* асс. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В настоящем исследовании предпринимается попытка описать медицину как искусство, что способствует более глубокому пониманию ее целей и задач и представляется своевременным в условиях «бума» одностороннего технического развития наук.

Цель. Воссоздание античного смысла категории катарсис (очищение) и обоснование необходимости его утверждения применительно к медицине, области не только научного, но и эстетического знания.

Материалы и методы. Теоретической основой исследования послужила монография практикующего врача Анджея Шеклика «Катарсис» (М., 2008). В данной книге автор описывает историю болезни как историю страдания организма, целью которого становится нахождение долгожданного спасения и очищения — катарсиса. В этой трактовке организм человека из химико-биологической модели превращается в духовное и энергетическое единство, которое оказывается во взаимодействии с другими видами духовной энергии — танцем и музыкой, пением и поэзией и прочим. А античные мистерии напоминают по форме и содержанию балансирование больного между крайними категориями — жизнью и смертью. Также в ходе работы были рассмотрены историко-культурологические исследования и труды по философии медицины. В исследовании использованы исторический метод и метод анализа.

Полученные результаты. Медицина — область научной и практической деятельности человека по исследованию нормальных и патологических процессов в организме человека, по сохранению и укреплению здоровья людей.

Кроме строго научного определения медицины в сознании человека продолжает существовать понимание медицины, как искусства врачевания. Интересно, что сам термин «медицина» происходит от латинского словосочетания *ars medicina*, что означает «лечебное искусство» (таково было отношение к этому знанию в античности) и имеет тот же корень, что и глагол *medeor* (лат. исцеляю).

В работе особое место уделяются термину «катарсис», которое в современной трактовке утратило свой первоначальный универсальный смысл — «возвышение, очищение, оздоровление» — и понимается как очищение, вследствие переживания (даже страдания). Этот термин применяется в сферах культуры: театрального и живописного искусства, а также в области художественного и музыкального творчества. Катарсис происходит вследствие эмоционально-смыслового воздействия произведения искусства на человека и как результат данного воздействия — очищение души.

Выводы. На наш взгляд, одно из значений катарсиса — «оздоровление» — оказывается неправомерно забытым в современной культуре, что наносит непоправимый ущерб одной из ее составляющих — медицинской культуре.

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Лысковец В.Д. 1 к. 151 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Зеленская Т.М.* доц. каф. социально-гуманитарных наук,
экономики и права, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В течение последнего десятилетия произошло значительное перевооружение медицинских организаций современной техникой и технологиями. Однако только одним переоснащением трудно поднять уровень качества оказания медицинских услуг. Необходимо учесть, что процесс оказания медицинской помощи состоит из взаимодействия внешних систем и внутренних подсистем, что определяется множеством внешних и внутренних взаимосвязанных процессов. Не один другой вид предпринимательской деятельности так глубоко не вплетает в один неразделимый клубок профессиональные (т. е. медицинские), психологические, этические принципы и принципы менеджмента, рождая новый специфический вид управления, который получил название медицинский менеджмент. От уровня этого менеджмента, который фактически обеспечивает не только сервисные услуги, но и медицинские зависит подчас не только наше здоровье, но и жизнь.

Цель. В медицинском бизнесе предприятие становится «заложником» врача и подчас потеря доверия к врачу — это потеря доверия ко всей, даже идеальной, клинике, к ее репутации. Поэтому столь важна роль менеджмента, который включает в себя создание еще на стадии проектирования нового медицинского бизнеса идеологию клиники и определение четкой,

понятной и емкой миссии организации. Менеджмент в клинике должен давать возможность роста и развития, как самому предприятию, так и его врачам и медицинским сестрам, учитывать изменение структуры издержек производства, принимать во внимание необходимость учета неопределенности внешней среды.

Полученные результаты. Современный менеджмент предъявляет особые требования к руководителю клиники. Существуют несколько сложившихся в нашей практике моделей руководства. В первой, всем руководит директор, не имеющий медицинского образования, в его подчинении находится главный врач, отвечающий за медицинскую часть деятельности организации. Во второй, руководитель — главный врач, который имеет медицинское образование, осуществляет и управленческую деятельность и также может оказывать медицинские услуги. На заре появления частного бизнеса, когда медиков, знающих основы менеджмента было единицы, назначение руководителем менеджера — не медика был самым распространенным. Но сейчас ситуация изменилась. Все больше врачей приобретают дополнительное профессиональное образование в области менеджмента, получают степень MBA. Руководитель, имеющий два образования, более системно видит свое предприятие, и в нашем городе есть позитивные примеры как получение главным врачом знаний по менеджменту позволяло качественно изменить клинику. Мне, кажется, что это очень хороший вариант, так как руководитель сам знает, что нужно для своей оптимальной работы, как говорится, на «собственной шкуре» пробует все, что требуется для качественной работы в современных коммерческих медицинских организациях. Ему проще понять психологию своих сотрудников, потому что он проходит все то, что и они, знает все самые уязвимые места в этой профессии.

Выводы. В заключение можно сказать, что в современных условиях развития сферы медицинских услуг значение менеджмента очень велико. Самая большая ответственность лежит на менеджере, задача которого сделать все возможное, чтобы бизнес процветал и приносил прибыль, не нанося вред пациентам.

МЕНЕДЖМЕНТ ПЕРСОНАЛА

Михайлов В.Д. 1 к. 126 гр. стоматологический факультет

Руководитель темы: *Зеленская Т.М. доц. каф. социально-гуманитарных наук, экономики и права, к.м.н.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Управление персоналом является одной из самых важных областей жизни предприятия, которая способна во много раз повысить его эффективность. Особенно это актуально для здравоохранения и особенно стоматологии на современном рынке в условиях жесткой конкуренции.

Цель. В стоматологических клиниках пациент принимает решение в зависимости от эффективности работы администратора и сформировавшегося контакта с врачом-стоматологом, поэтому важнейшей составляющей в деятельности стоматологической организации становится менеджмент персонала.

Материалы и методы. Для управления персоналом в настоящее время используются как формальные, так и неформальные методы. Среди формальных следует выделить следующие уровни управления: планирование и маркетинга персонала, найма и учета персонала, условий труда, развития персонала, мотивации поведения персонала, правового обеспечения. Для реализации этих методов требуется достаточно обширная система управления, которая присутствует только в государственных стоматологических поликлиниках. Поэтому в коммерческих организациях часто используют неформальные методы на уровне: персонифицированных отношений, запросов и ожиданий получателя медицинской помощи, пожеланий и притязаний потребителя услуг, профессионального имиджа, обмена положительной психической энергией.

Полученные результаты. Из этого следует, что в организации могут быть созданы формальные и неформальные группы, которые основаны на данных типах управления.

Формальные группы — это группы, созданные по воле руководства для организации производственного процесса. Как бы малы они ни были, это — формальные организации, чьей первейшей функцией является выполнение конкретных задач и достижение определенных, конкретных целей. Неформальная группа — это спонтанно образовавшийся коллектив людей, который вступают в регулярное взаимодействие для достижения определенной цели. При этом важным становится осуществление оценки персонала:

1. Оценка потенциала работника. При замещении вакантного рабочего места важно установить потенциал работника, т. е. профессиональные знания и умения, производственный опыт, деловые и нравственные качества, психологию личности, здоровье и работоспособность, уровень общей культуры.

2. Оценка индивидуального вклада. Позволяет установить качество, сложность и результативность труда конкретного сотрудника, и его соответствие занимаемому месту с помощью специальных методов.

3. Аттестация кадров. Она является своеобразной комплексной оценкой, учитывающей потенциал и индивидуальный вклад работника в конечный результат.

Выводы. Таким образом, менеджмент персонала становится необходимым разделом управленческих дисциплин, изучение которых позволит повысить уровень подготовки будущих стоматологов к работе рыночных условиях.

МИШЕЛЬ ФУКО: «ЧТОБЫ ПОЗНАТЬ ЖИЗНЬ — НУЖНО ПОЗНАТЬ СМЕРТЬ»

Нахаёв П.В. 2 к. 247 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Галковская О.А.* ст. научн. сотр. каф. социально-гуманитарных наук, экономики и права, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель. На основе анализа труда М. Фуко «Рождение клиники» определить механизмы формирования представлений в медицинской среде о пути, преодоления смерти и познания её причин. При выполнении работы были использованы произведения данного автора, труды философов разных эпох, а также материалы сети Интернет по биоэтике, философии и клинической медицине, применялась комплексная, аналитическая методология.

Эпоха Просвещения, эпоха разума, по мнению М. Фуко, именно тогда медицина становится более рациональной и зарождается патологическая анатомия. Сначала подпольно, а потом по разрешению вскрывают трупы, ставшие объектом изучения. «Вскрытие — это как месть смерти, чтобы понять её и научиться предотвращать». Исследования проводят Хантер, Лаеннек, Биша. Изучать мёртвых людей и причины от которых они умерли необходимо для того, чтобы потом различать патологии, поражённый орган и нормально функционирующий у живых. Это достигается путём сравнения «феноменов здоровой жизни каждого органа с расстройствами». Мёртвое тело становится объектом познания и изучения, после выделения места для смерти в медицинском мышлении рождается медицина, которая представляет собой науку об индивиде. Определение местоположения болезней или их локализации есть одно из наиболее блестящих завоеваний медицины.

С рождением клиники появляется и кинический опыт: сбор досье пациентов, наблюдение за пациентами, структурировалось особое знание о больном индивиде. Для того, чтобы клинический опыт стал возможным как форма познания, была необходима полная реорганизация больничной сферы, новое определение статуса больного в обществе и установление определенного отношения между помощью и знанием. Необходимо было поместить болезнь в коллективное и однородное пространство. Но, «исследование немого тела было чуждо клинике». Именно при патологоанатомическом вскрытии «познание живой и неопределённой болезни смогло приспособиться к ясной видимости смерти».

Смерть — предел жизни. «Она есть факт, начиная с которого более не существует ни жизни, ни болезни, следы которой можно достигнуть на трупе. Поражение органа — предвещает движение к смерти. «Феномены смерти не предусматривают никакого будущего». Жизнь, болезнь, смерть неразрывно связаны. По мнению Фуко, именно при вскрытии мертвого тела

медицина соединяет жизнь с риском болезни и анализирует болезнь с точки зрения смерти, которой жизнь сопротивляется.

Выводы. Таким образом, путём наблюдения за симптомами больных и исследования трупов, рассеиваются вопросы о причинах болезней и смерти пациентов. Медицина предлагает человеку «настойчивый и утешительный лик конечности; в ней смерть подтверждается, но, в то же самое время, предотвращается». Предел человека заключен в нем самом, если медицина напоминает об этом человеку, то она же и говорит своих возможностях отодвинуть этот предел.

МОДЕЛЬ НАУЧНОГО ЗНАНИЯ ЛОМОНОСОВА М. В. XVIII В. И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ

Зорина А.Г. 2 к. 252 гр. ЛФ, Гончарова Е.А. 2 к. 252 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Якунова И.А. каф. социально-гуманитарных наук*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Обращение к теме обусловлено тем, что Михаил Васильевич Ломоносов является одним из великих учёных, наследие которого сыграло роль в развитии истории человечества. Необходимо изучение его трудов для углубления образования медицинского работника.

Цель. Ознакомиться с основными открытиями деятельности М. В. Ломоносова и их влияние на мировоззрение будущего врача.

Материалы и методы. В работе использованы исторический, логический и аналитический методы. Использовались материалы отечественных философов и историков, также автор использовал материалы сети Интернет.

Полученные результаты. Ломоносов был, прежде всего, естествоиспытателем, физиком и химиком, поэтому мировоззрение Михаила Васильевича может быть определено как естественнонаучный материализм. При этом известны его работы в литературе и истории России, он внес значительный вклад в отечественную науку и образование. Внимание Ломоносова в естествознании было сосредоточено на изучении строения материи, общих законов её движения. Центральным пунктом мировоззрения мыслителя являлась атомно-молекулярная гипотеза и ряд основанных на ней теорий (теплоты, газов, электричества и т. д.). Согласно Ломоносову, материя состоит из корпускул, атомов, которые неделимы и неуничтожимы. Это мнение не было подкреплено опытным путем. При этом оно помогало ему совершить ряд открытий в физике и химии. Важно заметить, что одно из главных открытий Ломоносова — обнаружение природы тепловых явлений.

Материалистическое понимание природы и ее закономерностей, глубокая уверенность в том, что любое явление, любой процесс, совершающиеся в природе, имеют свои естественные материальные предпосылки, было исходным началом и основой всего научного творчества Ломоносова.

Деятельность Ломоносова опосредованным образом связана с медициной. Помимо работ в области химии, что является естественнонаучным базисом медицины, известны его опыты в лаборатории стекла на Васильевском острове и стекольной фабрике в деревне Усть-Рудица, недалеко от города Ораниенбаума (теперь город Ломоносов). Ученый, следуя своим принципам, выработал методы приготовления цветного стекла для посуды, мозаики и оптических приборов. Изготовление прозрачного стекла и используемого в медицине оборудования является наследием дела Ломоносова в практической научной деятельности.

Исследуя научные работы Ломоносова, можно сформировать не только понимание структуры познавательной методологии, но и разобраться в собственном объекте познания и методах будущей профессии.

Выводы. Применяя свою атомистику в различных отраслях знаний, Ломоносов делал смелые научно-философские выводы, которые основательно вошли в фундамент современной науки. Он внес немалый вклад в изменение логических и методологических установок науки своего времени. Изучение научных взглядов Ломоносова М. В. позволяет углубить представление о развитии естественнонаучных исследований XVIII, что, в свою очередь, влияет на становление медицинского мировоззрения, как основанного на научных представлениях и методологии.

НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА ВОСТОЧНЫХ СТРАН: ИНДИЯ, ТИБЕТ, ЯПОНИЯ, КИТАЙ

Бунтовская С.С. 2 к. 211 гр. МПФ, Егорихина А.Д. 2 к. 211 гр. МПФ

Руководитель темы: *Кукконен Е.В.* ст. научн. сотр. каф. социально-гуманитарных наук, экономики и права, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Сложно сказать, сколько тысяч лет назад появилась народная медицина. Скорее всего, тогда, когда человек, еще доисторический, начал осознавать, что окружающая его природа может помочь ему справиться с недугами, исцелить от болезней и сохранить здоровье. Об этом свидетельствуют наскальные рисунки пещерных жителей, повествующие о том, что человек уже тогда понял целебную силу лекарственных растений и начал её использовать. Эта тема актуальна и по сей день, так как народная медицина является важным составляющим современной медицины, и многие люди прибегают к лечению своих недугов методами предков.

Цель. Проанализировать народную медицину восточных стран (на примере Индии, Тибета, Китая).

Материалы и методы. Изучение научной литературы; анализ методов народной медицины восточных стран, применяемых в современной медицине.

Полученные результаты. ВОСТОК — это тайна, которую уже много веков пытается разгадать не одно поколение европейцев. Весь мир устремил взоры к достижениям восточной медицины, т. к. медики решали все проблемы правильным подбором пищи, минералов, трав и ароматических веществ. До нас доходят предания об искусстве восточных целителей, избавляющих от хворей с помощью волшебных трав, молитв, иглоукалывания и массажа.

Лекарственная терапия основана на использовании природных средств в основном растительного происхождения. Восточную медицину отличает также наличие в ней «лекарств для здоровых», назначаемых для укрепления или сохранения здоровья.

В «Каноне врачебной науки» Абу Али Ибн Сины приведено 39 лекарственных растений, произрастающих на территории нынешнего Дальнего Востока и применявшихся в составе средств десенсибилизирующего действия.

Из всей восточной медицины — тибетская самая цельная. Тибетскую медицину называют дитем древнеиндийской медицины. Именно древняя Индия является признанным центром науки и культуры Востока. Среди дошедших до нас рукописей, самым старым трактатом тибетской медицины является текст Бум Ши.

Кампо — традиционная китайская медицина, адаптированная к японской культуре. Широко практикуется в Японии и полностью интегрирована в современную систему здравоохранения. Некоторые рецепты кампо имеют четырехтысячелетнюю историю. С небольшими изменениями её также приняли в Тайване, откуда она распространилась на Запад.

Выводы. Очевидно, что народная медицина в восточных странах была на достаточно высоком уровне развития. Подводя итог, можно говорить об использовании некоторых достижений восточной народной медицины и в наше время.

ОБ ЭФФЕКТИВНЫХ СТРУКТУРАХ МЕНЕДЖМЕНТА В КОМПАНИЯХ (НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ КОМПАНИИ)

Ворошилова Н.В. 3 к. 309 А гр. медицинский факультет,

специальность «Общественное здравоохранение»,
Тимошенко М.Г. 6 к. 103 гр. медицинский факультет,

Кунпеисов И.А. 2 к. 208 А гр. медицинский факультет

Руководитель темы: *Есиркепов М.М.* проф. каф. биологии, биохимии и микробиологии, к.м.н.

ЮКГФА, Шымкент, Казахстан

Современная система менеджмента в Казахстане оставляет желать лучшего, в среднем от 35 до 60% работников практически любой компании делают ненужную работу. Достаточно сложно дифференцировать сотрудников на работающих добросовестно и недобросовестно, либо проверить их вклад в развитие компании. Нами была разработана и предложена система,

которая на данный момент, как мы думаем, является оптимальной системой для управления любой рабочей группы в Казахстане.

Цель. Увеличить эффективность структур менеджмента в компаниях медицинского профиля.

Материалы и методы. Эксперимент, статистический анализ, литературный обзор.

Ход работы. Эксперимент проводился на базе частной медицинской клиники доктор «BV». Работа системы заключается в реализации следующих пунктов: 1. перед началом внедрения регистрируются показатели чистого дохода (без НДС и налогов) как минимум за 3 месяца и данный коэффициент берёт за единицу эффективности; 2. оценка эффективности разъясняется и согласовывается со всем рабочим коллективом; 3. распределение должности производится самим коллективом; 4. Заработная плата производится не индивидуально, а коллективное вне зависимости, сколько работает сотрудников; 5. составляется система штрафов на основе единицы эффективности, если показатель падает, штрафы в размере% падения эффективности возрастают; 6. оплата выдаётся на коллектив и распределяется самим коллективом в присутствии всего коллектива.

Ход эксперимента: в эксперименте участвовал весь рабочий коллектив клиники — 28 человек. Коллектив выборочно был разбит на 2 группы. 1 группа (А) с традиционной системой фиксированной оплаты 14 человек, 2 группа, группа (Б) с системой предложенной нами, системой групповой оплаты труда. Проект начал свою реализацию с 1 марта 2014 года. Вторая часть исследования заключалась в определении психоэмоциональной обстановке в группах А и Б. Исследование проводилось методом прямого контакта в виде индивидуального собеседования с сотрудниками групп.

Полученные результаты. Эффективность первой группы группа (А) составляла 11 061 368 тг, месячный оборот приносимый данной группой либо 3 288 410 тенге чистой прибыли клиники, данной группой за месяц, сотрудники получали в среднем по 70 000 тг от чистой прибыли без уплаты налогов. Эффективность группы (Б) составляла 9 256 164 тг, месячный оборот приносимый данной группой, либо 2 676 850 тг чистой прибыли компании приносимые данной группой за месяц, количество сотрудников, в ней 14. Сотрудники получали по 70 000тг от чистой прибыли без уплаты налогов. В данной группе была внедрена предложенная нами система. Изменена система оплаты на 30% от чистой прибыли с учётом результатов лечение приносимые группой (без учёта НДС и других видов налогов).

Выводы. Предложенная нами структура менеджмента компаний, по выбранным нами показателям в виде: оборотного и чистого (без учёта НДС и других видов налогов) доходов компании, заработной платы сотрудников, психоэмоциональной обстановки в коллективе и отношение сотрудников к компании — более эффективна чем традиционная система с фиксированной оплатой труда.

ПАТЕРНАЛИЗМ И АНТИПАТЕРНАЛИЗМ В МЕДИЦИНЕ: ЗА И ПРОТИВ

Дадашова Л.А. 2 к. 267 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Галковская О.А.* каф. социально-гуманитарных наук, экономики и права
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Изучение положительных и отрицательных аспектов патернализма и антипатернализма в медицинской деятельности.

Цель. Определение роли положительных и отрицательных аспектов для будущих поколений в рамках биоэтики, моделей отношений врач-пациент

Материалы и методы. В ходе исследования были использованы труды философов разных эпох, работы Хрусталева Ю. М., Дмитриевой Т. Д., материалы сети Интернет по философии и биоэтике. Применялись методы теоретического анализа, сравнительная и комплексная методология.

Полученные результаты. В профессиональной врачебной этике на протяжении более двадцати столетий абсолютным признанием пользовались ценности милосердия, сострадания, заботы, помощи, которые составляли основу морально-нравственного отношения врача к больному страдающему человеку. Это отношение получило название патернализм. Медицинский

патернализм предполагал, что врач может опираться только на собственные суждения о потребностях пациента в лечении, консультировании. Доктор самостоятельно решал вопрос о степени информированности пациента о его заболевании. Однако патернализм в сфере ценностей лишает пациента возможности принимать решения, перекладывая ее на врача.

Поэтому, в конце XX века в обществе и медицинском сообществе стали набирать силу антипатерналистские тенденции. Это связано с пониманием экзистенциальной ценности конкретной человеческой личности и ее правами. Все чаще стали говорить о том, что патернализма «разрушен». Вместо него стали разрабатываться и внедряться новые модели взаимоотношений врача и пациента. Разработка этих моделей активно осуществлялась в США и в странах Западной Европы. Широко используются в современной медицинской практике четыре основные модели предложенные американским этиком Р. Витчем: инженерная, коллегиальная, договорная и сакральная. При использовании инженерной модели часто возникает деперсонализация отношения к пациенту, вызванная технологизацией современной медицинской практики, что приводит к формализации отношений врача и пациента. Коллегиальная и договорная модели более соответствуют современным биоэтическим требованиям и нормам в отношениях врач-пациент, поскольку в их основе лежит постулат уважения автономии личности (как врача, так и пациента) и правило добровольного информированного согласия. В сакральной модели врач выступает в роли не только специалиста в медицине, но и знатока жизни вообще. Эта модель похожа на патернализм и от нее предлагают отказаться, так как пациент отказывается от морали, перекладывая всю ответственность на врача.

Но отказываясь от этических патерналистских традиций в целом, мы в значительной степени ограничиваем возможности лечения и лишаем лечебный процесс ряда важнейших вспомогательных факторов выздоровления больного человека в таких областях как педиатрия, психиатрия, гериатрия и др. В любом случае, непонимание и незнание нюансов способов лечения или оперативного вмешательства, пациентом в силу таких факторов, как например, отсутствие полного представления последствий того или иного решения, даже после полного информирования со стороны врача, а также в силу быстрого развития медицины. Может привести к снижению эффективности лечения пациента.

Выводы. Рост правосознания в современном обществе, акценты на автономию личности пациента, продолжающаяся технологизация медицины диктуют необходимость внедрения антипатерналистской парадигмы, но пока в обществе остаются целые группы людей, часто особоуязвимые, сохраняется запрос на заботливое, милосердное, гуманное отношение к больному человеку (основы патернализма), патернализм из медицинской практики уходить не должен.

ПЕРЕВОД — ПЕРЕЛОЖЕНИЕ, ПРЕОБРАЗОВАНИЕ ИЛИ ТРАНСФОРМАЦИЯ?..

Никулова К.В. 3 к. 58 гр. ЛФ

Руководитель темы: Артемьев Т.М.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Информационная эпоха бросает новые вызовы человечеству. Коммуникация становится ключевым инструментом влияния. Межъязыковые переводы текстов становятся тонким инструментом передачи смыслов и намерений от одних социальных групп (наций) другим.

Цель. Взяв за основу текст лекции П. Рикёра осмыслить предназначение межъязыкового перевода текстов.

Изучив лекцию П. Рикёра «Парадигма перевода», прочитанную на факультете протестантской теологии в Париже в октябре 1998 года, пришли к нижеследующему.

Язык — это система знаков, сформированная для обмена. Обмена мнениями, информацией, товарами... Средство упорядочения повседневности в рамках логики сформировавшего его (язык) социума.

Текст (подлежащий переводу) изначально выстроен в другой логике, для других целей, нежели те парадигмы, в рамках которых его будут осмысливать в постпереводном состоянии. А значит, действительно, абсолютная идентичность перевода недостижима.

Знание нереально без понимания, ибо знание есть знаковая структура (когда она становится знанием), и не может быть знания, если нет проникновения в субъективную ситуацию порождения того знания.

Полагаю, оправданной смену умозрительной дилеммы переводимость/непереводимость текста на ее практическую дилемму верность/неверность источнику. Определённость границ полёта мысли наделяет этот полёт предметным содержанием. Таким образом, ключевым вопросом обсуждаемой проблематики становится аутентичность транслированной мысли источнику, так сказать первоиде.

Материалы и методы. Анализ сущностных категорий переводных отношений. Исследование практических примеров проблем перевода текстов.

Полученные результаты. Перевод может быть сопряжён как с жаждой познания, так и с преодолением личных страхов. Освоение нового, вторжение в неизвестный для тебя текст чужого языка — ужас для личности, привыкшей к повседневной определённости. Ибо даже ум, страждущий знаний, должен побеждать тело, не желающее меняться.

Выводы. Для перевода достоверность возможна лишь с некоторыми допущениями, или условно. При этом важность переводной деятельности, на наш взгляд, бесспорна как для бытового контакта, так и для взаимного обогащения культур.

ПРОБЛЕМА «СМЫСЛА ЖИЗНИ» В СОВРЕМЕННЫХ ФИЛОСОФСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Харитонова Е.Г. 2 к. 210 гр. МПФ

Руководитель темы: *Шипицына А.А.* асс. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Смысл жизни — фундаментальная философская и духовная проблема, имеющая отношение к определению конечной цели существования, предназначения человечества и человека. Вопрос о смысле жизни также может пониматься как субъективная оценка прожитой жизни, как понимание человеком содержания и направленности своей жизни, осознание своего места в мире и т. д. В этом случае подразумевается необходимость найти ответ на вопросы: «В чём состоят жизненные ценности?», «Что является целью (чьей-то) жизни?» (либо наиболее общей целью жизни человека как такового, человека вообще), «Зачем (Для чего) мне жить?».

Понятие смысла жизни наличествует в любой развитой мировоззренческой системе, оправдывая и истолковывая свойственные этой системе моральные нормы и ценности, демонстрируя цели, оправдывающие предписываемую ими деятельность.

Философия на протяжении многих веков осуществляла дискрипцию проблемы смысла жизни, современная же философская позиция по данному вопросу оказывается не вполне ясна. Так, чилийский мыслитель Д. Соммер считает, что у современных людей нет глубокого понимания себя и окружающей действительности, указывая на «запутанность» нашего сознания. Поэтому обращение к проблеме смысла жизни в современной реальности представляется нам особенно актуальным.

Цель. Определение концепта «смысл жизни» в современной русской и мировой философии.

Материалы и методы. Источниками исследования послужили оригинальные сочинения А.К. Секацкого, Б.Т. Грив, С.С. Хоружего и других. Следует отметить, что в своих исследованиях проблемы смысла жизни философы исходят из понимания природы и сущности человека как свободного, диалектически сложного, развивающегося бытия. Проблема же смысла жизни решается в прямой зависимости от антропологической концепции.

Полученные результаты. Так, А.К. Секацкий определяет проблему смысла жизни как проблему осуществления человеком свободы — «взмаха крыльев». Б.Т. Грив предлагает читателю сбросить шоры, избавиться от стереотипов сознания, посмотреть на мир широко раскрытыми глазами и увидеть несметное количество новых возможностей, сопровождающих

нас всю нашу жизнь. Для С.С. Хоружего человек не дан и задан, а конституируется в собственных духовных практиках. Человек — это энергичное, деятельное существо, у которого нет заранее определённой сущности. Целью человеческой жизни является устремленность к Иному и постижение Другого.

Выводы. Таким образом, вопрос о смысле жизни можно назвать одним из основных «человеческих» вопросов, который задает себе, наверное, каждый человек, не только философ. Ведь ответ на этот вопрос даёт понять, ради чего человек стремится осуществить свои жизненные цели. Можно проследить разницу концепций современных философов, посвящённых проблеме «смысла жизни». Но каждый из них представляет своеобразную мотивационную теорию, которая заставляет нас стремиться прожить жизнь в полную силу, идти к своей мечте, не останавливаясь ни на минуту.

ПРОЕКТ «ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА»: ПУТЬ В СВЕТЛОЕ БУДУЩЕЕ ИЛИ ШАГ К ПРОПАСТИ?

Ушкова А.Д. 2 к. 251 гр. ЛФ, Кривоколева А.И. 2 к. 251 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Галковская О.А.* ст. научн. сотр. каф. социально-гуманитарных наук, экономики и права, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Бурное развитие науки и технологии в XX веке привело к тому, что наука и, в частности, биология и медицина получила колоссальные возможности вмешиваться в существование биологических объектов и человека. Это позволило наряду с надеждами высказать и опасения, связанные с границами допустимого манипулирования биологическими процессами, особенно имеющими отношение к людям. В качестве формы такого предупредительного знания можно на сегодняшний день рассматривать биоэтику.

Цель. Выявить две противоположные стороны проекта «Геном человека»

Материалы и методы. При рассмотрении данной проблемы были использованы труды: «Генная инженерия» Н. Дяттерева, «Усовершенствование человека как проблема биоэтики» Хен Ю. В., «Будущее человеческой природы» Ю. Хабермаса, материалы сети Интернет по биоэтике, философии, генетике. В работе применялся метод теоретического анализа и сравнительная методология.

Полученные результаты. Рассмотрели этические аспекты проекта «Геном человека»

Выводы. В реализованной программе «Геном человека» можно выделить две противоположных стороны. Первую можно назвать «шагом в будущее», а вторую «шагом к пропасти». «Шаг в будущее» видится в возможности устранения наследственных заболеваний, а «шагом к пропасти» является нарушение важнейших законов природы, внедрение в самые глубинные ее тайны, использование генетической информации в качестве инструмента против самого человека, отдельных народов или рас.

РЕДУКЦИОНИЗМ И ХОЛИЗМ В ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Акчурина Ф.К. 2 к. 209 гр. МПФ

Руководитель темы: *Шипицына А.А.* асс. каф. социально-гуманитарных наук

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Редукционизм и холизм — два актуальных приема познания окружающего мира, сущность которых можно свести к методам анализа и синтеза. Уже обсуждая тему актуальности данного вопроса, мы касаемся сути этих понятий. Какой же подход в научном знании обеспечивает нас более полной и достоверной информацией: изучение мира как целостной и неделимой системы со множеством взаимосвязанных и взаимозависимых процессов, или всё же приведение сложной структуры к элементарным частям и рассмотрение их как самостоятельных явлений.

Цель. Определении значения методов, а также мировоззренческих моделей редукционизма и холизма в медицине.

Материалы: история развития науки, биологии медицины в частности.

Методы: Анализ истории развития науки и роли в ней редукционизма и холизма. Описание результатов полученных в периоды господства этих подходов в научной деятельности.

Полученные результаты. Редукционизм и холизм как методологические принципы сформировали два пути развития науки: западный и восточный. Европейского путь развития медицины и конкретно практическое его воплощение можно проиллюстрировать следующим образом: врача интересует конкретный очаг патологии, а уже на втором месте общее состояние организма. Для восточной медицины классического типа человек рассматривается, в первую очередь, как комплекс систем и органов, гармония между которыми обеспечивает его здоровье.

Выводы. Не стоит оставлять в стороне тот факт, что живой организм — очень сложная и изменчивая система, требующая огромного багажа знаний для поддержания её состояния в норме, а тем более лечения, что, с одной стороны, требует разделения медицины на достаточно узкие отрасли, но в то же время не хотелось бы переходить к принципу: «одно лечим — другое калечим». Поэтому в медицинской практике, на наш взгляд, необходимо полноценное взаимодействие и координация работы специалистов разных отраслей с целью нахождения наилучшего пути лечения.

РОЛЬ ВРАЧА В ФОРМИРОВАНИИ САМООЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ НА ПРИМЕРЕ КОСМЕТОЛОГИИ, ДИЕТОЛОГИИ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Коврина А.Г. 2 к. 207 гр. МПФ, Рыжая А.М. 2 к. 207 гр. МПФ

Руководитель темы: *Галковская О.А. ст. научн.сотр. каф. социально-гуманитарных наук, экономики и права, к.м.н.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность проблемы состоит в вопросе о выявлении специфических психологических особенностей человека, стремящегося к улучшению внешности и коррекции мнимых или же реальных телесных дефектов при помощи пластической хирургии и субъективных реакций на коррекцию внешности.

Цель. Проанализировать роль врача в формировании самооценки человека

Материалы и методы. Социологические опросы, материалы периодических изданий.

Полученные результаты. Собраны материалы социологических опросов, сформированы понятия об эстетической хирургии, диетологии и косметологии в современное время, выявлена роль врача в формировании самооценки личности.

Выводы. В современном обществе люди всё чаще прибегают к помощи врачей на пути улучшения своей внешности. Доктора играют огромную роль в формировании самооценки личности, так как предлагают огромный выбор услуг для людей, недовольных своей внешностью.

СИНДРОМ «СТАРОЙ ВЕДЬМЫ» В КУЛЬТУРАХ РАЗНЫХ СТРАН

Шкурская К.С. 2 к. 211 гр. МПФ

Руководитель темы: *Кукконен Е.В. доц.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Невозможность двигаться, чувство ужаса, страх смерти, удушье, скованность всех движений, звуков, мыслительных процессов, ощущение чего-то постороннего, тяжелого на теле, голоса, посторонние звук, наличие посторонних фигур в комнате или в воздухе. И все это состояние организма человека, характеризующее, как сонный паралич. Современные ученые полагают, что сонный паралич происходит из-за аномального пересечения фазы «быстрого сна» и фазы «пробуждения». То есть это состояние когда человек уже проснулся, но ночная парализация мышц еще не прошла. В этом состоянии человек не способен пошевелить ни одной частью своего тела, хотя полностью осознает свое положение. Около 40% населения Земли хотя бы раз

в своей жизни испытали явление сонного паралича, хотя немногие знают, что это вовсе не домовые и демоны, а настоящий медицинский синдром, с которым можно бороться.

Цель. Изучить явление сонного паралича через мифологию культур разных стран и медицины.

Материалы и методы. Метод квинтэссенции медицинской литературы и мифологии.

Полученные результаты. На протяжении множества веков признаки сонного паралича описывались всевозможными методами и частенько в них обвиняли «потусторонние силы». Почти в любой культуре можно отыскать рассказы об эфемерных созданиях, из-за действий которых человек становится беззащитным ночью. В течении множества столетий человечество отыскивало обоснование данному таинственному параличу и страху, который его сопровождает. Например: в Японии считается, что это гигантский дьявол Канашибари ставит ногу на грудь спящего человека. В Европе сонный паралич с древних времен отождествляли с ведьмами, которые похищали спящих и заставляли летать с ними на метле. В калмыцкой традиции это злой дух Хар Дарна, который душит во сне и не дает проснуться. В мифологии басков для этого явления также имеется отдельный персонаж — Ингума, появляющийся ночью в домах во время сна и сдавливающий горло кого-нибудь из спящих, затрудняя дыхание и вызывая тем самым ужас. В чувашской мифологии для этого явления есть отдельный персонаж — Вубар, действия которого в точности совпадают с симптомами сонного паралича. В русской народной традиции это явление ассоциируется с домовым или марой, также с ночницей, которые, согласно поверьям, вскакивают человеку на грудь с целью предупредить либо о добре, либо о худе.

Выводы. Синдром «старой ведьмы» или сонный паралич проявляется в культуре и мифологии большинства стран. Все эти мифы появились от того, что при сонном параличе сознание находится в пограничном состоянии между сном и бодрствованием.

СЛЕДЫ ЭПИДЕМИЙ ЧУМЫ В МИРОВОЙ КУЛЬТУРЕ

Чмырь А.П. 2 к. 211 гр. МПФ

Руководитель темы: *Кукконен Е.В.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Чума — распространенная в Средние века и наиболее опасная из заразных болезней. «Черная смерть» имела значительные демографические, социальные, экономические, религиозные последствия, которые отразились в культуре многих стран.

Цель. Показать какое значение оказали пандемии чумы на культуру и художественно-историческое наследие.

Материалы и методы. Изучение и анализ исторических данных, памятников культуры и искусства.

Полученные результаты. Середина прошлого тысячелетия среди прочих грозных событий мировой истории была ознаменована страшной пандемией «черной смерти» 1348–1350 годов. Она унесла, по разным оценкам, от трети до двух третей населения Европы. Масштабная эпидемия чумы еще раз охватила Европу во второй половине XVII века. На этот раз она затронула гораздо меньшую территорию и погубила меньше человеческих жизней. На Западе и на Востоке в бездонную пасть ее оказались втянутыми целые народы. Люди бежали от смерти и строили новые города, создавали общины, начинали жить заново. Жан Делюмо пишет, что страх вызывал неадекватное поведение людей, которые стремились забыться в веселье и опьянении или, напротив, впадали в отчаяние. Вспомним «Декамерон» итальянского писателя Джованни Бокаччо, пережившего чуму, где говорится, что для некоторых людей были характерны «открытое злоупотребление вином и развлечениями, дебоши и песни на улицах, всевозможное удовлетворение страсти, смех и шутки по поводу самых прискорбных событий». Английский писатель Даниель Дефо в историческом романе «Дневник чумного города» описывая чуму в Лондоне 1665 года, пишет, что «в городе происходили всевозможные преступления, скандалы и эксцессы». Слово «чума» лежит в основе одноименного романа Альбера Камю. Описывая эпидемию, автор аллегорически изображает всё зло XX века: нацизм, войну, фанатизм, «болезни» общества, поражающие человечество.

В средневековой живописи страх перед чумой нашёл отражение в сюжетах «Плясок Смерти», «Триумфа Смерти», «Трёх мёртвых и трёх живых». «Пляска смерти», наиболее популярный сюжет о ничтожности человеческой жизни и равенстве перед лицом смерти, появляется и в живописи, скульптуре, книжных гравюрах. Позднее к этой теме обращались Брейгель, Вольгемут, Нотке, Гёте, Бодлер, Рильке, Мейринк, Брехт. Чума также изображалась в виде стрел, которые Бог посылает на землю. Возможно, это усилило культ святого Себастьяна как защитника от чумы, ведь стрелы лучников так и не погубили его. В католичестве защитником от Чумы стал Святой Рох. Его изображали указывающим на чумную язву на своей левой ноге. Также его атрибутами стали собака, держащая во рту хлеб и посох паломника. В русском языке слово «чума» переросло свое основное значение: это и любая повальная болезнь, и бедствие, несчастье, и какое-либо пагубное свойств. В словаре В. Даля есть слово «чумить» (одурять, лишать памяти) и «чуметь» (дуреть, бредить).

Выводы. Прошли столетия со времени пандемических проявлений чумы, но историческая, подосознательная память человечества сохраняется в книгах, картинах, народной культуре. Все необъяснимые, массовые трагические события, охватывающие весь мир, сравнивают с чумой. Так, чумой XX века стал СПИД. Чумой XXI называют компьютерную зависимость, лихорадку Эбола.

СМЫСЛ КИНИЧЕСКОГО БУНТА

Сафаров Х.Х. 2 к. 272 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Маркова Т.И.* доц. каф. философских наук

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Современное общество неуклонно движется по пути глобализации, стирания индивидуальных и этнических различий. «Быть, как все», «жить, как все» становится нормой, развивать и проявлять свою индивидуальность становится всё труднее и опаснее. Современные средства коммуникации и информации способствуют усреднению человека.

Цель. Показать возможность и необходимость культивирования индивидуальности каждого человека, а также выявить ценность подлинной индивидуальности.

Материалы и методы. Были применены исторический и аналитический методы исследования, использованы работы отечественных и зарубежных философов.

Полученные результаты. Смысл формулировок Диогена и Кратета, имевших грандиозный успех в свое тревожное время, состоял в разоблачении и отвержении основных установок поведения людей: погони за удовольствиями; очарованности богатством; страстного желания власти; жажды славы, блеска и успеха. Все это, по мнению киников, в действительности приводило только к несчастью.

Кинизм, при всей своей экстравагантности, оказался весьма влиятельным учением. Сами киники называли его наиболее короткой дорогой к добродетели. Киническое учение послужило непосредственным источником стоицизма, в котором был смягчен кинический ригоризм в отношении социальных норм и установлений.

Образ жизни киников оказал влияние на формирование христианского аскетизма, в особенности таких его форм как юродство и странничество.

В историю европейской культуры, при всей парадоксальности и скандальности своей практики и философии, киники вошли как выдающийся пример человеческой свободы и моральной независимости.

Хиппи 1960-х годов — прямые наследники античных киников.

Невозможно оставить без внимания бесконечные споры и разногласия Диогена и Платона. Помимо широко известной истории о чашке и «чашности», имеется немало других интересных случаев их противостояния.

Выводы. Киники подчеркивали необходимость осознанного выбора человеком своего жизненного пути и формирования собственной системы ценностей.

Самостоятельность и независимость мышления и жизненной позиции в целом, провозглашенные киниками, являются важной основой для успешной и полноценной жизни человека во все времена.

СОВРЕМЕННАЯ МУЛЬТИПЛИКАЦИЯ КАК СПОСОБ ПРОПАГАНДЫ

Георгиева А.Г. 2 к. 203 гр. МПФ

Руководитель темы: *Сушко А.В.* доц. каф. социально-гуманитарных наук, экономики и права
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Практически с момента своего появления мультипликация своё место в сердцах зрителей всех возрастов. Пожалуй, сейчас уже не найти ребёнка, который ни разу не смотрел бы «мультик», а если смотрел, то не смог бы назвать свои самые любимые произведения этого жанра.

Думаю, не для кого не станет секретом, что мультипликация, как и прочие средства СМИ использовалась и используется не только как средство развлечения и обучения, но и как способ пропаганды определённых взглядов. В связи с этим было интересно определить, что именно привлекают современным детям современные анимационные фильмы.

Цель. Определить методом анкетирования и устного опроса 10 наиболее популярных современных мультфильмов и мультсериалов и критически проанализировать их содержание: от моделей поведения героев до визуальной составляющей фильма. По результатам анализа сделать вывод о возможном воздействии тех или иных лент на воспитание и дальнейшее поведение ребёнка.

Методы: анкетирование, устный опрос.

Материалы: результаты эмпирического исследования.

Полученные результаты. Исследование состоит из трёх этапов.

Первый этап: анкетирование детей в возрасте от 10 до 13 лет с целью определения наиболее популярных среди этой аудитории мультфильмов.

Второй этап: критический анализ сюжета, образов и характеров главных и второстепенных героев, визуальной и звуковой составляющей анимационной ленты, сравнение полученных результатов с общепринятыми нормами этики и морали.

Третий этап: исходя из полученных результатов, во втором этапе определить возможное влияние мультфильма на поведение ребёнка.

Выводы. На основании критического анализа и сравнения сюжетов популярных анимационных лент с общепринятыми нормами этики и морали было выяснено, что далеко не каждое произведение, адресованное детям, будет полезным для их воспитания.

УПРАВЛЕНИЕ ВРЕМЕНЕМ

Петренко М.В. 1 к. 151 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Зеленская Т.М.* доц. каф. социально-гуманитарных наук, экономики и права, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В современный век скоростей многие специалисты, особенно психологи, отмечают возрастающую стрессовую напряженность и усталость среди не только работающего населения, но и учащихся. Возрастающий объем информации, необходимый для переработки студентами часто приводит к снижению успеваемости, поэтому считаем необходимым и актуальным рассмотрение вопроса эффективного использования и распределения времени.

Первым условием является понимание того, что для успешной и результативной работы, необходимо повышать именно производительность труда, а не само время работы. Вторым условием является необходимость выработки привычки ежедневного планирования рабочего дня, что дисциплинирует и позволяет значительно увеличить производительность собственного труда. Для этого можно воспользоваться Матрицей Эйзенхаузера — как техникой расстановки приоритетов, позволяющей выделить важные и существенные дела и решить, что делать с остальными. Так студент с помощью ручки и блокнота, а также organizers и других подручных средств, начинает записывать все планы и задания, дабы не пропустить чего-либо важного. Затем разделяет все задания/задачи на первоочередные и второстепенные в разрезе дня/недели/ месяца, с учетом необходимости чередования отдыха и работы. Выработка такого подхода к распределению своего времени при наличии четкого расписания занятий вполне

доступно каждому, но это легко только на первый взгляд. Так не всегда студент может сразу оценить временные затраты на выполнение нового задания, поэтому следует отмечать сколько фактически он затрачивает времени на его выполнение, чтобы в последующем использовать это при более четком планировании.

Полученные результаты. Таким образом, в эффективном планировании времени студентом можно выделить следующие этапы:

- 1) определение цели собственной деятельности в целом;
- 2) детальный анализ расписания, отслеживания расходов времени, определения целесообразности каждого действия;
- 3) составление списка дел в соответствии с матрицей Эйзенхауэра;
- 4) записывание долго- и кратковременных планов;
- 5) планирование отдыха и чередования разных видов деятельности.

Выводы. С помощью тайм-менеджмента каждый студент имеет возможность эффективно планировать свой распорядок дня, месяца, года. Это возможность успешно реализовать поставленные планы и решать проблемы в будущей профессии.

Для планирования рабочего времени важно определиться со своими желаниями, стремлениями, интересами.

ФЕНОМЕН ЛЮБВИ В КУЛЬТУРЕ: ТАЛАНТ ЛЮБВИ

Груздева В.М. 2 к. 263 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Маркова Т.И.* доц. каф. социально-гуманитарных наук, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Тема любви не перестаёт волновать человечество. Поэты посвящают ей стихи, композиторы пишут бессмертную музыку, философы пытаются уловить её тончайшие оттенки, разложить на элементы, объяснить и научить людей любви.

Цель. Выявить социальную и культурную значимость феномена любви.

Материалы и методы. В ходе исследования проблемы были применены исторический, логический и аналитический методы исследования, использованы работы отечественных и зарубежных философов и писателей.

Полученные результаты. Что такое любовь? Дар свыше, данный избранным? Способность, которой каждый человек обладает потенциально, но далеко не каждый раскрывает в себе? Навык, развитие которого в себе открыто любому, кто готов трудиться?

Поэты и писатели пытаются определить любовь через метафоры. «Любовь — одно из самых светлых и прекрасных человеческих чувств». (Иван Бунин).

Э. Фромм в своем серьёзном труде, посвященном исследованию феномена любви, подчеркивал, что любовь — это путь преодоления отдаленности людей друг от друга. Ему вторит Антуан де Сент-Экзюпери: «Любить — это означает смотреть не друг на друга, а вместе, в одном направлении».

Еще одна важная идея Э. Фромма состоит в понимании любви как большого плодотворного труда, направленного на созидание — созидание своей личности и личности любимого, созидание счастья, достигаемого через ощущение полноты существования в мире и с миром. Эту же мысль мы читаем у Ж.-Ж. Руссо: «Самое верное средство завоевать любовь других — подарить им свою любовь». Немецкий философ Готфрид Лейбниц (1646–1716) подтверждает: «Любить — это значит находить в счастье другого свое собственное счастье». Поэтому Фромм выделяет разные стадии развития любви — от незрелых (симбиотический союз, сделка, обязанность) до полноценных зрелых форм (отдавание, забота, ответственность, уважение и знание).

Э. Фромм аналитически выделяет различные виды любви как душевной способности. Она не объективирована, не разделена на объекты. Человек любит или не любит. Но если он развил в себе этот талант, то он любит всё и всех: весь мир, всех людей, все существа, Бога, родину, работу. Августин Блаженный, стоявший у истоков европейской средневековой философии, писал о связи любви и познания, об их нераздельности: «Мы познаем друг друга, и любовь в нас растет и перерождается, видоизменяется, укореняется. Любовь к Богу так же рождается в нашей

душе». Он писал, что мы рождены из любви и для любви. Это значит, что с самого младенчества мы несём в каждой своей клеточке любовь, наше тело соткано из неё.

Есть старая кельтская легенда о птице, что поет лишь один раз за всю свою жизнь, но зато прекраснее всех на свете. Однажды она покидает свое гнездо и летит к кусту терновника. Среди колючих ветвей запевает она песню и бросается грудью на самый длинный и острый шип. И, возвышаясь над несказанной мукой, так поет, умирая, что этой ликующей песне позавидовали бы и жаворонок, и соловей. Единственная, несравненная песнь, и достается она ценою жизни. И в этот миг весь мир замирает, прислушиваясь, и сам Бог улыбается в небесах. Ибо все лучшее покупается лишь ценою великого страдания.

Выводы. Философский анализ проблемы любви обнаруживает социальную, культурную, нравственную значимость этого феномена и его исследования.

ФИЛОСОФИЯ ДРЕВНЕГО КИТАЯ: ТЕОРИЯ СУЩЕСТВОВАНИЯ СИЛ «ИНЬ» И «ЯН»

Татарчук К.В. 2 к. 249 гр. ЛФ, Манакова В.А. 2 к. 249 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Шитицына А.А.* доц. каф. социально-гуманитарных наук

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Китай — это страна с богатыми традициями, которые протянулись от времен создания нации и до сегодняшнего дня. Именно в философии Древнего Китая были заложены основы китайского менталитета. Стремление к социальному порядку, обучению (конфуцианство) и поиск гармонии (даосизм) с давних времен являются определяющими чертами китайского характера. Сейчас же для большинства людей философия даосизма более известна как учение об энергиях инь и ян. Оно легло в основу фен-шуй — даосской практики символического освоения (организации) пространства, которая приобрела большую популярность в мире.

Китай — одно из древнейших цивилизованных государств мира. В далеком прошлом, четыре тысячи лет назад, начинается история развития китайской философии. Философские идеи в Китае, берущие начало в глубине веков, чрезвычайно богаты по содержанию и являются огромной кладовой идей в истории познания всего человечества.

Китайская ментальность складывалась в течение тысячелетий, однако главную роль в систематизации древнекитайского мировоззрения сыграло учение Конфуция. Конфуцианство стало основной религией и философией древнего Китая.

Однако рационализм и формализм конфуцианства не всем был по нраву в Китае. Низы китайского общества, жившие в интимной близости с природой, нуждались в отдушине от чрезмерности рациональных постулатов конфуцианства. Роль этой отдушины сыграл даосизм. Он возник в Китае одновременно с учением Конфуция, но самостоятельно от него. Основателем даосизма считается древнекитайский философ Лао-Цзы. Согласно концепции даосизма, положенной в основу учения, любая энергия ци изначально имеет характеристики инь и ян. Принцип инь и ян, по сути своей, является принципом единства противоположностей, на равновесии которого держится бытие.

Таким образом, особенностью Китая являлось то, что в его официальных религиях не было профессиональных жрецов. Функцию жрецов выполняли чиновники и ученые, пользующиеся наибольшим уважением в обществе. Естественнонаучные наблюдения китайских ученых не находили адекватного выражения в философии, так как философы не считали нужным обращаться к материалам естествознания. Оторванность китайской философии от конкретных научных знаний сузила её предмет. В силу этого натурфилософские концепции, объяснения природы не получили в Китае большого развития. Они лишь были поставлены в общем виде представителями материалистического направления, прежде всего представителями школы «инь-ян», монистами и в известной мере даосизмом.

Выводы

Эти особенности сыграли важную роль в становлении основ традиционной китайской философии: не мистика и метафизические абстракции, а строгий рационализм и государственная польза, отказ от личного в пользу общественного обусловили особенности китайского мировоззрения и образа жизни.

ФИЛОСОФИЯ ЛЮБВИ: ЛИКИ ЛЮБВИ

Гречиничкова Ю.И. 2 к. 235 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Маркова Т.И.* ст. научн. сотр. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

У современных философов, социологов, культурологов, журналистов вызывает чувство сильной тревоги усиление прагматизма в отношении к вечным человеческим ценностям. К этому приводит коммерциализация современной жизни, выдвигание на первый план таких ценностей, как успех, оцениваемый чисто количественными параметрами. Эмоции, чувства отходят даже не на второй, а на третий план, обесцениваются. А это приводит к обеднению духовной жизни личности и социума, к обеднению жизни вообще.

Цель. Исследовать феномен любви и выявить его место в системе ценностей человека.

Материалы и методы. В ходе исследования проблемы был применен метод исторического анализа, метод обобщения материала, использованы работы отечественных и зарубежных философов и писателей, посвященных проблеме любви.

Полученные результаты. Любовь многолика. Она по-разному проявляется в различных культурах и даже в рамках одной культуры — по-разному у разных людей. Это обусловлено сложными системными связями и взаимовлияниями, в которых осуществляется жизнедеятельность каждого человека.

Сложность и неоднозначность феномена любви порождает соблазн рассмотреть его, «разложить по полочкам», сказать то, что еще никем и никогда не сказано. И каждый человек — философ, поэт, писатель, психолог, физиолог, химик — надеется совершить собственное открытие. Парадокс состоит в том, что каждый и совершает его.

Объяснение этому — очень простое и очевидное: тема любви относится к разряду «вечных» философских вопросов, на которые невозможно дать окончательный ответ. Каждый человек ищет, находит и снова теряет ответ.

Стендаль в произведение «О любви» рассматривает рождение и «кристаллизацию» любви — разные стадии формирования, развития, расцвета и угасания любви. В другом виде искусства, в кинематографе (фильм «Пьющие в терновнике») — трагедия несовместимости разнообразных ликов любви: человек не может решить этой антиномии, не может сочетать несочетаемое. Материнская любовь, любовь между мужчиной и женщиной, любовь к Богу — что выбрать? Ответа нет...

В Древней Греции выделяли следующие виды любви: филия, агapé, строге. Однако, в древнегреческой мысли почти нет попыток понять, что же такое любовь; даются только разновидности данного чувства. Исключение составляет миф об андрогинах, двойных людях, которые за свою непокорность были разделены и разбросаны по свету. Миф об андрогинах объясняет любовь как жажду целостности и стремление к ней.

Выводы. Только тогда, когда человек подходит вплотную к вечным проблемам, когда он не может увернуться от них, сославшись на свою вечную занятость, — только тогда он действительно становится Человеком. В чем сущность Человека? — В умении стать над собой. Любовь — это способ стать Человеком.

ЧЕЛОВЕК КАК КОНЕЧНО-БЕСКОНЕЧНОЕ СУЩЕСТВО: ФИЛОСОФСКО-АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Сорокин Р.А. 2 к. 275 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Холутова Н.Н.* доц. каф. социально-гуманитарных наук
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

При взаимодействии врача и пациента необходимо учитывать не только физиологическое, но и эмоциональное состояние. Чтобы сформировать достаточно полное представление о психо-эмоциональной природе необходимо ознакомиться и с ненаучными представлениями о философских взглядах на понятие «души», а также с взглядами на человека как на «конечно-бесконечное» существо.

Цель. Проанализировать философские и ненаучные взгляды о «душе».

Материалы и методы. В работе делается акцент на общефилософские методы (исторический анализ, индукция, сравнительно-статистический анализ) в изучении аспектов исследования человека как биосоциального существа. В работе использовались материалы периодических изданий, труды философов Античности

Полученные результаты. Из многих тысяч верований сегодня нет таких, в которых не существовало бы понятие «души». Она — бессмертная нематериальная сущность. В Православии одной из трех составляющих понятие Троицы, является Дух — нечто высшее, искра, данная Богом человеку. В иудаизме всё живое делится на два уровня. Один — нематериальный уровень, в который мы можем только верить, а второй уровень, который управляет нами. Для Ислама душа — это Ру. Ру — частичка божественности внутри нас. Буддизм имеет свое представление о душе как части совокупности сознания. Несмотря на отличия религий, их сходство заключается в представлении о божественной природе человека, дающей начало и обуславливающей жизнь, мышление, чувства и волю.

В философии «душа» символизирует бессмертную сущность человека. В древнегреческой мифологии существовала богиня Психея — олицетворение души, дыхания. Понятие «души» есть в работах многих античных философов. Для Фалеса душа есть нечто особенное, Анаксагор считал ее воздухом, Филолай впервые назвал тело тюрьмой души и развивал понимание души в идеалистическом направлении. Выдающимся философом классического периода Античности является Аристотель, написавший трактат «О душе». Демокрит, наряду с Аристотелем, отрицал представление душе, как о веществе, но при этом не рассматривал душу в отрыве от материи, которая умирает вместе с телом. Платон писал, что душа вечна и обладает феноменом реинкарнации. Во все периоды философского творчества затрагивался вопрос о «душе». Например, для Канта, душа есть предмет внутреннего чувства в его связи с телом, но не субстанция.

В медицинской практике были попытки врачей «найти» душу. 10 апреля 1907 года богобоязненным христианином, американским доктором Данкан Мак Дугаллом был проведен эксперимент по измерению массы души. Для «взвешивания души» им была сконструирована специальная кровать, устроенная на весовом механизме с очень высокой чувствительностью, до нескольких грамм. В последующие годы и в настоящее время учёных интересует проблема «жизни после смерти», являющаяся, по сути, попыткой дать истолкование понятию души с естественнонаучных позиций.

В современной научной, философской, психологической литературе понятие «души» используется редко, как синоним слова «психика». В обыденной речи слово «душа» тоже часто соответствует понятиям «психика», «внутренний мир человека», «переживание».

Выводы. В человеке сочетается духовное и телесное. Рассматривать их необходимо во взаимосвязи, тем самым формируя целостный образ человека. Взаимосвязь духовности и телесности является условием гармоничного развития личности.

ШКОЛА КИНИКОВ

Абдулазизов Э.А. 2 к. 272 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Маркова Т.И. доц. каф. социально-гуманитарных наук*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность данной работы связана с обнаруживаемым в социальной жизни расхождения, а нередко и противоречия между тем, что человек думает, и тем, как он поступает и живёт. внешняя жизнь обусловлена давлением общественных представлений о правильном, но эти представления не всегда человек принимает. Отсюда — внутренний разлад и даже трагизм существования.

Цель. Показать возможность гармоничного существования человека, позволяющего ему развивать свою индивидуальность.

Материалы и методы. Были применены методы анализа и обобщения, использованы материалы отечественных и зарубежных исследователей.

Полученные результаты. Киники предприняли смелую попытку преодолеть дуализм внешнего и внутреннего, социального и личного. Представители кинической школы вслед за своим великим Учителем Сократом стремились к отработке и экспериментальной проверке на себе определённого образа жизни. Мыслить по-кинически — только средство, цель — жить по-кинически.

Диоген Синопский стал символом движения киников. Он не только усилил экстремизм Антисфена, но создал новый идеал жизни необычайной суровости, который на столетия стал парадигматическим. Выразить всю программу этого философа может одна фраза: «Ищу человека», которую он повторял с фонарем в руках среди толпы и среди бела дня, провоцируя агрессивную реакцию.

Свою задачу Диоген видел в том, чтобы показать, что человек всегда в своем распоряжении имеет все, чтобы быть счастливым, если понимает требования своей натуры, если не изменяет себе.

Современный человек оказался перед лицом угрозы потери своей самостоятельности в мире и превращения в безликий винтик огромного социального механизма. Современные СМИ агрессивно навязывают ему образ жизни, образ мысли, образ чувствования и переживания. Ориентируют его на потребительские ценности. Человек «должен» казаться успешным, богатым, молодым, всегда весёлым. Иначе он будет изгоем, общество отвернётся от него. Но еще Э. Фромм раскрыл разницу между «быть» и «казаться».

Киники показали, что счастье человека состоит в его внутренней гармонии, в удовлетворенности своей жизнью, в развитии своей духовности. Надо только решиться на стремление к счастью, не боясь осуждения или непонимания. Каждый человек проживает свою жизнь сам, и он имеет право выбирать свою жизнь, решать, какой быть его жизни.

Выводы. Киническая этика исходит из принципиального отрицания и неприятия морального кодекса среднего индивида.

Это отрицание основано на требовании выстраивать собственную систему ценностей самостоятельно.

Но киники обозначили пределы личностной свободы — это интересы и благо других людей: человек должен творить добро, помогать другим людям, быть солидарным с ними. Таким образом, киники нашли точное гармоничное соотношение между личным, индивидуальным — и коллективным.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ МОТИВЫ В ПРОЗЕ УИЛЬЯМА ГОЛДИНГА

Терехов А.Ю. 3 к. 45 гр. ЛФ, Ревенков В.А. 3 к. 45 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Шитицына А.А. асс. каф. социально-гуманитарных наук*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В рамках учебного курса по философии основное внимание уделяется французскому экзистенциализму, наиболее широко представленному в трудах Ж.-П. Сартра и А. Камю. В то же время философия экзистенциализма (существования человека) пронизывает художественное творчество писателей XIX — начала XX века. Уильям Голдинг — один из ярких классиков английской литературы, лауреат Нобелевской премии, в романах-притчах которого, безусловно, присутствуют экзистенциальные мотивы.

Цель. Проанализировать экзистенциальную проблематику и символику романов Уильяма Голдинга «Повелитель мух», «Наследники», «Халпуга Мартин».

Материалы и методы. Историко-литературный метод, интертекстуальный метод, философский, сопоставительный и текстологический анализ.

Полученные результаты. «Повелитель мух» — дебютный роман Уильяма Голдинга, опубликованный в 1954 году. Сюжет строится вокруг группы детей, попавших на необитаемый остров в результате авиакатастрофы. По ходу романа читатель наблюдает ужасающие метаморфозы: превращение культурных английских мальчиков, пытающихся жить по демократичным правилам, в настоящих дикарей, озабоченных лишь охотой, борьбой за власть и ритуальными плясками. Разумный порядок рушится под гнетом темных инстинктов, зовущих

охотиться и убивать. В основе параболы Голдинга стоит желание показать скрытое зло человеческой души. «Повелитель мух» — роман-предупреждение самозабвенной жизнерадостности, ставящее целью расшатать устоявшиеся стереотипы мышления, встревожить читателя, указать ему путь к человеческой экзистенции.

«Наследники» — второй роман, который является продолжением основных идей, поднятых в «Повелителе мух». Тема «Наследников» — столкновение человека и цивилизации. Голдинг противопоставляет мирное племя неандертальцев «новым людям», уже вкусившим от древа познания. Хаос и разобщенность своего мира «новые» переносят на макрокосм, фактически уничтожая маленькое племя; вместо того, чтобы искать зло внутри себя, населяют «демонами» окружающий мир. Вторая притча Голдинга уже не является предупреждением, это назидание современникам о человеке, страдающем от чудовищного неведения собственной природы.

Третий роман повествует о Кристофере Мартине, который, будучи смытым за борт с военного корабля, выживает на голой скале посреди океана, мучимый жаждой, голодом и холодом. Из обрывков воспоминания, посещающих героев, вырисовывается портрет человека хищного и эгоистичного, беззастенчиво попирающего права и достоинства других. В основе всех его поступков лежит принцип потребления: право сильного «сожрать» слабого, брать, ничего не давая взамен. Мученическая гибель героя в изображении автора выглядит заслуженной карой за бессмысленно, бездуховно прожитую жизнь, за то зло, которое он сеял вокруг себя.

Выводы. Философский лейтмотив романов Голдинга — экзистенциальная болезнь человечества. Люди, по Голдингу, больны внутренним злом. Его аллегорические романы — яркий способ не только это проиллюстрировать, но и тревожное напоминание о том, что произойдет, если о нем забыть. Автор не просто указывает читателю на роковой недостаток человека, он указывает единственный верный способ его побороть — осознание своей экзистенции.

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

АНАЛИЗ ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ЭКСПЕРТИЗ ПО УСТАНОВЛЕНИЮ РОДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

¹Кухаренок И.И. отд. молекулярно-генетическое

Руководители темы: ²Праводелова А.О. доц. каф. судебной медицины, к.м.н.,

¹Смоляницкий А.Г. отд. молекулярно-генетическое, к.б.н.

¹ГКУЗ БСМЭ ЛО

²СЗГМУ имени И.И. Мечникова

Молекулярно-генетический метод в настоящее время внедрен в практику правоохранительной деятельности. С помощью этого метода решаются задачи по идентификации личности человека, установлению родства по следам и объектам биологического происхождения.

Цель. Анализ случаев внебюджетных экспертиз по установлению родственных связей, проведенных в МГО ГКУЗ БСМЭ ЛО в период за 2012–2013 годы. Для расчета показателей использовались методы описательной статистики.

Материалы и методы. Материалами исследования были заключения экспертов из архива молекулярно-генетического отделения Бюро судебно-медицинской экспертизы Ленинградской области. Из заключений экспертов производилась выборка следующих данных: основание для производства экспертизы, территориальные образования, назначившие экспертизу, вид и место забора биологического материал, количеств комбинаций исследуемых связей, используемые системы и результаты исследований.

Полученные результаты. Из результатов исследования следует, что за 2 года в молекулярно-генетическом отделении БСМЭ ЛО по установлению родственных связей было проведено 426 экспертиз (в 2012 г. — 183 — 43%, в 2013 г. — 243 — 57%). Из них в 2012 было выполнено 158 экспертиз (86,3%) и в 2013 г. — 212 (87,2%). Основанием для производства экспертиз в подавляющем большинстве случаев были определения суда (188 экспертиз (88,7%) в 2013 г. и 133 (84,2%) в 2012 г.). Остальные экспертизы были произведены по частным заявлениям граждан (по 24 экспертизы в исследуемые годы). В 1 случае в 2012 г. экспертиза была произведена по Постановлению СО СК РФ. Экспертизы в 2012–2013 годах были проведены на основании частных заявлений и определений и постановления суда-следственных органов Ленинградской области (41 — 25,9%, 59 — 27,8%), Калининграда (29 — 18,4%, 45 — 21,2%), Брянска (21 — 13,3%, 31 — 14,6%), Санкт-Петербурга (19 — 12%, 25 — 11,8%), Мурманска (18 — 11,4%, 20 — 9,4%), Республики Карелия (15 — 9,5%, 14 — 6,6%), Липецка (7 — 4,4%, 9 — 4,2%), Орла (5 — 3,2%, 4 — 1,9%), Пензы (2 — 1,3%), Москвы, Новгорода, Смоленска, Архангельска, Пскова, Украины (по 1 случаю — 0,5%). Видом исследованного биологического материала в большинстве случаев была кровь живых лиц (389 — 2012 г., 549 — 2013 г.), в остальных случаях — буккальный эпителий (53–2012 г., 63–2013 г.); слюна (10 — 2012 г.), кровь трупов (4–2012 г., 7–2013 г.); мазки-отпечатки (3 — 2012 г.), следы биологических жидкостей (2 — 2012 г., 8 — 2013 г.); гистологические блоки (1 — 2012 г., 12 — 2013 г.); слюна (3 — 2013 г.), волосы и моча (по 2 — 2013 г.). Забор биологического материала производился в МГО ГКУЗ БСМЭ ЛО (147 — 31,7%, 237 — 36,7%), в остальных случаях (316 — 68,3% — 2012 г., 408 — 63,3% — 2013 г.) — был прислан для исследования. При исследовании наиболее часто использовалась комбинация — ребенок и родители (128 — 81,0%, 163 — 76,9%). Среди используемых систем анализа в исследуемые годы наибольшая часть приходится на Identifier и Real Time, реже использовались системы Y, STR, NGM, митохондриальной ДНК. Предполагаемые родственные связи были подтверждены в 189 случаях (84%) в 2013 г. и 126 (78,8%) — в 2012 году. В остальных случаях были исключены (21,2% и 15,0%).

Выводы. Таким образом, полученные нами данные показали, что в 2013 г. отмечен значительный рост числа экспертиз по установлению родственных связей, которые были назначены определением судов как городов Северо-Западного, так и других регионов России. В подавляющем большинстве на основании произведенных экспертиз в исследуемые годы предполагаемые родственные связи были подтверждены.

АНАЛИЗ КОМИССИОННЫХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ВЫПОЛНЕННЫХ НА КАФЕДРЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ ВМЕДА В 2013 ГОДУ

Афанасьев М.И. орд. 1 года каф. судебной медицины,

Воскобойников А.Л. орд. 1 года каф. судебной медицины

Руководитель темы: *Мещерякова С.А.* асс. каф. судебной медицины

ВМЕДА

В последние годы возросло количество судебно-медицинских экспертиз по делам о профессиональных нарушениях медицинских работников. Структура и динамика таких экспертиз требует своего изучения, что и определило цель нашего исследования. Был проведён анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам дел, выполненных на кафедре судебной медицины Военно-медицинской академии в 2013 году. В качестве объектов исследования использовали материалы уголовных и гражданских дел за 2013 год, заключения комиссионных судебно-медицинских экспертиз (всего 67).

Установлено, что из 67 заключений 24 были выполнены в связи с жалобами на качество оказания медицинской помощи (36%). Из их числа чаще всего (в 18 случаях или в 75%) экспертизы назначались в отношении врачей хирургического профиля (акушеры-гинекологи — 10, травматологи — 4, нейрохирурги — 2, хирурги — 2). Кроме того, экспертизы назначались в отношении врачей терапевтического профиля (4) и врачей-стоматологов (2).

Материалы и методы. Согласно полученным данным, в экспертизах акушерско-гинекологического профиля в 100% случаев были установлены дефекты оказания медицинской помощи на разных этапах, в том числе тяжкий вред здоровью — 8 случаев (при этом смерть плода — 6; новорожденного — 2). В одном случае вследствие дефекта оказания медицинской помощи наступила смерть и матери, и младенца. В 62, 5% от экспертиз, которые выполнены по отношению качества оказания медицинской помощи, было выявлено ненадлежащее оказание медицинской помощи. Во всех остальных случаях дефектов оказания медицинской помощи выявлено не было. При этом было установлено, что дефекты диагностики и лечения имелись в примерно одинаковых количествах случаев (примерно по 38%). Кроме того, в 30% случаев были установлены дефекты как диагностики, так и лечения.

Полученные результаты. Одним из ключевых вопросов при производстве экспертиз рассматриваемого профиля является вопрос об установлении причинно-следственной связи. В 58% случаев следствием дефекта оказания медицинской помощи явился вред здоровью различной степени тяжести. При этом в большинстве случаев (свыше 80%) был установлен тяжкий вред здоровью, в отдельных случаях вред здоровью комиссией экспертов не определялся. В 3 случаях была установлена прямая связь между ненадлежащим оказанием медицинской помощи и летальным исходом.

Выводы. Таким образом, среди комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам дел, выполненных на кафедре судебной медицины ВМЕДА в 2013 году значительную часть составили экспертизы связанные с ненадлежащим оказанием медицинской помощи. При этом в большинстве экспертных исследований были выявлены дефекты оказания медицинской помощи, которые привели к ухудшению состояния здоровья и даже смерти пострадавших — между недостатками медицинской помощи и неблагоприятном исходе причинно-следственной связи установлен в каждом восьмом случае.

АРХИВ ПРОФЕССОРА Н.М. ДЕМЕНТЬЕВОЙ В МУЗЕЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ СЗГМУ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА

Гончарова Е.Л. 6 к. 634 гр. ЛФ, Панченко В.Л. 6 к. 634 гр. ЛФ, Махнёв П.А.

Руководители темы: Мишин Е.С. проф. каф. судебной медицины, д.м.н.,

Подпорошникова Е.Э. доц. каф. судебной медицины, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В 2001 году организован музей судебной медицины на базе учебного музея кафедры судебной медицины. В настоящее время он имеет 7 разделов, направлением одного из которых является сбор, хранение и изучение документов и объектов, отражающих историю судебной медицины в России. В 2001 году в фонд музея поступил личный архив и библиотека доктора медицинских наук, профессора, заведующей кафедрой судебной медицины ЛСГМИ в 1961–1980 годах Нины Михайловны Дементьевой.

Цель. Изучить и систематизировать документы и предметы Н.М. Дементьевой, составить их описание для дальнейшего хранения в фондах музея, публичного представления в виде музейных экспонатов, коллекций, и использования в научно-исследовательской и просветительной деятельности в области судебной медицины.

Материалы и методы. Личные вещи их архива Нины Михайловны на кафедре Судебной медицины.

Полученные результаты. Архив содержит более 11000 единиц хранения, представляющих в наше время значительную научную и историческую ценность. В их число входит: более 350 фотографий, 2 личные печати, более 2000 карточек перфокартотеки, около 150 научных слайдов, 14 печатных работ в нескольких экземплярах, 11 программ научных конференций, фонограммы 19 лекций по судебной медицине, более 3450 гистотопограмм и более 3500 микропрепаратов на предметных стеклах, более 60 рисунковсердец и коронарных артерий, схем артериальной системы сердца, выполненных рукой Нины Михайловны, более 500 изданий из личной библиотеки по судебной медицине и смежным областям, 6 вырезок из газет, 53 почтовые открытки, 10 почетных грамот, 3 благодарности, 90 поздравительныхоткрыток, 13 оригинальных авторских открыток, оформленных Ниной Михайловной.

Документы из архива были разделены на группы:

1. личные вещи: 26 предметов, в том числе перфокартотека (более 2000 карточек);
2. фотографии, фотопленки и слайды: 319 предметов;
3. научная деятельность: более 350 документов;
4. личные документы: 81 единица;
5. личная библиотека: более 600 изданий;
6. материалы научных конференций: 32 единицы;
7. работа на кафедре и учебно-методическая работа: 112единиц;
8. увлечения: 196 предметов (вышивки, поделки и др.);
9. переписка: 89 писем.

В составе архива находятся поистине уникальные документы, такие, как оригиналы диплома с отличием об окончании 2 ЛМИ в 1945 г., аттестатов доцента и доктора, дипломов кандидата и доктора медицинских наук, трудовая книжка с 1962 г., военный билет офицера запаса ВС СССР, копия свидетельства о смерти, рисунки и схемы, выполненные Ниной Михайловной при написании последней незавершенной монографии (1998–2001) и многие другие. Документы дают нам возможность узнать многие аспекты личной жизни и научно-профессиональной деятельности Нины Михайловны Дементьевой и ее мужа — Владимира Ивановича Захарова.

Выводы. Дальнейшее изучение бесценных экспонатов музея судебной медицины позволит не только более полно представить жизнь и деятельность великих ученых, но и воссоздаст многие неизвестные факты в истории судебной медицины в России.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ РАЗЛИЧНЫХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА: ОСОБЕННОСТИ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Воскобойников А.Л. орд. 1 года каф. судебной медицины,

Афанасьев М.И. орд. 1 года каф. судебной медицины,

Петрова Е.А. инт. 1 года каф. судебной медицины

Руководитель темы: *Божченко А.П.* доц. каф. судебной медицины, к.м.н.

ВМедА

Проблема идентификации личности является актуальной для современной судебной медицины. Ежегодно в нашей стране регистрируются около 25 тыс. неопознанных трупов. Одним из эффективных методов, применяемых в целях идентификации человека, является дерматоглифический. Поскольку трупы неизвестных лиц нередко представлены частями либо фрагментами тела (следствие полученной травмы, трупных влияний разрушающего характера), возникает необходимость их реконструкции.

Цель. Установление наличия и определение степени сходства дерматоглифических признаков различных частей тела, как основы для решения реконструктивных задач. Объекты исследования: отпечатки гребешковой кожи кистей и стоп 204 представителей европеоидной расы (126 мужчин и 78 женщин). Отпечатки получали с помощью черной типографской краской на белой бумаге. Статистическую обработку результатов производили методами описательной статистики и с помощью корреляционного анализа.

В результате проведенного исследования установлено, что по типам узоров наибольшие значения коэффициента корреляции между признаками соседних пальцев, например: между II и III пальцами левой ноги — 0, 87; между III и IV пальцами левой ноги — 0, 83 ($p < 0,01$).

Полученные результаты. Между признаками пальцев одной ноги взаимосвязь сильнее, чем между признаками пальцев разных ног, например: между IV и V пальцами правой ноги — 0, 25; между IV пальцем правой ноги и V пальцем левой ноги — 0, 10. Кроме того, корреляция типов узоров на пальцах ног слабее, чем на пальцах рук. Взаимосвязь ладонных и подошвенных признаков в парах кистей или стоп, принадлежащих одному лицу, как правило, средней силы или сильная ($r > 0, 3$). Во всех случаях уровень значимости определяемого параметра $p < 0,01$. Так, корреляция по углу atb — 0, 41; по углу atc — 0, 40; atd — 0, 52; btc — 0, 38; btd — 0, 45; ctd — 0, 42. Корреляция размерных показателей: между трирадиусом b и проксимальной сгибательной складкой ладони — 0, 98; между трирадиусами b и t — 0, 74; b и a — 0, 56; b и c — 0, 41; c и d — 0, 48; a и c — 0, 43; a и d — 0, 90; b и d — 0, 61; t и d — 0, 75. Корреляция гребневого счета между трирадиусами: a и b — 0, 53; b и c — 0, 47; c и d — 0, 52; a и d — 0, 86; t и d — 0, 74. Сильная корреляция отмечается по плотности папиллярных линий в соответствующих полях гребешковой кожи. Имеет место также и высокая степень соответствия качественных характеристик папиллярного рельефа на правых и левых половинах тела. У лиц женского пола степень симметрии дерматоглифических признаков выше, чем у лиц мужского пола.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования демонстрируют высокую степень сходства дерматоглифических признаков различных участков тела, особенно на билатерально симметричных и соседних участках, что открывает возможность для разработки на этой основе экспертных методик по решению реконструктивных задач в целях идентификации личности.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СПОНТАННЫХ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ РАЗРЫВОВ СЕЛЕЗЕНКИ

Федорова Е.Д. 6 к. 618 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Горшков А.Н.* доц. каф. судебной медицины и правоведения, к.м.н.

ПСНБГМУ им. акад. И.П. Павлова

Одной из проблем практической судебно-медицинской экспертизы является дифференциальная диагностика травматического и спонтанного повреждения селезенки. Чаще эта проблема возникает при обнаружении у погибшего или оставшегося в живых человека выраженной

соматической патологии селезенки в сочетании или в отсутствие предшествующей разрыву селезенки травмы.

Примером такого случая является проведенная нами экспертиза по поводу разрыва селезенки у мужчины, страдавшего хроническими инфекционными заболеваниями, повлекшими за собой гипертрофию селезенки.

Цель. Изучить способы и методы оценки травматических и спонтанных разрывов селезенки по данным доступной литературы.

Материалы и методы. Исследование медицинских документов и материалов экспертиз проводилось путем анализа содержащихся в них сведений и сопоставления с описанными в специальной медицинской литературе признаками и общими закономерностями течения патологических процессов.

Полученные результаты. В ходе этого исследования выяснилось, что единственный метод дифференциальной диагностики спонтанных и травматических разрывов селезенки представлен врачом И. Сладковским в 1866 году в журнале «Архив судебной медицины» и более нигде не упоминается. Основными положениями данного метода являлись характер и количество разрывов, исходное состояние селезенки до разрыва и состояние кожных покровов в проекции селезенки. Эти данные помогли нам решить вопросы, поставленные в экспертизе, которую мы проводили.

Анализ данных исследований разрывов селезенки по методу, предложенному И. Сладковским, доказал необходимость их использования на современном этапе развития судебной медицины до достоверного решения вопроса о причине разрывов.

Выводы. Исследования, проведенные в 1866 году И. Сладковским и незаслуженно оставленные без внимания, до сих пор актуальны и позволяют решать вопросы о травматическом или спонтанном разрыве селезенки.

ЕВГЕНИЙ ВЕНЦЕСЛАВОВИЧ ПЕЛИКАН — ВИДНЫЙ ДЕЯТЕЛЬ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ XIX ВЕКА

Трошин Е.Л. 6 к. 611 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Горшков А.Н.* доц. каф. судебной медицины и правоведения, к.м.н.
ПСНБГМУ им. акад. И.П. Павлова

Пеликан Евгений Венцеславович — врач, основоположник экспериментального направления в фармакологии и токсикологии, видный деятель судебной медицины и гигиены, профессор Медико-хирургической Академии. Главной заслугой ученого современники считают многочисленные научные труды по токсикологии, судебной медицине, гигиене, эпидемиологии, большая часть из которых основана на многочисленных физиологических опытах.

Цель. Определение исторической значимости судебного медика Е.В. Пеликана.

Материалы и методы. В ходе проведенного исследования изучены литературные источники XIX и XX веков, посвященные работе Пеликана Е.В. Использован аналитический метод исследования.

Полученные результаты. С самого детства Евгений Венцеславович был поставлен в условия, благоприятные для умственного развития: получил сначала прекрасное домашнее воспитание, затем окончил в 16 лет полный курс петербургской гимназии. В 1845 г. Евгений Венцеславович окончил курс Медицинского факультета Московского Университета лекарем 1-го отделения, после чего был назначен сверхштатным ординатором в Московском Военном госпитале. В 1847 году Е.В. Пеликан получил степень доктора медицины. Его диссертация посвящена теме переломов шейки бедра («De fractura celli femoris»). С 1848 по рекомендации проф. Буяльского назначен редактором «Военно-Медицинского журнала». Пеликан Е.В. был назначен исполняющим должность адъюнкт-профессора кафедры акушерства в Императорской Медико-хирургической академии. 20 сентября 1852 года Конференция ходатайствовала о перемещении Пеликана Е.В. на кафедру судебной медицины и общественной гигиены в должности ординарного профессора. В период с 1854–1855 год на лекциях было продемонстрировано более 200 опытов. В 1856 проведено первое фармакологическое исследование, алкалоида

мускарина, определено влияние ядов на мышечную деятельность, исследована токсикология иодидов; цианидов, нитросоединений. 1856 год выпущен учебник «Записки судебной медицины». Кроме исследовательской работы Пеликан Е.В. имел обширную географию должностных командировок: Москва, Кавказ, Варшава, Вена, Константинополь и другие города России и Европы. 7 декабря 1861 года Евгений Венцеславович стал директором Медицинского департамента МВД, а в 1873 год председателем Медицинского Совета и Ветеринарного Комитета. На посту председателя Пеликан Е. В. заботился о повышении уровня образования врачей, улучшение их быта и материального положения, решение различных санитарных вопросов, расширил деятельность врачебных учреждений гражданского ведомства. В 1865 г. Основал при Медицинском Департаменте МВД журнал «Архив судебной медицины и общественной гигиены». В 1874 году в 30-летний юбилей служебной и ученой деятельности учреждены 2 стипендии его имени при Московском Университете.

Выводы. Итоги нашего исследования показали историческую значимость Евгения Венцеславовича Пеликана как выдающего ученого и руководителя кафедры судебной медицины Императорской Медико-хирургической академии и Медицинского департамента МВД в XIX века.

КРАТКИЙ ОЧЕРК ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ; РОЛЬ И ЗАДАЧИ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Ряполов А.В. 2 к. 1Б гр. Факультет подготовки врачей для ракетных и сухопутных войск
Руководитель темы: *Одностралко М.А.* каф. общественных наук

ВМедА

В самой глубокой древности мы находим следы применения антропологических и медицинских сведений к решению юридических вопросов. В Греции юристы иногда обращались для открытия преступления к естествоиспытателям. Известно, что Светоний свидетельствует, что тело Юлия Цезаря по требованию тестя убитого было не брошено в Тибр, что собирались сделать заговорщики, а вскрыто, при этом врач насчитал на теле покойного 23 раны. Но опять указаний нет, как посмотреть на этот случай; может быть, врач только из уважения к покойному осмотрел его труп. Даже гораздо позже, при Юстиниане закон не требовал призыва экспертов в суд, хотя некоторые места знаменитого кодекса были составлены, очевидно, при содействии врачей.

Цель. Первые попытки систематизирования судебно-медицинских сведений относятся к концу XVI и началу XVII столетия и принадлежат Фидемусу в Палермо и Закиусу в Риме. Но только в конце XVIII века, после революции с введением нового судопроизводства, судебная медицина стала на твердую почву.

Материалы и методы. По мере развития судебной медицины как науки от нее отделились некоторые разделы, ставшие впоследствии самостоятельными науками, — токсикология, судебная психиатрия, судебная химия. На современном этапе развития судебная медицина имеет важное медико-социальное значение не только в борьбе с преступлениями против жизни и здоровья граждан, но и в совершенствовании здравоохранения.

Полученные результаты. Таким образом, первая и основная ее задача — помощь правоохранительным органам в делах (уголовных и гражданских), связанных с преступлением против жизни, здоровья, достоинства личности и здоровья населения в целом. Вторая задача заключается в оказании помощи органам здравоохранения в улучшении качества лечебно-профилактической работы.

Выводы. Судебная медицина тесно связана со всей медицинской деятельностью и от заключения судебно-медицинского эксперта зависит судьба не только подозреваемого, но и практикующего врача.

КРОВОИЗЛИЯНИЯ В ХРЯЩАХ ГОРТАНИ ПРИ ТУПОЙ ТРАВМЕ ШЕИ

Орлова Е.Б. 1 к. 166 гр. ЛФ

Руководители темы: *Мишин Е.С.* проф. каф. судебной медицины, д.м.н.,

Подпоронова Е.Э. доц. каф. судебной медицины, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Научные исследования по изучению травмы шеи от действия различных повреждающих факторов не потеряли своей актуальности. Многие аспекты повреждений шеи требуют своего решения и дальнейшего поиска новых информативных критериев. Повреждения шеи чаще образуются от действия тупых объектов (петель, частей тела человека — рук, ног, тупых предметов). Диагностика тупой травмы шеи часто бывает затруднена ввиду отсутствия во многих случаях наружных повреждений. Важным диагностическим признаком травмы шеи являются повреждения в виде переломов подъязычной кости, хрящей гортани и трахеи. Одним из основных вопросов, интересующих правоохранительные органы, является вопрос о прижизненности образования повреждений. Морфологическим признаком прижизненности травмы шеи являются кровоизлияния в мягких тканях и в хрящах гортани (Мишин Е. С., 1992). Если кровоизлияние в мягких тканях устанавливаются судебно-медицинским экспертом при исследовании трупа, то кровоизлияния в хрящах гортани могут быть выявлены только при медико-криминалистическом исследовании.

Цель. Установление связи между кровоснабжением гортани и образованием кровоизлияний в хрящевую ткань.

Материалы и методы. Нами было проанализировано 174 акта медико-криминалистических исследований хрящей гортани, проведенных сотрудниками кафедры судебной медицины в рамках производства судебно-медицинских экспертиз и исследований трупов. Оценивалось наличие кровоизлияний, их локализация относительно переломов, изучена литература, посвященная кровоснабжению хрящей гортани.

Полученные результаты. Результаты работы показали, что кровоизлияния в ткань щитовидного и перстневидного хрящей при медико-криминалистическом исследовании установлены в 73% случаев. Они локализовались как в области переломов хрящей гортани, так и вне переломов в местах растяжения хрящевой ткани в результате деформации изгиба анатомических частей. В настоящее время, в медицинской литературе по анатомии и гистологии, а также в интернет-ресурсах имеется весьма скудная информация по теме васкуляризации основных хрящей скелета гортани. Большинство авторов отрицают наличие сосудов внутри гиалиновых хрящей, а их кровоснабжение осуществляется через надхрящницу. В 3-х работах утверждается обратное. Наиболее полное исследование кровоснабжения хрящей гортани было проведено М. И. Нагибиным (1957), им установлено наличие в щитовидном, перстневидном и черпаловидном хрящах сосудов разного диаметра, их количество, место и глубина их проникновения в ткань, анастомозов, развитость сосудистой сети в зависимости от возрастных особенностей. Результаты его исследований изложены в работе «Васкуляризация основных хрящей скелета гортани в связи с их окостенением».

Выводы. Результаты наших исследований подтверждают наличие сосудов в хрящах гортани, при повреждении которых возникают кровоизлияния. Обнаружение кровоизлияний в хрящах гортани следует расценивать как один из информативных признаков прижизненного образования травмы шеи.

ПРИЧИНЫ НЕНАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В 2011–2013 ГОДАХ ПО МАТЕРИАЛАМ БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Демирчева А.В. 6 к. 613 гр. МПФ

Руководители темы: *Праводелова А.О.* доц. каф. судебной медицины, к.м.н.,

Сырцова М.А. доц. каф. гигиены детей и подростков, к.м.н.,

Подпоронова Е.Э. доц. каф. судебной медицины, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Анализ случаев ненасильственной смерти детей и подростков — один из видов совместной работы судебно-медицинской службы с органами здравоохранения, который является своеобразным мониторингом для прогноза такого важнейшего демографического показателя,

как смертность лиц данной возрастной категории. Как показывает практика, такой анализ способствует повышению качества экспертных исследований, служит целям профилактики заболеваемости и смертности детей и подростков и дает основания для оценки качества проводимой профилактической работы лечебно-профилактических учреждений.

Цель. Изучение причин ненасильственной смерти детей и подростков в Санкт-Петербурге в 2011–2013 годах по данным судебно-медицинских исследований и экспертиз трупов, произведенных в Бюро судебно-медицинской экспертизы Санкт-Петербурга.

Материалы и методы. Материалами исследования явились статистические карты из архива Бюро судебно-медицинской экспертизы Санкт-Петербурга, из которых производилась выборка, следующих данных: пол и возраст умерших, дата и место смерти, причина смерти. Для расчета показателей использовались сравнительно-аналитический и статистический методы.

Полученные результаты. Исследования показали, что в Санкт-Петербурге с 2011 по 2013 г. г. при судебно-медицинских исследованиях трупов установлено 182 случая ненасильственной смерти детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет (68 сл. — 37,4% — 2011 г., 51 сл. — 28,0% — 2012 г., 63 сл. — 34,5% — 2013 г.). Среди умерших 56,0% составили мальчики (от 29 до 35 случаев ежегодно), 44,0% — девочки (от 22 до 33 случаев в год). Большинство умерших как мальчиков, так и девочек были в возрасте до 1 года (34,6%). Исключение составил 2013 год, где не было зарегистрировано смерти детей данной возрастной группы. В других возрастных группах наблюдалось от 2 до 19 случаев в год (1–3 года и 3–6 лет по 16, 5%, 7–12 лет — 15, 9%, 12–14 лет — 5,5% и 14–17 лет — 11%). Смерть детей и подростков в подавляющем большинстве случаев наступила дома (87,9%), в остальных случаях — в детских (5,5%), лечебных учреждениях, на улице (по 2,75%) и других местах (театр, гостиница — 1,1%). Сезонная динамика частоты смертей детей и подростков в 2011–2013 г. г была различной. Так в 2011 году 2/3 детей скончались осенью (30, 9%) и зимой (29, 4%), а в 2012, 2013 г. г. — весной (35,3%, 33,3%) и зимой (25,5%, 28,5%). В структуре причин ненасильственной смерти детей и подростков преобладали заболевания органов дыхания (59, 3% от 26 до 43 случаев в год). Реже смерть наступала от заболеваний центральной нервной системы, аномалий развития (по 10, 5%) и заболеваний сердечно-сосудистой системы (9,3%). Смерть от других заболеваний (желудочно-кишечного тракта, онкологических и др.) регистрировалась от 1 до 4 случаев в разные годы. Среди заболеваний органов дыхания на первом месте находились острые респираторные заболевания (79, 9%), далее следовали грипп (16, 7%) и пневмонии (7, 4%).

Выводы. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о значительном числе смертей детей дошкольного возраста, наступивших вне лечебных учреждений от заболеваний системы органов дыхания. Одной из причин является поздняя обращаемость за медицинской помощью, а как следствие — поздняя диагностика и лечение данных заболеваний. Полученные данные о причинах смерти должны быть учтены для разработки профилактических мероприятий по предотвращению ненасильственной смерти детей подростков.

ПРОФЕССОР А.П. ВЛАДИМИРСКИЙ: СТРАНИЦЫ ВОЕННОЙ БИОГРАФИИ

Корчагин И.П. 6 к. 644 гр. ЛФ, *Мишин Е.С.* проф. каф. судебной медицины, д.м.н.,

Подпорошникова Е.Э. доц. каф. судебной медицины, к.м.н.

Руководитель темы: *Подпорошникова Е.Э.* доц. каф. судебной медицины, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Профессор А.П. Владимирский (1896–1961) — один из крупных ученых середины 20 века, внесших большой вклад в науку, подготовку кадров, организацию судебно-медицинской службы в армии. В публикациях о А.П. Владимирском почти не отражается его работа в годы Великой Отечественной войны.

Цель. Показать разностороннюю деятельность профессора А.П. Владимирского в период Великой Отечественной войны и его вклад в теорию и практику судебной медицины.

Материалы и методы. Использованы архивные материалы музея кафедры судебной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова, филиала № 1 ФГКУ «111 ГГЦСМиКЭ» МО. Применены методы историко-архивного поиска и анализа обнаруженных материалов.

Полученные результаты. Андрей Павлович Владимирский родился в 1896 году в Саратовской губернии, в 1922 году окончил медицинский факультет Саратовского Университета. В 1922 — 1924 годах работал судебно-медицинским экспертом в Бюро врачебных экспертиз Саратовского Губздравотдела, а в 1924 году был приглашён на должность ассистента кафедры судебной медицины в Ленинградский Государственный клинический институт для усовершенствования врачей. С 1934 по 1941 год работал ассистентом, а затем доцентом и заведующим кафедрой судебной медицины 2 Ленинградского медицинского института (ныне ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова). Одновременно, с началом Великой Отечественной войны, Андрей Павлович добровольно вступил в Красную Армию и активно включился в работу по организации судебно-медицинской службы военного времени. В 1942 году были организованы армейские и фронтовые патологоанатомические лаборатории, в штат которых были введены должности судебно-медицинских экспертов. Военврач 2-го ранга Владимирский А. П. назначен на должность врача-специалиста судебной медицины в патологоанатомическую лабораторию № 48 Северного и Ленинградского фронтов. В 1943 году по представлению М. И. Авдеева, основателя военной судебно-медицинской экспертизы в Красной Армии, Владимирский А. П. назначен на должность главного судебно-медицинского эксперта Ленинградского фронта, в 1946 году — Ленинградского военного округа. В 1943 году А.П. Владимирскому присвоено очередное воинское звание подполковника медицинской службы.

В тяжелые для города Ленинграда дни блокады Андрей Павлович принимал участие в производстве следственных действий, в судебных заседаниях военного трибунала, проводил экспертизы трупов и живых лиц, занимался научной работой. Им проведенные им экспериментальные исследования, сбор и анализ материала по вопросам огнестрельной травмы. На основании полученных данных, впервые были рассмотрены особенности экспертизы живых лиц в военное время, осмотра в прифронтовой полосе раненых из огнестрельного оружия. Это позволило определять на первых этапах эвакуации обстоятельства получения травмы, так как с началом войны возросло число случаев членовредительства и других способов уклонения от военной службы и возникла острая необходимость в оперативном производстве экспертиз по этому поводу. В этот же период был внедрен в практику метод рентгенодиагностики входного отверстия по повреждениям трубчатых костей. В 1947 году, будучи заведующим кафедрой судебной медицины 2 ЛМИ, защитил докторскую диссертацию на тему «Входное пулевое отверстие с обращением особого внимания на его рентгенодиагностику при повреждениях трубчатых костей», подготовленную по материалам военного времени и получил степень доктора медицинских наук. До недавнего времени диссертация имела грифы «секретно» и «для служебного пользования». В 1948 году А.П. Владимирский был назначен заведующим кафедрой судебной медицины Ленинградский Государственный институт для усовершенствования врачей.

Выводы. За заслуги в Великой Отечественной войне А.П. Владимирский награждён орденом Отечественной войны 1 степени, орденом Красной Звезды и многими медалями.

РАЗРЫВ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ КАК ПРИЧИНА СКОРОПОСТИЖНОЙ СМЕРТИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹Иванова М.В. орд. 1 года каф. внутренних болезней,

²Ерохина А.А. орд. 1 года каф. патологической анатомии

Руководитель темы: ¹Праводелова А.О. доц. каф. судебной медицины, к.м.н.

¹Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр

²СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Аневризма аорты является сложным и опасным заболеванием с повышенным риском внезапной смерти. В некоторых случаях данное заболевание развивается совершенно бессимптомно. Классификация аневризм аорты основывается на локализации, форме, причинах образования, строении аневризматической стенки. По этиологии аневризмы подразделяются на атеросклеротические, дегенеративные, инфекционные. Имеется прямая связь между этиопатогенезом и локализацией патологического очага. Расслаивающие аневризмы

локализуются в основании аорты, восходящем ее отделе и дуге, в 2/3 случаев, развитие которых связано с дегенеративными изменениями стенки на фоне гипертензии. Аневризмы абдоминальной аорты чаще образуются при атеросклерозе.

Цель. Анализ случаев смерти, вследствие нетравматического разрыва аневризм различных отделов аорты в Санкт-Петербурге в 2003–2012 годах по данным судебно-медицинских исследований трупов. Материалами для исследования явились акты судебно-медицинского исследования трупов из архива Бюро судебно-медицинской экспертизы, из которых была проведена выборка следующих данных: пол и возраст умерших, дата и место смерти, локализация аневризмы, причина смерти.

Материалы и методы. Для расчета показателей использовались сравнительно-аналитический и статистический методы.

Полученные результаты. Результаты нашего исследования показали, что в Санкт-Петербурге за исследуемый период при судебно-медицинских исследованиях трупов выявлено 1166 случаев смерти от разрыва аневризмы аорты (68 случаев в 2003 г., 62 — в 2004 г., 85 — в 2005 г., 94 — в 2006 г., 134 — в 2007 г., 139 — в 2008 г., 140 — в 2009 г., 127 — в 2010 г., 165 — в 2011 г., 152 — в 2012 г.). Среди умерших 52,0% составили мужчины (607 случаев — от 36 до 95 случаев в год), 48,0% — женщины (559 случаев — от 24 до 82 случаев в год). Исключением явились 2005 и 2008 годы, где количество умерших женщин составило 2/3. Умершие мужчины в 45, 7% были старше 70 лет, в 42,5% — в возрасте 50–70 лет, 2/3 умерших женщин были в возрасте старше 70 лет (от 56% до 72,8% в разные годы). В подавляющем числе случаев смерть от разрыва аорты наступила дома (80,9%) в остальных случаях — на улице (10,7%) и других местах — (работа, лечебное учреждение — 9,0%). В 54,5% случаев аневризмы располагались в области основания и восходящего отдела аорты, наружный разрыв которых привел к гемотампонаде перикарда. В 24, 3% случаев аневризмы локализовались в грудном (от 2 до 90 случаев в год) и брюшном (21,2% от 7 до 52 случаев в год) отделах аорты, разрыв которых привел к развитию гемоторакса и гемоперитонеума.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что по данным судебно-медицинских исследования трупов за 10 лет в Санкт-Петербурге выявлено 1166 случаев смерти от разрыва аневризмы различных отделов аорты. Значительный рост смертей от данного заболевания в возрасте старше 70 лет году отмечен в 2011–2012 годах. Непосредственной причиной смерти более чем в половине случаев являлась гемотампонада перикарда. Это может быть связано с поздней диагностикой, в связи с отсутствием у широкого круга врачей настороженности в отношении данного заболевания, бессимптомным его течением. Полученные данные о локализации аневризм аорты и причинах смерти должны быть учтены при разработке мероприятий по своевременной диагностике, лечению и предотвращению смертельных исходов.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ, ХРЯЩЕЙ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ В ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКЕ

Гончарова Е.Л. 6 к. 634 гр. ЛФ, Панченко В.Л. 6 к. 634 гр. ЛФ

Руководители темы: Подпорошникова Е.Э. доц. каф. судебной медицины, к.м.н.,

Шулакова Е.А. асс. каф. судебной медицины, Мишин Е.С. проф. каф. судебной медицины, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Под закрытой тупой травмой шеи понимают комплекс функциональных нарушений, морфологических изменений органов и тканей, повреждений мягких тканей и опорных структур шеи, возникающих от действия тупых объектов (Мишин Е.С., 1992). Травмирующими объектами могут быть тупые жесткие предметы, тупые гибкие предметы (петли) и части тела человека (руки, ноги). Закрытая тупая травма чаще возникает от прямого действия тупых объектов в область шеи по механизму давления или удара. Диагностика тупой травмы шеи часто бывает затруднена в виду отсутствия во многих случаях наружных повреждений или наличия выраженных гнилостных изменений мягких тканей шеи. Одним из важных признаков тупой травмы шеи являются повреждения ее опорных структур в виде переломов подъязычной

кости (ПК), хрящей гортани (ХГ) и трахеи (ХТ), разрывов соединений больших рогов с телом подъязычной кости, которые редко устанавливаются при судебно-медицинском исследовании трупов. Наиболее эффективным методом диагностики этих повреждений является метод исследования скелетированных объектов подъязычной кости и хрящей гортани (Мишин Е. С., 1992).

Цель. Оценка эффективности и информативности использования в экспертной практике метода диагностики повреждений подъязычной кости, хрящей гортани и трахеи при закрытой тупой травме шеи.

Материалы и методы. Материалами исследования были 795 актов судебно-медицинского медико-криминалистического исследования, проведенного в 2009–20013 годах в медико-криминалистическом отделе СПбГБУЗ БМСЭ.

Метод исследования, основанный на стереомикроскопическом исследовании скелетированных объектов опорных структур шеи, является эффективным и высокоинформативным как для диагностики закрытой тупой травмы шеи, так и для решения вопросов следствия при данном виде травмы.

Полученные результаты. Из 795 случаев смерти, исследование которых производилось с использованием медико-криминалистических методов, 10,0% составили случаи смерти от повешения; 12,0% — удушения петлей; 4,0% — удушение руками; 7,0% — тупой травмы шеи в результате ударов тупыми объектами; по 13,0% — травмы шеи от воздействия на шею различных тупых объектов и комбинированная травма шеи от действия острых и тупых предметов; 18,0% — сочетанная травма тела с повреждениями шеи. В 8,0% случаев органокомплексы шеи были изъяты от трупов с неустановленной причиной смерти из-за выраженных гнилостных изменений. При медико-криминалистическом исследовании скелетированных объектов повреждения выявлены в 91,0% случаев, всего диагностировано 3839 повреждений опорных структур шеи.

Выводы. Результаты проведенного исследования позволяют заключить, что в БМСЭ СПб практически во всех случаях убийств и причинения тяжкого вреда здоровью, повлекшего по неосторожности смерть потерпевшего, при наличии повреждений шеи от действия тупых травмирующих объектов производится дополнительное медико-криминалистическое исследование изъятых из трупа органокомплексов шеи, для диагностики повреждений подъязычной кости, хрящей гортани и трахеи.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА КОЛОТО-РЕЗАНЫХ РАН

Старовойтова Е.Ю. орд. 1 года каф. судебной медицины,

Суховольский М.В. инт. 1 года каф. судебной медицины, *Смирнова К.А.* 6 к. 603 гр.

Руководитель темы: *Панчук Ю.П.* доц. каф. судебной медицины, к.м.н.

ВМедА

В практике судебно-медицинского эксперта наиболее востребованными для обработки кожных лоскутов являются растворы: водно-спиртово-уксусный (методика Ратневского А.Н., 1972), а также 1% раствор формалина, приготовленный на изотоническом растворе натрия хлорида (методика Серватинского Г.Л., 1986).

Материалы и методы. В ходе выполнения экспериментальной работы изучали различные варианты колото-резаных повреждений. В качестве объектов были биологические имитаторы (биоманекены, лоскуты трупной кожи). Исследовали морфометрические параметры колото-резаных ран до и после обработки лоскутов восстанавливающими растворами. Все повреждения наносили по механизму удара при помощи мускульной силы экспериментатора, под углом (угол встречи около 400) к поверхности объектов

Полученные результаты. Было установлено, что длительность обработки в восстанавливающих растворах оказывает влияние на длину колото-резаных ран. Незначительное уменьшение длины колото-резаных ран происходило в период с 1 по 3 сутки обработки кожных лоскутов с повреждениями. В случае применения методики Серватинского Г. Л. длина колото-резаной раны уменьшается в среднем на 5%, а обработка по методике

Ратневского А. Н. приводит к уменьшению длины раны в среднем на 8, 5%. При более длительной обработке кожных лоскутов размеры колото-резаных ран практически не изменяются.

Выводы. Обнаруженные закономерности, дают возможность учитывать изменения основных морфометрических параметров колото-резаных ран после обработки в восстанавливающих растворах, а также сокращать сроки обработки кожных лоскутов по методике Серватинского Г.Л. и Ратневского А.Н., используя при этом поправочные коэффициенты.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

¹Портнова Н.А. 6 к. 631 гр. ЛФ, ¹Яковенко О.О. асс. каф. судебной медицины, к.м.н.,

²Усанин М.Ю., ²Кольчева Н.Е., ²Корякина В.А.,

¹Подпорошникова Е.Э. доц. каф. судебной медицины, к.м.н.

Руководители темы: ¹Яковенко О.О. асс. каф. судебной медицины, к.м.н.,

¹Подпорошникова Е.Э. доц. каф. судебной медицины, к.м.н.

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова

²СПб ГБУЗ БСМЭ

Прерывание беременности — один из квалифицирующих признаков тяжкого вреда, причиненного здоровью человека. Важным вопросом при производстве таких экспертиз является вопрос о прямой причинно-следственной связи между полученными повреждениями и прерыванием беременности.

Цель. Анализ судебно-медицинских акушерско-гинекологических экспертиз, проведенных в отделе потерпевших, обвиняемых, подозреваемых и других лиц СПб ГБУЗ БСМЭ в случаях получения травм беременными женщинами.

Материалы и методы. Было изучено 100 заключений судебно-медицинских экспертов, в которых оценивались обстоятельства получения травмы, время появления и проявления первых симптомов угрожающего выкидыша или преждевременных родов, данные анамнеза, результаты осмотра пострадавшей с указанием наличия повреждений, их характера и локализации, данные гинекологического обследования, анализ медицинской документации (амбулаторные карты поликлиники, обменные карты беременных женской консультации, данные лечебных и родовспомогательных учреждений, в которых наблюдалась пострадавшая до и после полученной травмы), наличие сопутствующей соматической патологии или отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза, результаты дополнительных лабораторных исследований.

Полученные результаты. Результаты работы показали, что пострадавшими были женщины в возрасте от 23 до 46 лет, повреждения ими получены в результате дорожно-транспортных происшествий (86 случаев) и побоев (14 случаев), сроки беременности составляли от 7 до 41 недели. При производстве экспертизы в 40,0% повреждения не были установлены. Из 60 случаев с наличием травмы у пострадавших, в 83,0% повреждения не влекли кратковременного или незначительного расстройства здоровья и были расценены в соответствии с Правилами определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, как повреждения, не причинившие вреда здоровью. В 12,0% — установлен легкий вред, в 3,4% — тяжкий вред, в 1,6% — вред здоровью средней тяжести.

Выводы. Все повреждения, кроме имеющих признаки причинения тяжкого вреда здоровью, не привели к прерыванию беременности, однако в 14,0% случаев экспертами установлена угроза ее прерывания. Травмы, сопровождавшиеся разрывом плодного пузыря, отслойкой плаценты, маточным кровотечением и закончившиеся срочным родоразрешением либо завершением беременности путем медицинского аборта по признаку опасности для жизни квалифицировались как тяжкий вред здоровью.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ АНАЛИЗ СУИЦИДОВ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 2010–2014 ГОДЫ

¹Джанбатырова Л.М. 4 к. 436 гр. ЛФ, ²Кухаренок И.И. отд. медико-генетическое
Руководитель темы: ¹Праводолова А.О. доц. каф. судебной медицины, к.м.н.

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова

²Бюро судебно-медицинской экспертизы Ленинградской области

В странах всего мира уровень самоубийств среди молодежи не только высок, но он еще и увеличивается. За 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 молодежи наиболее свойственно суицидальное поведение. До сих пор нет четкой и честной статистики по этому поводу, что и определяет актуальность нашего исследования.

Цель. Анализ суицидов среди молодежи Санкт-Петербурга в 2010–2014 годы. В задачи нашего исследования входило выявление случаев суицидов молодых людей со смертельным исходом.

Материалы и методы. Материалом исследования явился архивный материал СПб ГБУЗ БСМЭ. Из статистических карт производилась выборка следующих данных: пол, возраст, способы самоубийства, время года, районы города и содержание алкоголя в крови погибших.

Полученные результаты. Результаты исследования показали, что за последние 5 лет в Санкт-Петербурге было совершено 403 случая суицида со смертельным исходом среди молодежи, из них наибольшее количество пришлось на 2014 год — 97 случаев (24,07%), наименьшее на 2012 год — 64 случая (15,8%). Наиболее частым способом совершения самоубийств было повешение, как в целом за 5 лет — 265 случаев (65, 8%), так и в каждом году в отдельности (от 45 до 69 случаев в разные годы). Второе место заняли случаи падения с высоты — 106 случаев за 5 лет (26,3%), от 9 до 55 случаев в год, третье место — отравления — 30 случаев за исследуемый период (7,4%) от 4 до 9 случаев в год. Наибольшее число самоубийств путем повешения наблюдалось в 2010 году, падения с высоты и отравления — в 2014 году. Самоубийства другими способами — путем причинения повреждений острыми предметами, огнестрельным оружием, железнодорожным транспортом наблюдались от 1 до 4 случаев в год. Среди погибших наибольшее число составили лица мужского пола — 310 человека (76,9%). Большинство погибших были в возрасте от 20 до 25 года (59,2%). Анализ сезонной динамики суицидов показал, что наибольшее количество случаев наблюдалось осенью (30,76%) и весной (26,8%), реже летом (22,08%) и зимой (20,09%). В 43,1% случаев суициденты находились в состоянии легкой и средней степени алкогольного опьянения, большую часть которых составили лица мужского пола. При анализе числа суицидов по районам Санкт-Петербурга установлено, что в целом за 5 лет наибольшее число суицидов отмечено во Фрунзенском районе — 43 случая. Установлены также различия числа суицидентов по районам города в различные годы. 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%), в 2014 году — во Фрунзенском районе.

Выводы. Таким образом, полученные нами данные показали, что в 2010–2014 годах наибольшее количество суицидов со смертельным исходом среди молодежи Санкт-Петербурга наблюдалось в 2014 году. Наиболее частым способом самоубийства, как среди юношей, так и среди девушек, явилось повешение. Среди погибших преобладали юноши в возрасте от 20 до 25 лет. Почти половина погибших находилась в состоянии алкогольного опьянения, большинство из них были лица мужского пола.

ТОКСИКОЛОГИЯ И ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «АСПИВЕНИНА» НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

¹Устинкина В.М. 4 к. 431 гр. ЛФ, ²Гедерим В.Д. 2 к. 202 гр. ПФ

Руководитель темы: ¹Куценко В.П. проф. каф. токсикологии, экстремальной и водолазной медицины, к.м.н.

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова

²СПбГМУ

По данным Всемирной организацией здравоохранения, из 5 000 000 человек, ставшими жертвами укусов ядовитых насекомых и животных, 500 000 умирают каждый год. Основной вклад в уровень смертности вносит внебольничная смертность (более 80%), т. е. еще до прибытия врача. По этой причине основным видом помощи у этой категории больных является неотложная само — и взаимопомощь. На месте развития неотложного состояния в абсолютном большинстве случаев нет необходимых лечебных средств, которые могут самостоятельно использовать пострадавший. В то же время достаточно простые и мало затратные меры первой помощи по своей клинической и экономической эффективности могут превзойти самые современные медицинские технологии, существенно их дополнить и спасти жизни большинству пострадавшим.

Цель. Предложить технические средства, которые будут способствовать удалению яда из раны при укусах ядовитых насекомых и животных.

Материалы и методы. Была проработана нормативно правовая документация РФ определяющая требования к комплектации медицинскими изделиями упаковок для оказания медицинской помощи само — и взаимопомощи, нормы табелизации медицинского имущества, рассмотрены образцы отечественных и зарубежных технических медицинских изделий.

Полученные результаты. На текущий момент в РФ отсутствуют технические средства позволяющие удалять яд из раны, а также отсутствие работ по их созданию, целесообразно остановиться на уже созданных технических образцах зарубежных стран.

Одним из таких зарекомендовавшим себя образцом является набор «Аспивенин», который обязательно включен в аптечки таких структур как: — Французская армия — «Врачи без границ» — ЮНИСЕФ — Международная охраны дикой природы и многие другие.

Набор «Аспивенин» создает вакуум, который безболезненно удаляет яд насекомых и животных: комаров, ос, пчел, змей, пауков, скорпионов, клещей и т. д. Его используют сразу после поражения участка тела, но он так же остается эффективен спустя пару часов и в отдельных случаях даже дней.

Продолжительность применения при укусах:

- змей — 3 мин;
- ос, шершней, пчел, шмелей — 1–3 мин;
- пауков, скорпионов — 1–2 мин;
- слепни, мухи — 2–30 сек.

«Аспивенин» абсолютно безопасен. Им могут пользоваться любые возрастные группы населения.

Выводы. Целесообразно включить дополнительно в комплектацию КИМГЗ или его аналоги набор «Аспивенин», что существенно снизит смертность и тяжесть осложнений при укусах ядовитыми насекомыми и животными.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АИ-2 И АИ-4

Устинкина В.М. 4 к. 431 гр. ЛФ

Руководитель темы: Куценко В.П. проф. каф. токсикологии, экстремальной и водолазной медицины, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В соответствии с современными требованиями к назначению и составу индивидуальных аптечек, предназначенных для оказания пострадавшим само — и взаимопомощи при различных чрезвычайных ситуациях (ЧС) была предложена замена АИ-2 на АИ-4. Обе аптечки могут входить в обязательное оснащение нештатных аварийно — спасательных формирований (закладывается на штатную численность всех формирований). В соответствии с Положением об организации обеспечения населения средствами индивидуальной защиты (Приложение к приказу МЧС России от 21. 12. 2005 № 993), осуществляется накопление медицинских средств индивидуальной защиты в военное время из расчета на 100% от общей численности населения и в мирное время — на 30% от общей численности населения.

Цель. Провести сравнительную оценку комплектации АИ-2 и АИ-4 и их эффективность использования при развитии ЧС.

Материалы и методы. Была проработана нормативно правовая документация РФ определяющая требования к комплектации медицинскими изделиями упаковок для оказания медицинской помощи само — и взаимопомощи, нормы табелизации медицинского имущества, рассмотрены образцы отечественных медицинских изделий.

Полученные результаты. Анализ состава аптечек показал, что АИ-4 выполнена в 3-х комплектациях:

- комплектация № 1: Самая полная комплектация. Предназначена для объектов, находящихся вблизи хранилищ боевых отравляющих веществ;
- комплектация № 2: Оптимальная комплектация. Подходит большинству предприятий и организаций, а также любому человеку;
- комплектация № 3: Минимальная допустимая комплектация для защиты населения.

АИ-2 представлена одной комплектацией.

Комплектации АИ-4 за № 2й № 3 уступают комплектации АИ-2 по составу медикаментозных средств (радиозащитным средствам и антидотам при отравлении ФОС).

Сравнение комплектации АИ-4 за № 1 и АИ-2 говорит об идентичности комплектования, а значит и решаемых ими задач. Тем не менее, основной отличительной особенностью АИ-4 является наличие в его составе антидота при отравлении угарным газом.

Однако замена в АИ-4 жидких лекарственных форм на твердые (растворов на таблетки), существенно снижает ее широту использования.

Выводы. Входящие в состав аптечки препараты соответствуют рекомендациям Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (приказ № 70н от 15. 02. 2013 г.), однако получить индивидуальную аптечку более высокого уровня на данный момент не удалось. Единственным положительным моментом в АИ-4 было внедрение антидота «Ацизол», использование современных лекарств, но уступающих по скорости наступления эффектов, купирования острых состояний, а зачастую и невозможности их применения.

ДВУХЭТАПНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРАПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Сагдыев А.И. 6 к. 1606 гр. ЛФ, Стегунова Н.А. 6 к. 1606 гр. ЛФ

Руководитель темы: Кильметов Т.А. асс. каф. травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных ситуаций

КазГМУ, Казань

В связи с повсеместным ростом числа эндопротезирований, в последние годы всё острее встает вопрос совершенствования лечения наиболее грозного осложнения — парапротезной инфекции. Наиболее часто она возникает на сроке до двух лет и, как правило, поражает до 2–3% пациентов. В основе лежат проблемы, связанные как с техникой хирургического вмешательства, так и непосредственно с состоянием пациента.

Цель. Провести анализ эффективности использования локальной антибиотикотерапии для лечения парапротезной инфекции.

Материалы и методы. В группу исследования вошли 142 больных после эндопротезирования. В 89 случаях операция выполнялась при инфицировании тазобедренного, в 53 — коленного суставов. При двухэтапном варианте лечения парапротезной инфекции использовались различные варианты артикулирующих «спейсеров». Доза Ванкомицина в цементном спейсере была увеличена до 10–15%. Входили Гентамицин до 5% и Ванкомицин до 10–15%. Удаление спейсера и переход ко второму этапу эндопротезирования проводили через 8–12 недель. У 10 пациентов «спейсер» находился более 6 месяцев, у трёх больных — более года.

Полученные результаты. Заменить спейсер на постоянный эндопротез удалось у 135 человека. В сроки отдаленного наблюдения от 1 до 12 лет рецидива гнойной инфекции не наблюдалось у 120 пациентов (84,5%); 11 пациентам (7,8%) потребовалась повторная установка артикулирующего спейсера; 9 пациентов (6,3%) из-за рецидива инфекции спейсер был удален и выполнен артродез (для коленного) или операция Girdlestone для тазобедренного сустава; 2 пациента умерли (1,4%): с тяжелым ревматоидным поражением суставов через 4 месяца после первого этапа ревизионного эндопротезирования от развившегося тяжелого сепсиса, и, в связи с хронической почечной недостаточностью.

Выводы. Системная терапия остается неотъемлемой частью лечения парапротезной инфекции. Она продолжается до 3–4 месяцев после установки спейсера. Двухэтапное лечение парапротезной инфекции является высокоэффективным методом. Результаты при большей концентрации антибиотика стали значительно лучше.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

¹Иржанский А.А. 6 к. 649 гр. ЛФ, ²Вострилов И.М. 6 к. 624 гр. ПФ,

¹Прошин Е.Е. 6 к. 644 гр. ЛФ

Руководитель темы: ¹Линник С.А. проф. каф. травматологии, ортопедии, ВПХ, д.м.н.

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова

²СПбГПМУ

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.

Цель. 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.

Выводы. В клинике травматологии и ортопедии клинической больницы им. Петра Великого наблюдалось 102 больных с гнойным воспалением после различных видов эндопротезирования. 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. Нарушение техники операции и послеоперационного ведения больного могут привести к тяжёлым осложнениям.

К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА МЫШЕЛКОВ БЕДРЕННОЙ И БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Иржанский А.А. 6 к. 649 гр. ЛФ

Руководители темы: *Линник С.А.* проф. каф. травматологии, ортопедии, ВПХ, д.м.н.,
Пташников Д.А. проф. каф. травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, д.м.н.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Остеонекроз мышелков бедренной и большеберцовой костей относится к тяжёлым дегенеративно-дистрофическим заболеваниям коленного сустава. По данным разных авторов патология составляет от 2, 5% до 18% ортопедических заболеваний коленного сустава и имеет тенденцию к нарастанию. Диагностика остеонекроза представляет большие трудности в связи с неспецифичностью симптоматики и отсутствием рентгенологических признаков на начальных стадиях заболевания.

Материалы и методы. Нами изучены 36 пациентов старше 21 года, оперированных в РНИИТО им. Р.Р. Вредена по поводу посттравматического остеонекроза. Среди пациентов преобладали мужчины молодого возраста со свежей травмой коленного сустава в анамнезе. В целях раннего выявления заболевания у больных с подозрением на остеонекроз мышелков бедренной и большеберцовой костей использовался комплекс диагностических мероприятий, включающий в себя рентгенологическое, скинтиграфическое, морфологическое исследования, магнитно-резонансную томографию (МРТ), диагностическую артроскопию.

Полученные результаты. Как показал анализ результатов лечения, даже в поздних стадиях посттравматического остеонекроза наблюдался положительный эффект при проведении малоинвазивных вмешательств, направленных на восстановление кровообращения, активизацию регенерации в повреждённом фрагменте, замещение дефекта суставной поверхности. При обследовании через год после оперативного вмешательства у больных наблюдали восстановление конгруэнтности суставных поверхностей коленного сустава. Выводы: своевременное обращение в клинику и полный комплекс диагностических мероприятий играет ведущую в тактике оперативного лечения данного заболевания.

Выводы. Оценка величины остеонекротического дефекта определяет показания и объем операции. Консервативное лечение эффективно только в послеоперационный период.

К ПРОГНОЗУ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Прошин Е.Е. 6 к. 644 гр. ЛФ, *Ошомкова Л.В.* 6 к. 637 гр. ЛФ, *Ефимов П.Г.* 4 к. 435 гр. ЛФ
Руководитель темы: *Ткаченко А.Н.* проф. каф. травматологии, ортопедии и военно-полевой
хирургии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

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. 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. 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.

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 состоянии больного (сведения о наличии 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.

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.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

¹Иржанский А.А. 6 к. 649 гр. ЛФ, ²Вострилов И.М. 6 к. 624 гр. ПФ,

¹Прошин Е.Е. 6 к. 644 гр. ЛФ

Руководитель темы: ¹Линник С.А. проф. каф. травматологии, ортопедии, ВПХ, д.м.н.

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова

²СПбГПМУ

Медиальные переломы шейки бедренной кости встречаются преимущественно у людей пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Нами проведен анализ лечения 226 больных пожилого и старческого возраста с повреждениями шейки бедренной кости, оперированных в клинике травматологии и ортопедии ГОУВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова с 2010 по 2015 год. Всем больным выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава с применением однополюсных эндопротезов фирмы ЗАО «АРТЕТЕ». Среди них было 48 мужчин и 178 женщин в возрасте от 61 года до 99 лет.

Во время предоперационного обследования у всех больных выявлено наличие сопутствующей патологии других органов и систем. Так, у 81,3% пациентов выявлена хроническая сердечно-сосудистая недостаточность в сочетании с гипертонической и ишемической болезнью, заболевания пищеварительной системы были у 48,8% больных, дыхательной — у 57,4%, мочеполовой — у 29,3%, нервной — у 37, 4%. Заболевания опорно-двигательной системы (кроме ТБС) были выявлены у 74, 8% больных. Другая сопутствующая патология встречалась у 7,1% больных. Подавляющее число больных 136 (66,0%) были оперированы по поводу медиального перелома шейки бедренной кости, 52 (25,2%) — латерального перелома, 14 (6,8%) — ложного сустава и только 4 (2,0%) — в связи с патологическими переломами вследствие метастазов в проксимальный отдел бедренной кости.

Выводы. Результаты проведенного лечения изучены у 183 (88, 8%) оперированных больных в сроки от 1 года до 12 лет. Первичное заживление раны было у всех больных. Сроки пребывания в стационаре составили от 3 недель до 2, 5 месяца. Средний срок пребывания в стационаре составил 23, 6 койко-дня. Большинство больных (87%) были выписаны через 3 — 3, 5 недели. Хорошие исходы были получены в 111 (60,6%), удовлетворительные — в 51 (28,0%) и неудовлетворительные — в 21 (11,4%) случаев.

Таким образом, комплексный подход к лечению больных с переломами шейки бедренной кости путем эндопротезирования и применения, несмотря на ряд сопутствующей патологии, получить положительные исходы у 88,6% случаев.

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ АРТРИТОВ

¹Иржанский А.А. 6 к. 649 гр. ЛФ, ¹Прошин Е.Е. 6 к. 644 гр. ЛФ,

²Вострилов И.М. 6 к. 624 гр. ПФ

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова

²СПбГПМУ

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

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 гоит возник после открытых переломов и переломовывихов, у 6-после огнестрельных ранений, у 5 — с хроническим. 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. 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 резэндопротезирование коленного сустава. Положительные исходы получены в 76% случаев.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

¹Иржанский А.А. 6 к. 649 гр. ЛФ, ²Вострилов И.М. 6 к. 624 гр. ПФ,

¹Прошин Е.Е. 6 к. 644 гр. ЛФ

Руководитель темы: ¹Линник С.А. проф. каф. травматологии, ортопедии, ВПХ, д.м.н.

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова

²СПбГМУ

Проблема гнойных хирургических инфекций в настоящее время является важнейшей проблемой современной медицины и здравоохранения. Это связано со значительным увеличением нагноения после «чистых» операций, вследствие возрастающей хирургической активности и допущенных ошибок при лечении закрытых переломов, ортопедических заболеваний, с применением ауто-, алло-, ксенотрансплантатов и эксплантатов, увеличивающих потенциальные возможности внедрения возбудителя: широким распространением антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов: снижением иммунной резистентности организма. Наиболее тяжелой формой из этих гнойных осложнений является послеоперационный остеомиелит, который встречается от 0,4 до 22,4% (Волков М.В. и др., 1970; Гринев М.В., 1977; Линник С.А., 2004; Rehm, 1970).

Под нашим наблюдением находилось 1692 больных с послеоперационным остеомиелитом. Мужчин было 83,4%, женщин 16,6%, остеомиелит преобладал у лиц молодого работоспособного возраста 20–49 лет (72,3%). У 90,7% остеомиелит возник в результате оперативного лечения закрытых переломов, у 9,3% — после операции, проведенных по поводу ортопедических заболеваний.

В основу комплексного лечения хронического послеоперационного остеомиелита должны быть положены следующие основные принципы: радикальная хирургическая обработка очага остеомиелита (РХОО); пластика костной полости; иммобилизация оперированной конечности; борьба с микрофлорой гнойного очага; повышение защитных сил организма больного; восстановительное лечение. РХОО заключается в удалении из гнойного очага некротизированных и нежизнеспособных тканей, инородных тел, в пределах кровоснабжаемых здоровых тканей.

Наиболее часто 33,8% случаев образовавшаяся полость заполнялась мышечным лоскутом, сформированным из рядом лежащих мышц или с другой конечности (транс-миопластика). Заключительным моментом является введение лоскута в полость и фиксация его. Кожная пластика применялась в 6, 2%. Костная пластика применена у 12,4% больных. Консервативное лечение применено у 7,3%. Отдаленные и ближайшие результаты изучены у 533 больных. Положительные результаты получены 89,3%. Хорошие исходы достигнуты у 64,9% больных, удовлетворительные — у 24,4%. У 10,7% пациентов стойкого выздоровления, несмотря на проводимое лечение не наступило. Положительный эффект при оперативном лечении достигнут у 92,4%, при консервативном — только у 38,7%. Наилучшие результаты получены

при пластике остеомиелитических полостей кровоснабжаемыми тканями (93,1%), несколько хуже при костной пластике (91,0%) и наименее эффективной оказалась вторичная хирургическая обработка без пластики (80,6%).

ЛЕЧЕНИЕ ХОРДОМЫ КРЕСТЦА

Иржанский А.А. 6 к. 649 гр. ЛФ, Ошомкова Л.В. 6 к. 637 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Линник С.А.* проф. каф. травматологии, ортопедии, ВПХ, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Хордوما — злокачественная опухоль нотохордального происхождения, по данным ВОЗ ее частота составляет 3% всех случаев злокачественных опухолей скелета. Чаще всего хордомы локализуются в крестцовой и сфеноокципитальной области. В результате рентгенологического исследования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии определяется очаг деструкции и инвазивного роста опухоли, при метастазах на T2-взвешенных МРТ определяется усиление МР-сигнала.

Нами изучен один случай сакральной хордомы у больной 32 лет, которая обратилась в клинику с жалобами на боли в области крестца. При комплексном клиническом обследовании диагностирована хондросаркома крестца. Проведено оперативное лечение — частичная резекция крестца, тотальное удаление опухоли. На основании данных гистологического исследования диагноз хондросаркома подтвержден. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. Через 2,5 месяца вновь обратилась в клинику. На основании рентгенологического исследования выявлен обширный очаг деструкции крестца и метастазы опухоли в крыло левой подвздошной кости. Поставлен диагноз рецидив хондросаркомы крестца. Проведено повторное оперативное лечение — субтотальная резекция крестца, удаление метастазов опухоли. При повторном гистологическом исследовании поставлен диагноз хордوما крестца. Спустя месяц больная умерла от множественных метастазов в органы малого таза.

Выводы: углубленное гистологическое исследование играет ведущую роль в дифференциальной диагностике опухолей крестца. Тип опухоли определяет показания и объем операции. При рецидиве хордомы необходимо углубленное исследование пациента на предмет отдаленных метастазов опухоли.

ВОЗМОЖНОСТИ СОНОЭЛАСТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹Гребенкин Е.В. 5 к. 535 гр. ЛФ, ¹Епишкина А.А. 5 к. 535 гр. ЛФ,

²Коровин О.А. отд. урологическое

Руководитель темы: ¹Орлинская Н.Ю. проф. каф. патологической анатомии, д.м.н.

¹НижГМА, Нижний Новгород

²ГБУЗ НО «Городская больница № 33»

В структуре онкологической заболеваемости мужского населения в России рак предстательной железы (РПЖ) занимает второе место. Для ранней диагностики (РПЖ) необходимо совершенствование традиционных диагностических технологий и поиск новых неинвазивных методов. Принципиально новые возможности в ультразвуковой диагностике РПЖ открывает эластография (ЭГ).

Цель. Оценить возможности соноэластографии в диагностике рака предстательной железы.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 18 пациентов урологического отделения ГБУЗ НО «Городская больница № 33». Средний возраст больных составил 56±2,3 года. Соноэластография (СЭГ), проводилась на аппарате экспертного класса EUBN Vision 900 (Hitachi medical, Japan) с использованием внутриволостного датчика EUP-V53W 6, 5MHz и эндоректального датчика.

Полученные результаты. На основании анализа результатов исследования и сопоставления полученных эластографических карт ПЖ было отмечено четыре типа эластограмм: первый тип — однородное картирование зеленым цветом, соответствующее минимальным изменениям предстательной железы. Второй тип — сочетание зеленых и красных цветовых фрагментов, то есть зон средней и высокой эластичности. Третий тип эластограмм — участки мозаичного картирования с сочетанием фрагментов зеленого и синего окрашивания; четвертый тип — однородные, практически неэластичные участки, тотально окрашиваемые синим цветом. При выявлении в предстательной железе измененных участков и на основании клинико-лабораторных исследований пациентам выполнялась трансперинеальная пункционная биопсия предстательной железы под ультразвуковым контролем. Анализ гистологического исследования показал, что раку предстательной железы в большинстве соответствуют участки высокой жесткости — 4 тип картирования (62%) и участки смешанной жесткости 3 тип картирования (38%).

Выводы. Выделенные группы картирования ткани предстательной железы в режиме соноэластографии могут быть использованы в диагностике рака предстательной железы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Водопьян С.С. асп. 3 года каф. урологии, Султанова Ф.М. 4 к. 447 гр. ЛФ

Руководитель темы: Толузов М.Э. проф. каф. урологии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Проблема рака предстательной железы приобрела на сегодняшний день особую актуальность вследствие неуклонного роста заболеваемости и смертности, а также в связи с трудностями своевременной диагностики. Рак предстательной железы (РПЖ) в настоящее время является одним из наиболее широко распространенных злокачественных новообразований у мужчин. Вероятность обнаружения рака простаты у мужчины в возрасте от 40 до 59 лет составляет 1 к 78

(1, 28 процентов), в возрасте от 60 до 79 — 1 к 6 (15, 6 процентов). В целом около 3 процентов мужчин подвержены риску смерти от рака предстательной железы.

Цель. Обнаружение наличия возможных патологических гиперваскуляризованных очагов в предстательной железе с помощью цветной ультразвуковой доплерографии.

Материалы и методы. В период с сентября 2010 г. по декабрь 2014 г. на базе кафедры урологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова было обследовано 120 пациентов в возрасте от 47 до 85 лет. Всем пациентам выполнялось ПРИ, ТРУЗИ, ультразвуковая доплерография, определение ПСА и 12-точечная мультифокальная биопсия предстательной железы.

Всех пациентов мы распределили на 3 группы: 1 группа: 88 пациентов с уровнем значений ПСА от 4 нг/мл до 10 нг/мл; 2 группа 73 пациента с уровнем значений ПСА от 4 нг/мл до 10 нг/мл и ПРИ (-); 3 группа 32 пациента с уровнем значений ПСА >10 нг/мл.

Полученные результаты. Из всех обследованных пациентов в нашем исследовании, 73 (60,8%) имели уровень ПСА мене 10 нг/мл без пальпаторных изменений в предстательной железе. У 32 из них, был выявлен рак предстательной железы (в 43, 8% случаев), включая 12 пациентов без изменений доплерографической картины. У этих 32 пациентов был выявлен рак предстательной железы на стадии T1c (37, 5% без изменений доплерографических признаков и 62,5% с их наличием). Диагностическая точность доплерографического исследования составила 62,5% у всех диагностированных опухолей на стадии T1c. Из 12 пациентов с отсутствием изменений доплерографической картины рака простаты 37,5% имели уровень ПСА не выходящий за пределы 10 нг/мл и 53 пациента (44,5%) имели стадию рака предстательной железы классифицируемую как T1c. В группе пациентов с отсутствием изменений при выполнении доплерографии у 12 (37,5%) был выявлен рак простаты, классифицируемый как T1c и 29,3% из всех опухолей, у которых уровень ПСА не превышал 10 нг/мл. Из 73 пациентов, у которых отсутствовали пальпаторные признаки наличия рака предстательной железы, результаты доплерографии были без патологических изменений у 53 (72,6% пациентов). В 90% случаев отсутствует вероятность наличия рака предстательной железы, при отсутствии пальпаторных изменений и патологических признаков по результатам доплерографии простаты.

Выводы. В ходе исследования 21% всех диагностируемых опухолей соответствовали стадии T1c международной классификации новообразований предстательной железы, с уровнем ПСА не превышающим 10 нг/мл и не визуализируемых в ходе трансректальной ультразвуковой доплерографии. При наличии подозрений на РПЖ при ультразвуковой доплерографии в 62, 5% случаев были подтверждены результатами мультифокальной биопсии. В связи с этим рекомендуется использовать цветную доплерографию простаты в комплексной диагностике РПЖ с целью снижения гипердиагностики и выполнения ненужных биопсий. Методика цветового доплеровского картирования обладает высокой чувствительностью и низкой специфичностью. Дополнение к мультифокальной методике биопсии прицельной под доплеровским наведением, повышает чувствительность и специфичность метода диагностики РПЖ.

ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЛИЯНИЯ НЕФТИ И ЕЕ РАЗЛИВА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА И КОНСТРУИРОВАНИЕ МОДЕЛИ ГИДРОДИНАМИЧЕСКОГО МЕТОДА ОЧИСТКИ ВОДЫ ОТ НЕФТЯНЫХ ПЯТЕН

Куанышбек А.Б. 3 к. 351 гр. факультет «Общая медицина»

Руководитель темы: *Токанова Ш.Е.* проф. каф. гигиены и питания, к.м.н.

ГМУ города Семей, Семипалатинск, Казахстан

Одной из глобальных проблем современности является проблема экологии, особенно охраны водных ресурсов Земли. Большую опасность вызывают разливы нефти на океаны, реки и озера. На сегодняшний день, основными средствами локализации разливов нефти в акваториях являются боновые заграждения. Они предотвращают растекание нефти по водной поверхности. Далее обычно используют термический метод. Этот метод небезопасен, кроме того, из-за неполного сгорания нефти в воде остаются стойкие канцерогенные вещества. Эти химикаты могут повлиять на организм человека путем зараженной рыбы, нечистого воздуха и питья этой же воды. Если исключить этот метод и использовать гидродинамический метод очистки, то становится возможным избежать таких последствий, как загрязнение воздуха и экосистемы химическими токсинами, что в свою очередь может сказаться на здоровье людей.

Цель. Определение влияния нефти и разлива нефтепродуктов на здоровье людей, а также теоретическое и экспериментальное исследование явления водоворота и практическое применение модели водоворота при очистке водной среды от нефтяных пятен.

Материалы и методы. Были проанализированы и обобщены уже известные литературные данные по проблеме очистки нефтяных пятен и их влияния на организм людей. А так же, на основании вихревых методов была сконструирована модель водоворота. Посредством этой модели были проведены несколько экспериментов.

Полученные результаты:

– теоретический исследованы основные влияния нефтепродуктов на организм человека;
– сконструирована установка, необходимая для создания модели искусственного водоворота для очищения водной среды от нефтяных пятен.

Обсуждение. По итогам работы были также раскрыты проблемы охраны водных ресурсов от загрязнения. Путем исследования основных вопросов теории вихрей и водоворота были проведены эксперименты посредством модели водоворота для выявления возможностей очищения водной среды от нефти.

Выводы. Было сконструировано оборудование для получения модели очистки воды от нефтепродуктов, посредством исследования явления водоворота. Мы с моим научным руководителем пришли к выводу, что данная модель гидродинамического метода доказывает более безопасное и быстрое очищение воды, чем термический и боновый методы. А также было выявлено, что с помощью этого метода можно избежать таких последствий, как загрязнение воздуха и экосистемы химическими токсинами, что в свою очередь может сказаться на здоровье людей.

РАЗВИТИЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СТРАНАХ С РАЗНЫМИ ЭКОЛОГИЧЕСКИМИ УСЛОВИЯМИ

Маммадова С.З. 4 к. 448 гр. МФИУ

Руководитель темы: *Шепетько М.Н.* доц. каф. онкологии, к.м.н.

БГМУ, Минск, Белоруссия

Патология щитовидной железы встречается у 8–18% взрослого населения земного шара, то есть примерно у 1,5 миллиарда человек (ВОЗ).

В эндокринной патологии болезни щитовидной железы занимают второе место по своей распространенности. Злокачественные опухоли составляют 1 — 3% в структуре онкологической патологии. Рак щитовидной железы (РЩЖ) составляет от 0,4% до 6% всех раков и является наиболее распространенной формой злокачественных новообразований эндокринной системы.

За последние 10 лет заболеваемость раком щитовидной железы возросла в 2 раза, и в мире отмечается неуклонный рост заболеваемости населения РЩЖ, хотя уровень этих показатели может существенно отличаться в различных географических зонах. Под влиянием экологических факторов следует ожидать и в дальнейшем не только роста числа больных, но и смертности от этого заболевания. Основные трудности в своевременной диагностике обусловлены тем, что рак может длительное время существовать под видом или на фоне других заболеваний щитовидной железы. Данное обстоятельство подчеркивает актуальность проблемы и необходимость детального изучения причинных и предрасполагающих к возникновению опухолей данной локализации факторов. Известно, что недостаток поступления йода, радиационное излучение или их сочетание увеличивают риск развития РЩЖ в несколько раз. К другим факторам, имеющим значение в развитии РЩЖ, относятся пол и возраст — наиболее часто встречающимися дифференцированными формами РЩЖ болеют в основном женщины молодого возраста. Определенную роль в риске возникновения РЩЖ играют и особенности конкретного региона, имеющего свой фон окружающей среды с наличием канцерогенных факторов, а также популяционно-генетические (этнические) причины. Знание эпидемиологической ситуации, оценка факторов риска и последующее формирование групп риска для РЩЖ среди населения необходимы для ранней диагностики, терапии и профилактики РЩЖ.

Цель. Анализ эпидемиологических особенностей и оценка возможных факторов риска возникновения РЩЖ в Беларуси и Азербайджане.

Материалы и методы. В исследовании использованы данные годовых отчетов Минского и Бакинского городского онкологического диспансера о пациентах с РЩЖ с 2005 по 2013 г. Статистическая обработка материала включает классические методы медицинской статистики и онкоэпидемиологии. Для оценки влияния длительно действующих факторов, формирующих прямолинейную тенденцию многолетней динамики заболеваемости, использовали метод наименьших квадратов (выравнивание динамического ряда по функции $y = a + bx$). Оценка соотношения кривой фактической заболеваемости и прямолинейной тенденции позволяет сформулировать вывод о росте, стабилизации или снижении заболеваемости. Для анализа возрастной структуры РЩЖ все пациенты были разделены на возрастные группы. Для каждой группы были рассчитаны средний показатель заболеваемости (%) за 8 лет (2005–2013 гг.).

Полученные результаты. Проведен анализ многолетней заболеваемости (2005–2013 гг.) РЩЖ в Беларуси и Азербайджане. Если сравнивать показатели заболеваемости РЩЖ в Беларуси и Азербайджане, то они могут сильно варьировать. Например, стандартизованный показатель заболеваемости РЩЖ в Беларуси за 2005 г. 1064 человек. Из вновь заболевших раком этой локализации в 2005 г. 203 случая пришлось на мужское население и 861 — на женское. В Азербайджане за 2005 г. 970 человек. Из вновь заболевших раком этой локализации в 2005 г. 360 случаев пришлось на мужское население и 610 — на женское.

Выводы. Приведенные выше данные могут свидетельствовать о зависимости развития РЩЖ от окружающей среды, а также от этнических (популяционно-генетических) факторов риска данной патологии. Динамика показателей заболеваемости РЩЖ в Беларуси может свидетельствовать об истинном росте заболеваемости, которая связана с неблагоприятной экологической обстановкой, йодным дефицитом, радиационным фоном, а в Азербайджане нефтепромышленностью, экологическим террором и другими факторами.

СОЗДАНИЕ МОДЕЛИ ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ Г. ИВАНОВО НА ОСНОВЕ УРАВНЕНИЯ РЕГРЕССИИ

Плеханова Е.В. 6 к. 6 гр. ПФ

Руководитель темы: *Лутай Г.Ф.* проф. каф. гигиены с основами экологии человека и военной гигиены, д.м.н.

ИвГМА, Иваново

Качество питьевой воды является острой проблемой здравоохранения в настоящее время.

Цель. Создание модели прогноза заболеваемости мочеполовой системы у детей на основе уравнения регрессии.

Материалы и методы. Высокий ранг заболеваемости мочеполовой системы у детей Ивановской области определил предмет исследования. Одним из требований СанПин 2. 1. 4. 1074–01. питьевой воды является — безвредность, которая обеспечивается химическим соотношением в ней металлов. 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.

Полученные результаты. На первом этапе был определен суммационный показатель отношений металлов I и II классов опасности к их предельно допустимым концентрациям составлял 1. 93, тогда как он не должен превышать единицы — что свидетельствует о не безвредности питьевой воды для организма. При этом следует заметить, что фактическое содержание металлов в питьевой воде ни в одном случае превышал ПДК. На втором этапе установлена тесная корреляционная связь показателя распространенности болезней мочеполовой системы у детей и содержанием мышьяка в питьевой воде ($r=0,84$), свинца ($r=0,481$), стронция ($r=0,5$) и показателя первичной заболеваемости вышеуказанных металлов. Коэффициенты корреляции равны 0,67, 0,57 и 0,68 соответственно.

Выводы. Данные тесной взаимосвязи вышеуказанных металлов позволили создать модель прогноза заболеваемости мочеполовой системы у детей типа $y=a \cdot bx$, где y — показатель заболеваемости, x — концентрация металлов в питьевой воде, a и b — постоянные коэффициенты. Так для мышьяка получена модель: $y=3, 2x 1, 08$, которая дает надежность прогноза по коэффициентам корреляции и расхождения.

ФАРМАКОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Киреева М.О. 3 к. 382 гр. ЛФ, *Зогби М.М.* 3 к. 389 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Вишневецкая Т.П.* доц. каф. фармакологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

ИБС — очень распространенное заболевание. Оно является одной из важнейших медицинских проблем XXI века.

При фармакотерапии ИБС используются препараты различных фармакологических групп. В клинике можно наблюдать их взаимодействие и проявление побочных эффектов.

Цель. Провести анализ побочных эффектов препаратов, применяемых при лечении ИБС, связанных с влиянием на функцию ЖКТ (желудочно-кишечного тракта).

Материалы и методы. На базе больницы им. Петра Великого было обследовано 20 пациентов с данным заболеванием. Был собран лекарственный анамнез, проанализированы истории болезни пациентов и результаты клинических лабораторных анализов.

Методы исследования: ретроспективный анализ историй болезни пациентов и сравнение полученных данных.

Полученные результаты. Существует целый ряд групп препаратов, которые могут быть показаны к применению при той или иной форме ИБС. В США есть формула лечения ИБС: «А-В-С». Она подразумевает применение триады препаратов, а именно: антиагрегантов (А), β -адреноблокаторов (В), гипохолестеринемических препаратов (С).

Обследовано 20 пациентов с диагнозом ИБС, получающих стандартную терапию. Возраст пациентов от 45 до 60 лет. Было обследовано 10 мужчин и 10 женщин. В группе 10 пациентов имели в анамнезе гастроэнтерологические заболевания и 10 пациентов не имели в анамнезе гастроэнтерологических патологий.

Жалоб на фоне терапии не предъявили 11 пациентов. Среди пациентов, имеющих гастроэнтерологические заболевания, у 5 пациентов возникли жалобы на ухудшение состояния. У пациентов, не имеющих гастроэнтерологические заболевания, осложнения возникли у 4 человек. Основные жалобы пациентов: рвота — 4 человека, запоры — 5 человек, сухость во рту — 9 человек, тошнота — 9 человек. Пациентам назначили секретолитики, антациды, H₂-блокаторы и блокаторы протонной помпы. На фоне приема препаратов наблюдался положительный эффект, что позволило продолжить терапию ИБС (данные жалобы отмены терапии не потребовали).

Выводы:

1. Пациентам с ИБС, имеющим гастроэнтерологические заболевания и получающим стандартную терапию, целесообразно назначить терапию секретолитиками.
2. Пациенты, не имеющие гастроэнтерологических заболеваний, при их предъявлении должны получать терапию секретолитиками.

ВЛИЯНИЕ МЕТАПРОТА, ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ И ИХ КОМБИНАЦИИ НА УСТОЙЧИВОСТЬ ОРГАНИЗМА К ОСТРОЙ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ

Данилов В.Р. 3 к. 347 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Воробьева В.В.* проф. каф. фармакологии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Гипоксия и ишемия составляют основу патогенетических механизмов многих острых и хронических заболеваний и неотложных состояний. Актуален поиск рациональных схем

фармакотерапии, опирающихся на естественные механизмы энергообеспечения и сохранения гомеостатических функций. Учитывая регуляторную роль митохондрий в кислородном гомеостазе, участие янтарной кислоты (ЯК) в качестве лиганда семейства сопряжённых с G-белками рецепторов, ответственных за метаболический статус организма, а также защитную роль актопротектора метапрота в моделях экстремальных воздействий (холод, вибрация, интоксикация) предположили, что данные препараты обладают протективным эффектом на фоне острого кислородного голодания.

Цель. Оценка антигипоксической эффективности метапрота, ЯК и их комбинации в модели острой гипоксической гипоксии (ОГГ).

Материалы и методы. В исследовании были задействованы 40 белых беспородных мышей, разделённых на группы по 10 штук и получавших в качестве средств фармакологической защиты метапрот, ЯК и комбинацию данных препаратов в дозе каждого из них 50мг/кг веса животного внутрипищеводно. Контрольная группа получала физиологический раствор. После 10 дней введения препаратов и их комбинации, животных помещали в банки объёмом 0, 25 л, закрывали герметическими крышками, переворачивали и опускали под воду во избежание подсоса воздуха. Регистрировали время жизни животных в мин. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы «Excel-2002» (MS Office 2002). Значимость межгрупповых различий оценивали с помощью t-критерия Стьюдента.

Полученные результаты. У мышей, получавших метапрот и ЯК в отдельности время жизни в условиях ОГГ увеличилась в среднем на 16, 1% ($p \leq 0,05$) и 14, 9% соответственно относительно контрольных животных. Комбинация метапрота и ЯК увеличила время жизни на 18, 8% ($p \leq 0,05$) по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Таким образом, максимальный антигипоксический эффект получен на фоне комбинации метапрота с ЯК, что свидетельствует о синергидном взаимодействии актопротектора с митохондриальным субстратом, вероятно через стабилизацию митохондриальных функций, повышение активности ФАД-зависимого звена дыхательной цепи и регуляцию энергетического обмена в условиях фармакологической коррекции.

ВЫЯВЛЕНИЕ УРОВНЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ В ВОПРОСАХ ОПАСНОСТИ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Качурин А.Г. 1 к. 214 гр. факультет «Лечебное дело»,

Мурашова Д.А. 1 к. 214 гр. факультет «Лечебное дело»

Руководитель темы: *Смелова Е.А.*

Санкт-Петербургский фельдшерский медицинский колледж

В настоящее время накоплен значительный опыт, свидетельствующий о том, что многие лекарственные средства могут оказывать неблагоприятное воздействие на развивающийся плод и новорожденных. Современные реалии свидетельствуют о том, что обойтись беременным без лекарственных средств невозможно. По данным литературного обзора подавляющее большинство женщин принимали лекарственные средства во время беременности, часто без назначения врача.

Цель. Выявить уровень осведомленности в вопросах опасности приема лекарственных средств во время беременности у женщин, имеющих детей.

Определить часто применяемые лекарственные средства во время беременности и оценить их с точки зрения опасности.

Материалы и методы. Объектом исследования были выбраны женщины детородного возраста или уже имеющие детей. Количество обследованных составило 200 человек: из них в возрасте 18–25 лет — 102 чел.; 26–38 лет — 40 чел.; 39–48 лет — 58 чел.

Анонимное анкетирование проводилось среди студенток колледжа, их родственников и друзей по следующим вопросам: 1) Принимали ли Вы лекарства во время беременности? 2) Какие лекарства принимали? 3) Занимались ли Вы самолечением? 4) Имеете ли Вы представление о существовании препаратов, опасных для здоровья плода (примеры препаратов)? Препараты оценивались по Международной классификации FDA (Food and Drug Administration).

Полученные результаты. Объектом исследования были выбраны женщины детородного возраста или уже имеющие детей. Количество обследованных составило 200 человек: из них в возрасте 18–25 лет — 102 чел.; 26–38 лет — 40 чел.; 39–48 лет — 58 чел.

Анонимное анкетирование проводилось среди студенток колледжа, их родственников и друзей по следующему вопросу: 1) Принимали ли Вы лекарства во время беременности? 2) Какие лекарства принимали? 3) Занимались ли Вы самолечением? 4) Имеете ли Вы представление о существовании препаратов, опасных для здоровья плода (примеры препаратов)? Препараты оценивались по Международной классификации FDA (Food and Drug Administration).

Выводы. Проведенный медико-социальный анализ показал, что в современных условиях необходимо повышать уровень осведомленности и грамотность населения в вопросах опасности приема препаратов во время беременности, в вопросах использования лекарственных средств, особенно в период беременности и кормления.

ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

*Жане С.И. 3 к. 357 гр. ЛФ, Лантнев В.О. 3 к. 333 гр. ЛФ, Самойлова Н.Е. 3 к. 333 гр. ЛФ,
Артемова А.С. 3 к. 331 гр. ЛФ*

Руководитель темы: *Вишневецкая Т.П.* доц. каф. фармакологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В настоящее время проводится более 100 000 операций ежедневно, сопровождающихся угнетающим влиянием средств для наркоза на когнитивные функции. Изучение нарушений когнитивных функций поможет снизить риск развития осложнений в послеоперационном периоде. Оценка степени нарушения когнитивных функций и поиск способа устранения церебротоксического влияния средств для наркоза способствует более быстрому восстановлению когнитивных функций в послеоперационном периоде.

Цель. Оценка нарушений когнитивных функций у пациентов хирургического профиля в раннем послеоперационном периоде, при одновременном применении в анестезиологическом пособии таких средств для наркоза как севофан и пропофол. Исследование проводилось на базе 15 и 13 павильонов больницы им. Петра Великого.

Материалы и методы. Проведение анкетирования среди пациентов хирургического профиля по Монреальской шкале оценки когнитивных функций в баллах (MoCa) за день до операции, через час и на третьи сутки после проведения операции. Была проведена обработка полученных результатов и сравнение их с известными из литературы данными.

Полученные результаты. В ходе работы было проанкетировано 90 пациентов. При обработке анкет установлено, что в послеоперационном периоде наблюдалось снижение когнитивных функций в первый час после операции, по сравнению с дооперационным периодом: ОПД (ориентировочно-пространственная деятельность) на 0,33, «название» — 0,04, внимание — 0,3, «Ряд букв» — 0,1, счет — 0,5, речь — 0,5, беглость речи — 0,4, абстракция — 0,3, память — 1,2, ориентация — 0,6. Таким образом, снижение показателей по одному критерию оценки составило 0,43 балла. Суммарное снижение когнитивных функций по всем критериям оценки в среднем составило 4,2 балла. Через 3 дня после операции у 99% пациентов произошло полное восстановление когнитивных функций.

Выводы. В ходе исследования было обнаружено снижение когнитивных функций у пациентов хирургического профиля в послеоперационном периоде. В среднем показатель отклонений составил 4,2 балла. Полное восстановление когнитивных функций происходит через 3 дня у 99% пациентов.

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТНОЙ АКТИВНОСТИ ГУСТОГО ЭКСТРАКТА БОЯРЫШНИКА КРОВАВО-КРАСНОГО

Морозова Т.В. 5 к. 573 гр. фармацевтический факультет

Руководители темы: *Куркин В.А.* проф. каф. фармакогнозии с ботаникой и основами фитотерапии, д. фарм. н., *Зайцева Е.Н.* доц. каф. фармакологии им. з.д.н. РФ профессора А.А. Лебедева, к.м.н.

СамГМУ, Самара

Боярышник кроваво-красный (*Crataegus sanguinea* Pall.) — широко распространенное растение в РФ. На основе плодов боярышника получают настои, сборы и препарат «Боярышника настойка». Плоды боярышника отличаются богатым химическим составом. Препараты на основе сырья боярышника применяются в медицине в качестве кардиотонических средств. Как известно, сердечно-сосудистая патология распространена в современном мире. При этом в целях профилактики целесообразно назначать фитопрепараты, сочетающие в себе широту и мягкость терапевтического действия с отсутствием значительного количества побочных эффектов и противопоказаний. Одним из ведущих факторов сердечно-сосудистой патологии часто является психоэмоциональный стресс. Интересно, что есть данные о способности препаратов боярышника понижать возбудимость нервной системы.

Цель. В связи с этим целью нашей работы явилось исследование антидепрессантной активности густого экстракта плодов боярышника кроваво-красного.

Материалы и методы. В лабораторных условиях нами был получен жидкий экстракт на основе воздушно-сухих плодов боярышника кроваво-красного. Сырье было заготовлено в Самарской области в 2013 году. Экстракт был получен в соотношении «сырье-экстрагент» 1: 1. Экстрагентом служил 70% спирт этиловый. Далее из жидкого экстракта путем упаривания под вакуумом был получен густой экстракт. В ходе работы проведены доклинические исследования густого экстракта плодов боярышника кроваво-красного с использованием теста «Отчаяние». При этом в течение пяти минут фиксировалось время активных попыток животных выбраться из воды. Исследования проводили на белых беспородных крысах. Животные содержались в условиях вивария на обычном рационе. Исследуемые препараты вводили внутривентрально через зонд в течение 5 дней. На шестой день проводился эксперимент. При этом густой экстракт боярышника и амитриптилин (препарат сравнения) предварительно разводили в воде очищенной. Густой экстракт боярышника кроваво-красного вводили из расчета 25 мг на кг массы тела животного, амитриптилин — 5 мг на кг массы тела животного. В контроле использовали воду очищенную.

Полученные результаты. Исследования показали, что под действием густого экстракта боярышника кроваво-красного существенно увеличивается время активных попыток животных выбраться из воды с $87,29 \pm 6,00$ секунд (контроль) до $136,14 \pm 10,02$ секунд (экстракт боярышника). Полученные результаты наглядно свидетельствуют о выраженном антидепрессантном действии густого экстракта боярышника кроваво-красного, сравнимом с таковым эффектом амитриптилина ($111,0 \pm 5,11$ секунд).

Выводы. Анализируя полученные данные, можно предположить, что именно антидепрессантное действие препаратов боярышника вносит положительный эффект в лечение хронических сердечно-сосудистых заболеваний.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КРОВОХЛЕБКИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ НА МОДЕЛИ ФОРМАЛИНОВОГО ОТЕКА ЛАПЫ У МЫШЕЙ

Гарипова Р.А. 3 к. П-305А гр. ПФ, *Хасанова М.Р.* 3 к. П-305А гр. ПФ

Руководитель темы: *Макарова Н.Н.* доц. каф. фармакологии №2, к. фарм. н.

БГМУ, Уфа

Воспалительный процесс является важным звеном многих заболеваний. От своевременной и правильной фармакологической коррекции данного состояния зависит выздоровление больного. С этой целью в комплексную терапию часто включают противовоспалительные препараты.

Однако их применение сопровождается возникновением ряда нежелательных лекарственных реакций для организма: ulcerогенное действие, кровотечения, аллергические реакции и др. Поэтому актуальным остается поиск новых противовоспалительных средств с высокой эффективностью и безопасностью.

Цель. С этой целью нами была изучена противовоспалительная активность водных извлечений из различных частей кровохлебки лекарственной, полученных на кафедре фармакогнозии с курсами ботаники и основ фитотерапии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России под руководством д. фарм. н., профессора Пупыкиной К. А. (зав. кафедрой д. фарм. н., профессор Кудашкина Н. В.).

Материалы и методы. Для изучения противовоспалительной активности мы использовали модель формалинового отека лапы у мышей (Хабриев Р. У., 2005, Тринус Ф. П. и др., 1983).

Исследования проводились на 24 взрослых белых мышах — самцах массой 19–25 г. Животным вводили внутривенно водные извлечения, приготовленные из травы и корней кровохлебки, в количестве 0,08–0,1 мл в течение 7 дней. Контрольная группа получала воду. В качестве препарата сравнения использовали диклофенак-натрия «Хемофарм А. Д.» в дозе 10 мг/кг. В последний день через час после введения извлечений вводили воспалительный агент под подошвенный апоневроз правой лапки мыши (0,05 мл 1% раствора формалина). Через 5 ч животных усыпляли под эфирным наркозом, соблюдая «Правила работы с лабораторными животными» (приложение к приказу МЗ СССР от 12. 08. 1977 г. № 755).

Полученные результаты. Противовоспалительный эффект оценивали по уменьшению отека лапок. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ Statistica 7. 0 (StatSoft, USA) и Excel 2003 (MS Office, USA) [Гланц, С., 1998].

Установлено, что введение животным настоя, приготовленного из травы кровохлебки, приводит к достоверному уменьшению выраженности воспалительной реакции на 23% по сравнению с контролем. Введение животным отвара, приготовленного из корней кровохлебки, также уменьшает выраженность воспалительной реакции у мышей, однако достоверных отличий от контроля не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, извлечения из сырья кровохлебки лекарственной представляют собой перспективные объекты для дальнейшего углубленного изучения их противовоспалительной активности.

ИССЛЕДОВАНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДВУХ ПУТЕЙ ВВЕДЕНИЯ ХОНДРОПРОТЕКТОРА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОАРТРОЗА

Ванатиев Г.В. 5 к. 524 гр. МПФ

Руководители темы: *Макаренко И.Е.* асс. каф. биологической и биоорганической химии,

Вишневецкая Т.П. доц. каф. фармакологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В настоящее время остеоартроз является одной из главных причин нетрудоспособности, вызывающая ухудшение качества жизни и значительные финансовые затраты, особенно у пожилых людей. В настоящее время в мире более 200 млн. человек страдают остеоартрозом, занимающим третье место среди причин инвалидизации людей пожилого возраста. Исходя из этого, актуальным является поиск и тестирование новых препаратов, направленных на лечение данной патологии.

Цель. Установление сравнительной эффективности двух путей введения (внутримышечно/внутрисуставно) хондропротектора (глюкозаминогликана) в отношении патоморфологических и биохимических показателей в условиях экспериментального остеоартроза.

Материалы и методы. В качестве экспериментальной модели была выбрана модель хронического остеоартроза, достигаемая путем перерезки передней крестовидной связки коленного сустава. Эксперимент проводился на кроликах породы Калифорнийские средней массой 2, 5–3 кг. Животные были разделены на шесть групп, по 6 животных в каждой: 1

группа — интактные, II — контрольная (патология без лечения); III — патология исследуемый препарат в дозе $\frac{1}{2}$ терапевтической дозе (ТД) 3, 36 мг/кг в/м; IV — патология исследуемый препарат в ТД в/м; V — патология исследуемый препарат в $\frac{1}{2}$ ТД в/с; VI — патология исследуемый препарат в ТД. Препарат вводили по лечебной схеме, один раз в день, через день на протяжении 50 дней (25 введений препарата), начиная с 8-го дня после индукции патологии. Эффективность действия препарата оценивали по патоморфологическим и биохимическим показателям. В качестве патоморфологических критериев были выбраны морфологические и гистологические признаки выраженности остеоартроза коленного сустава. В качестве биохимических методов оценки были использовали определение содержания уроновых кислот и гексоз, уровень сульфатированных ГАГ и электрофоретическая подвижность ПГ/ГАГ на ацетат целлюлозе.

Полученные результаты. В ходе данного исследования была показана равноэффективность исследуемого препарата при обоих путях введения — внутримышечном и внутрисуставном. Тестируемый препарат, дозозависимо оказал влияние на большинство исследуемых показателей. На фоне применения данного препарата у экспериментальных животных картина патоморфологических признаков была сходна с макроскопической картиной контрольной группы, но с меньшей степенью выраженности. Наибольшее снижение уровня гексоз и уроновых кислот относительно интактного состояния отмечалось при применении препарата в ТД и носило дозозависимый характер.

Выводы. Таким образом, исследуемый препарат, при обоих путях введения, на модели экспериментального остеоартроза коленного сустава оказывал хондропротекторное, противовоспалительное и регенеративное действие, что позволяет рекомендовать его для проведения клинических исследований как перспективного средства для лечения дегенеративных изменений суставов.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА АНАСТРАЗОЛА С ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ДЕЙСТВИЕМ НА ОСНОВЕ БИОРАЗЛАГАЕМОГО ПОЛИМЕРА

Муравьева А.И. асп. 2014 года каф. биологической химии

Руководитель темы: *Северин С.Е.*

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Незаменимым препаратом в лечении рака молочных желез является анастрозол — высокоселективный нестероидный ингибитор ароматазы третьего поколения. Показания к применению анастрозола — адъювантная терапия рака молочной железы у женщин в постменопаузальном периоде. Ежедневный прием препарата в течение длительного времени связан с серьезной проблемой, которая заключается в возможных сбоях при применении анастрозола, что приводит к нежелательным осложнениям. Решением этой проблемы может быть создание новой лекарственной формы анастрозола, обеспечивающей пролонгированность его действия. Эта форма позволяет снизить дозу препарата, создает более комфортные условия для пациентов, вынужденных регулярно и длительно применять лекарство.

Цель. В связи с этим целью нашего исследования мы выбрали создание новой лекарственной формы анастрозола в составе частиц субмикронного размера на основе биоразлагаемого сополимера молочной и гликолевой кислот (ПЛГА).

Материалы и методы. Для получения полимерных частиц применяли метод однократного эмульгирования (вода/масло) с последующим удалением органического растворителя из полученной эмульсии. Изучение высвобождения анастрозола из образца в модельном эксперименте *in vitro* проводили в условиях равновесного диализа. Для подтверждения увеличения продолжительности действия препарата проводили эксперимент на мышах.

Полученные результаты. Полученные частицы имели размер в диапазоне от 250 до 400 нм. В процессе диализа в течение 40 ч из полимерной матрицы высвобождалось не более 40% вещества. Эксперимент на мышах показал, что в сравнении с обычной субстанцией анастрозола, которая не обнаруживалась в крови уже по истечении 48 часов, полимерсодержащая композиция оставалась в крови до 7 дней.

Выводы. Таким образом, по совокупности всех полученных результатов испытаний созданной новой лекарственной формы препарата анастрозола на основе биodeградируемого полимера, можно с уверенностью заключить, что полученная полимерная композиция обладает выраженным пролонгирующим действием.

ОЦЕНКА ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Гурова В.В. 6 к. 15 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Кузнецова В.А.* асс. каф. фармакологии, к.м.н.

ВолГМУ, Волгоград

В настоящее время осуществляется поиск новых соединений для профилактики поздних осложнений сахарного диабета. Для этого используются экспериментальные модели различных диабетических осложнений: микроангиопатий (ретинопатия и нефропатия), макроангиопатий (инфаркт миокарда, инсульт, гангрена нижних конечностей), нейропатий. В развитии диабетических ангиопатий важную роль играет нарушение синтеза оксида азота эндотелиальными клетками — эндотелиальная дисфункция.

Цель. Оценка выраженности дисфункции эндотелия при 3-х месячном сахарном диабете у крыс для дальнейшего изучения эффективности фармакологических препаратов, примеряемых при поздних осложнениях сахарного диабета.

Материалы и методы. Исследования проводили на 14 беспородных крысах-самцах массой 200–250 г. Было сформировано 2 группы: 1) «контроль» — интактные животные (n=7); 2) «сахарный диабет (СД)» — животные с сахарным диабетом (n=7).

Сахарный диабет моделировали внутрибрюшинным введением стрептозотоцина («Sigma», США), растворенного в 0,1 М цитратном буфере (10 мл 0, 1 М цитрата натрия доводили до pH 4,5 0,1 М лимонной кислотой), в дозе 45 мг/кг однократно. Оценка функции эндотелия проводилась через 3 месяца после введения стрептозотоцина.

В условиях наркоза (хлоралгидрат 350 мг/кг, внутрибрюшинно) проводили катетеризацию сонной артерии и наружной яремной вены. Функциональные пробы проводили внутривенным введением ацетилхолина (40 мкг/кг) и нитропруссид натрия (30 мкг/кг). Среднее артериальное давление (АДср) измеряли непрерывно с помощью электроманометра на механотронных датчиках с малым объемом смещения (0,05 мл на 250 мм рт. ст.) с помощью компьютерного гемодинамического анализатора на базе программы BEAT (Москва, Россия).. Регистрировали показатели снижения артериального давления в ответ на введение веществ и время его восстановления до исходных величин. Коэффициент эндотелиальной дисфункции (КЭД) рассчитывали как отношение площади над кривой среднего артериального давления после введения нитропруссид натрия к площади над кривой среднего артериального давления после введения ацетилхолина. Статистическая обработка проводилась с помощью попарного сравнения выборок с использованием U-критерия Манна–Уитни в программе «GraphPad. Prism. 5. 0», США. Исследования были одобрены Этическим комитетом ВолГМУ (протокол № 191–2014 от 25 февраля 2014 года).

Полученные результаты. При оценке эндотелийнезависимой реакции на введение натрия нитропруссид было показано, что в обеих экспериментальных группах животных отсутствует принципиальная разница. Эндотелийзависимая реакция на введение ацетилхолина была ниже в группе «СД». КЭД в опытной группе превосходил аналогичный показатель у контрольных животных на 11%, однако данные различия статистически не значимы.

Выводы. Показано, что через 3 месяца от начала развития стрептозотоцин-индуцированного сахарного диабета наблюдается тенденция к формированию эндотелиальной дисфункции. Данная модель может быть использована при изучении новых соединений для профилактики поздних осложнений сахарного диабета.

Исследование выполнено за счет средств гранта Российского научного фонда (проект № 14–25–00139).

ПРОБЛЕМЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ЦЕЛИАКИИ

Поночевная Н.В. 3 к. 345 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Вишневецкая Т.П.* доц. каф. фармакологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Целиакия — аутоиммунное системное заболевание, нарушение пищеварения у генетически предрасположенных лиц, вызванное повреждением ворсинок тонкой кишки одной из фракций растительного белка глютена — глиадином, который содержится в таких злаках, как пшеница, рожь, ячмень и овёс. Качество жизни таких больных значительно ухудшено, приводит их к инвалидизации, а при развитии некоторых онкологических осложнений является одной из причин смерти.

Цель. Оценка клинических проявлений и эффективности фармакотерапии при целиакии.

Материал для исследования:

1. Анализ зарубежной литературы

2. Данные обследования пациентки, поступившей в отделение гастроэнтерологии больницы им. Петра Великого.

Полученные результаты. Пациентка поступила с жалобами на боли в эпигастральной области, значительное снижение массы тела, снижение костной массы, тошноту, слабость, плохой сон. Результаты лабораторного анализа: титр антител к глиадину — IgA = 96 и IgG = 103 при норме 0–12. ФГДС показала гастрит с очагами атрофии и эрозиями в антральном отделе. Посредством гистоморфологического анализа был выявлен хронический дуоденит 3 степени. Полученные результаты дали основание предположить диагноз целиакии. Пациентка находилась в клинике 10 дней, ей был назначен комплекс лекарственных средств, включающий ингибиторы протонной помпы («Нольпаза»), гепатопротекторы («Эссенциале»), прокинетики («Мотилак»), пробиотики («Бактистатин»), препараты висмута («Де-Нол»), спазмолитики («Папаверин»), поливитаминные комплексы, препараты кальция. Критериями эффективности лечения были: снижение секреторной активности, угнетение рвотного рефлекса, восстановление поврежденной слизистой, о чем свидетельствовал гистоморфологический анализ. Наблюдалась тенденция к нормализации массы тела и купирование болевого синдрома.

Выводы. Применяемая схема терапии целиакии оказалась эффективной. Патогенетическая терапия требует более глубоких наблюдений.

РОЛЬ АКТИВНОСТИ ЦИТОХРОМА P-450 2D6 В ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИКАХ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Кравцова Е.А. 3 к. 305 гр. МПФ, *Цыбуля С.Н.* 3 к. 305 гр. МПФ

Руководители темы: *Загородникова К.А.* доц. каф. клинической фармакологии и терапии, к.м.н.,

Вишневецкая Т.П. доц. каф. фармакологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Психоэмоциональные особенности личности и особенности эмоционального реагирования у пациентов могут влиять на прогноз сердечно-сосудистых заболеваний. CYP P450 семейства 2D6 — фермент, который участвует в метаболизме лекарственных средств, включая многие сердечно-сосудистые, но существуют экспериментальные данные, указывающие на его роль в обмене нейромедиаторов, таких как серотонин, адреналин, норадреналин, дофамин. От обмена этих медиаторов могут зависеть психоэмоциональные характеристики пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Цель. Изучить психоэмоциональное состояние больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в зависимости от генетической активности CYP2D6.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты, госпитализированные на кардиологическое отделение клинической больницы им. Петра Великого, давшие информированное согласие. Пациентам были выданы для самостоятельного заполнения вопросники: тип личности D, жизнестойкость, опросник Ч. Спилбергера для исследования

агрессивности, тест на степень личностной и ситуативной тревожности. Для определения активности CYP2D6 у всех пациентов были отобраны образцы периферической крови, из которых выделяли ДНК и проводили полимеразную цепную реакцию с определением следующих генетических вариантов: CYP 2D6*3; CYP2D6*4. Затем сравнивали результаты психологических тестов у пациентов в группах с нормальной (без мутаций) и медленной (*3 или *4) генетической активностью CYP2D6 с применением теста Манна-Уитни.

Полученные результаты. В исследование включено 33 пациента с диагнозами ИБС, гипертоническая болезнь, 13 женщин и 20 мужчин, средний возраст 55 лет. По результатам генетического анализа мутации *3 не обнаружено ни в одном случае, мутации *4 обнаружены в гетерозиготном состоянии у 9 пациентов (27%). Тип личности D был выявлен у 12 пациентов (36%), однако отличий в генетической активности CYP2D6 у них обнаружено не было. У пациентов с высоким уровнем социального подавления (≥ 10) чаще встречался вариант CYP2D6*4 (37% vs 20%). Средние значения ситуативной тревожности были ниже при наличии варианта CYP2D6*4 (38vs43), а значения личностной тревожности не различались. Средние значения по шкале жизнестойкости были достоверно ниже у пациентов с CYP2D6*4 (73 vs 90, $p < 0,05$). Значения по шкалам агрессивности как состояния, черты, реакции, а также значения аутоагрессии не различались, а средний уровень гетероагрессии был значимо выше у пациентов с CYP2D6*4 (15vs11, $p < 0,05$).

Выводы. Генетически сниженная активность CYP2D6 может определять такие психоэмоциональные характеристики как повышенная ситуативная тревожность, гетероагрессия, социальное подавление, и сниженная жизнестойкость, что может быть связано с ухудшением прогноза сердечно-сосудистых заболеваний.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЕЙСТВИЯ ЭЛЕУТЕРОКОККА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

Космачева Е.С. 5 к. 507 гр. ЛФ, Яковец С.А. 5 к. 507 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Месникова И.Л. доц. каф. поликлинической терапии, к.м.н.*

БГМУ, Уфа

Остеоартроз (ОА) является самой распространенной патологией среди заболеваний суставов. Основной целью лечения этого заболевания является замедление прогрессирования дегенерации хряща, максимальное сохранение функции сустава, предотвращение инвалидности и, в конечном счете, улучшение качества жизни пациентов. По современным представлениям ОА является результатом взаимодействия многих генетических и средовых факторов, нарушающих метаболизм в хрящевой ткани. К одной из групп препаратов, модифицирующих структуру хряща, относится группа хондроитин сульфата. Ведется активный поиск и других средств, влияющих на КЖ пациентов с ОА.

Цель. Сравнение качества жизни (КЖ) пациентов с ОА в амбулаторных условиях, принимающих и не принимающих настойку элеутерококка.

Материалы и методы. В исследование было включено 67 пациентов, страдающих ОА. Они были разделены на две группы: первая принимала настойку элеутерококка по схеме Л.Х. Гаркави, вторая — группа контроля. Группы пациентов были сопоставимы по полу, возрасту, по функциональной недостаточности суставов и по сопутствующим заболеваниям.

В исследовании использовались следующие методы: а) лабораторные и инструментальные методы исследования суставной патологии; б) таблица «Функциональное состояние суставов по суммарному алгофункциональному индексу Лекена (для коксартроза и гонартроза)»; в) русская версия общего опросника RAND-36 для оценки КЖ; г) визуально-аналоговая шкала. Достоверность результатов исследования оценивалась методом вариационной статистики с использованием критерия t Стьюдента.

Полученные результаты. В ходе исследования было получено, что у пациентов, которые получали комплексное лечение (хондропротекторы и адаптоген — настойка элеутерококка), достоверно улучшились показатели качества жизни согласно опросника RAND-36 по следующим показателям: RE (ролевые ограничения, обусловленные личными или

эмоциональными проблемами), EF (энергичность), EW (эмоциональное самочувствие), SF (социальное функционирование), BP (телесная боль).

Выводы. Комплексная терапия с дополнительным включением в схему лечения адаптогена элеутерококка в индивидуально подобранной дозе (по Л.Х. Гаркави) достоверно улучшает практически все показатели качества жизни (по опроснику RAND-36) по сравнению с монотерапией хондропротектором хондроитином сульфатом.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СУБСТАНЦИИ БИСНАФТАЗАРИНА С НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ НА МОДЕЛИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Кожевникова А.В. 3 к. 345 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Кательникова А.Е.* асп. 2 года каф. фармакологии

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

На сегодняшний день, существует огромное множество нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), но они обладают рядом побочных действий и осложнений. Среди перспективных противовоспалительных средств появляются новые антиоксидантные препараты на основе полигидроксинафтохинонов. Нами по собственной разработанной технологии была получена субстанция биснафтазарина из панцирей промыслового вида морских ежей *Strongylocentrotus droebachiensis*.

Цель. Оценка противовоспалительной активности субстанции биснафтазарина, в сравнении с нестероидными противовоспалительными препаратами в экспериментальной модели «каррагениновый воздушный мешочек» у крыс.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 49 аутбредных крысах самцах массой 180–200 г. Животных содержали в стандартных условиях в соответствии с Директивой 2010/63/EU Европейского парламента и совета Европейского союза от 22 сентября 2010 г. по охране животных, используемых в научных целях. Животные были распределены на 7 групп по 7 животных в каждой. Формирование воздушного мешочка осуществляли за шесть дней до начала введения исследуемых объектов, путем подкожного введения в межлопаточную область спины экспериментальных животных стерильным шприцем 20 мл воздуха. Через трое суток от первого введения воздуха проводили вторую подкожную инъекцию воздуха в полость мешочка в объеме 10 мл, для поддержания объема полости. Острое воспаление, индуцировали на шестой день от момента формирования воздушного мешочка. Для этого в полость мешочка вводили 2 мл 2% раствора λ -каррагенина (Sigma-Aldrich, США). Интактным животным (группа 1) в полость воздушного мешочка вводили физиологический раствор. Контрольной группе животных (группа 2) в полость воздушного мешочка в объеме 1,0 мл стерильным шприцем за 1 час до введения раствора каррагенина вводили растворитель. Субстанцию биснафтазарина в дозе 0,05 мг/кг (группа 3), и препараты сравнения — индометацин, мелоксикам, кетопрофен, цефекоксиб, в одной дозе 5 мг/кг вводили в полость воздушного мешочка по аналогичной схеме. Оценку действия препаратов проводили через 6 часов после инъекции каррагенина по анализу клеточного состава экссудата воздушного мешочка. Эвтаназию животных осуществляли путем помещения в CO₂-камеру.

Полученные результаты. Исследование показало, что введение 2% раствора λ -каррагенина в сформированный воздушный мешочек животного увеличивает ключевые показатели острого воспаления: общее количество лейкоцитов и нейтрофилов. Так, количество лейкоцитов было увеличено до 10, 9х10⁶ кл/мл и нейтрофилов до 8, 6х10⁶ кл/мл, что в 10 и 12, 4 раз соответственно выше, чем у крыс интактной группы. По результатам клеточного состава экссудата, было установлено, что субстанция биснафтазарина в дозе 0,05 мг/кг снижал основные показатели острого воспаления. Причем, субстанция биснафтазарина снижала общее количество лейкоцитов на 50%, а нейтрофилов на 61%, что было сравнимо с эффективностью референтного препарата Индометацин (5 мг/кг).

Выводы. Проведенное исследование позволило установить, что введение субстанции биснафтазарина эффективно предотвращает развитие острого экссудативного воспаления, что

делает перспективным дальнейшее изучение ее противовоспалительных свойств на других моделях острого и хронического воспаления.

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПОСЛЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ

Березовская О.А. 3 к. 387 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Вишневецкая Т.П.* доц. каф. фармакологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Центральный антихолинергический синдром (ЦАС) — это состояние, определяемое как относительное или абсолютное снижение холинергической активности, обусловленное приёмом веществ с холинергическими свойствами. Термин введён в 1966 г и характеризует этиологию процесса возбуждения или, напротив, замедленного возбуждения после общей анестезии.

Важность прицельного изучения ЦАС обусловлена тем, что данное состояние потенциально опасно для жизни пациента. Понимание механизмов его развития позволит найти пути лечебного воздействия не на уровне клинических проявлений, а на более глубоком, этиопатогенетическом уровне. В свою очередь это позволит систематизировать подходы к лечению и профилактике ЦАС, а также избегать нежелательных побочных эффектов применения препаратов с различными механизмами действия.

Цель. Оценка патогенеза развития ЦАС после применения лекарственных веществ различных фармакологических групп, обладающих холинергической активностью.

Материалы и методы. Статьи в отечественной и зарубежной литературе; анализ данных в поисковых системах Интернета.

Полученные результаты. По результатам проанализированных нами источников развитие ЦАС связано с использованием веществ, имеющих холинергическую активность и следующие механизмы действия: конкуренция с ацетилхолином за М-холинергические рецепторы, уменьшение синтеза или высвобождение ацетилхолина, уменьшение активности ацетилхолина.

Основная роль отводится веществам с прямой антихолинергической активностью, механизм действия этой группы заключается в блокаде М-холинореактивной системы нейронов. Кроме того признаётся факт влияния на развитие этого синдрома бензодиазепинов, местных, инъекционных и ингаляционных анестетиков. Они способны оказывать не прямое антихолинергическое влияние, что приводит к относительному дефициту ацетилхолина, посредством дисбаланса в нейрогенной взаимосвязи различных систем передачи.

На современном этапе основным направлением в лечении ЦАС является мониторинг и поддержка жизненно важных функций в сочетании с применением физостигмина.

Выводы. При проведении анестезиологического пособия ежедневно используются препараты, обладающие холинергической активностью способные индуцировать развитие ЦАС. Именно дальнейшая работа, направленная на изучение патофизиологических процессов вызванных угнетением холинергической активности в головном мозге есть ключ к разработке путей коррекции данных состояний.

ФТИЗИАТРИЯ

АНАЛИЗ ДАННЫХ ПО ДИНАМИКЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СОЧЕТАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЛИЦ С ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ И КОНТИНГЕНТОВ БОЛЬНЫХ С 2009 по 2013 г., ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И ПО РАЙОНАМ ГОРОДА

¹Морозова Ю.А. 6 к. 623 гр. МПФ

Руководители темы: ²Кондакова М.Н. проф. каф. фтизиопульмонологии и торакальной хирургии, д.м.н., ¹Шалыгин К.В., к.м.н.

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова

²СПбГБУЗ ГПТД №18

Первый случай ВИЧ-инфекции в СССР был зарегистрирован в 1987 г. Следующие 7 лет в нашей стране на учет состояло 600 инфицированных ВИЧ-инфекцией, 40 больных СПИДом, из них только 1 болел туберкулезом. С 1996 г. отмечается бурный рост ко-инфекции. На сегодняшний день туберкулез является одним из самых частых ВИЧ-ассоциированных заболеваний. Особенностью сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции является активация синдрома взаимногоотягощения.

Цель. Выявить динамику заболеваемости ко-инфекцией, установить возможные причины высокой (низкой) заболеваемости в конкретном районе и наметить мероприятия по ее снижению.

Материалы и методы. Государственная статистическая отчетность районных противотуберкулезных диспансеров Санкт-Петербурга, форма № 33 и № 8, за 2009–2013 года.

Полученные результаты. Проведен анализ данных, касающихся взятых на учет в отчетном году больных с впервые в жизни установленным диагнозом и контингентов больных (в том и другом случае использовались данные по сочетанию туберкулеза и ВИЧ-инфекции). Анализ показал, что динамика заболеваемости по сочетанию туберкулеза и ВИЧ-инфекции в городе Санкт-Петербурге с 2009–2013 г. имеет тенденцию к возрастанию. Среди взятых на учет в отчетном году больных с впервые в жизни установленным диагнозом сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции, наибольшая заболеваемость отмечалась в 2009 году в Красногвардейском районе, в 2010 году в Пушкине, с 2011–2013 года в Ломоносове. Наименьшая заболеваемость в данной группе выявлена в 2009–2010 годах в Сестрорецке и Ломоносове, в 2011 году в Кронштадте, в 2012 году в Кронштадте и Сестрорецке, в 2013 году в Пушкине. Анализ данных по контингентам больных на конец отчетного года установил, что наибольшая заболеваемость сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекцией наблюдалась в 2009; 2010; 2012 и 2013 годах в Ломоносове, в 2011 году в Колпино. Наименьшая заболеваемость в этой группе отмечалась с 2009–2013 года в Сестрорецке.

Выводы. Динамика заболеваемости сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге среди взятых на учет в отчетном году больных с впервые в жизни установленным диагнозом, а также среди контингентов больных, имеет тенденцию к возрастанию. Крайне неблагоприятная ситуация наблюдается в Ломоносове, что может быть связано как с увеличением численности нелегальных мигрантов, так и с тем, что в Ломоносове имеется крупный порт и несколько железнодорожных станций. Более благоприятная ситуация отмечалась в Сестрорецке, так как Сестрорецк является курортным районом, в котором проживает категория наиболее социально-благополучного населения.

ВОЗМОЖНОСТИ ВНУТРИКОЖНОЙ ПРОБЫ С ПРЕПАРАТОМ «ДИАСКИНТЕСТ» В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

¹Евсеев П.Ю. орд. 2015 года каф. фтизиопульмонологии и торакальной хирургии

Руководители темы: ¹Кондакова М.Н. проф. каф. фтизиопульмонологии и торакальной хирургии, д.м.н.,

²Ковалева Р.Г. асс. каф. фтизиопульмонологии и торакальной хирургии, к.м.н.,

³Александрова Н.И. отд. дифференциально-диагностическое, к.м.н.,

¹Володич О.С. научн. сотр.

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова

²ГПТД

³СПб НИИ фтизиопульмонологии

В последние 10 лет в мировой медицинской практике используют новые диагностические тест-системы, разработанные на основе синтетических пептидов, в том числе ESAT6 и CFP10. Особенностью этих пептидов является их связь с вирулентностью *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ). Данные антигены экспрессируются только при размножении МБТ в организме человека. Таким препаратом является «Диаскинтест» (Diaskintest®). Препарат используется во всех возрастных группах с целью: 1) диагностики туберкулеза и оценки активности процесса; 2) дифференциальной диагностики туберкулеза; 3) дифференциальной диагностики поствакцинальной и инфекционной аллергии (гиперчувствительности замедленного типа); 4) наблюдения за эффективностью лечения в комплексе с другими методами.

Цель. Оценка возможности в/к пробы с препаратом «Диаскинтест» в дифференциальной диагностике туберкулеза, саркоидоза, доброкачественных новообразований легких, рака легких, пневмонии и других неспецифических заболеваний легких.

Материалы и методы. Всего с применением пробы с «Диаскинтестом» было исследовано 690 больных, из них: 352 мужчины (51,01%) и 338 женщин (48,99%). Все больные обследовались на первом этапе по единому стандарту, включая анамнестические данные, анализ рентгеноархива и выполнение КТ легких, клинический и биохимический анализы крови, исследование серологических реакций на туберкулез, бактериологическое исследование мокроты или смывов из бронхов на МБТ. Всем больным диагноз был подтвержден на основании патологогистологического исследования.

Полученные результаты. Из обследованных 690 дифференциально-диагностических больных, 139 пациентам (20,14%) установлен диагноз туберкулезного процесса, 156 больным (22,61%) — саркоидоз, 38 больным (5,51%) — доброкачественное новообразование легкого, 207 больным (30%) — рак легкого, 65 больным (9,42%) — пневмония и у 85 пациентов (12,32%) выявлены другие неспецифические заболевания легких. У больных туберкулезом (139) «Диаскинтест» был положительным в 92 случаях (66,19%), 58, 69% которых (54) составляли гиперпробы (≥ 15 мм). Среди прочих больных (551) положительный результат «Диаскинтеста» отмечался лишь у 151 пациента (27,41%), 32,45% которых (49) также выдали гиперергическую реакцию на препарат. Примечательно, что большая доля гиперпроб у больных «не туберкулезом» (33 из 49—67,35%) приходилась на рак легкого. Кроме того, следует выделить достоверно ($p < 0,00001$) отличающуюся от остальных группу больных саркоидозом, среди которых в 85, 26% случаев (133) «Диаскинтест» был отрицательным и лишь у 14,74% больных (23) — положительным.

Выводы. Таким образом, чувствительность теста составила 66%, специфичность — 72%, и тест был эффективен, в первую очередь, в случае отбора больных туберкулезом из общего числа пациентов ($p < 0,00001$). Рассматривая возможности пробы в зависимости от нозологической формы заболевания, лишь в случае дифференциальной диагностики туберкулеза и саркоидоза «Диаскинтест» оказался наиболее информативным ($p < 0,00001$). Также следует заметить, что при онконастороженности гиперергическая реакция на препарат не исключала наличия рака легкого, потому данная категория больных требует более тщательного обследования.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ С МЛУ МБТ С 2009 ПО 2013 ГОД ПО ГОРОДУ САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

¹Яковенко А.А. 6 к. 623 гр. МПФ

Руководители темы: ²Кондакова М.Н. проф. каф. фтизиопульмонологии и торакальной хирургии, д.м.н., ¹Шалыгин К.В., к.м.н.

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова

²СПбГБУЗ ГПНД №18

Неуклонный рост числа пациентов, инфицированных лекарственно-устойчивыми штаммами микобактериями туберкулеза, ведет к существенному снижению эффективности лечения. Особую озабоченность вызывает увеличение числа микобактерий туберкулеза, резистентных к основным противотуберкулезным препаратам (изониазиду и рифампицину) множественная лекарственная устойчивость (МЛУ).

Цель. Оценить динамику заболеваемости населения туберкулезом в сочетании с МЛУ МБТ в городе Санкт-Петербург за пятилетний период с 2009 по 2013 гг.

Материалы и методы. Отчетная форма № 8 государственного статистического наблюдения за указанный период.

Полученные результаты. Проведен анализ данных заболеваемости МЛУ -туберкулезом с 2009 по 2013 год по СПб, рассмотрена динамика заболеваемости по каждому району города. Наименьшие показатели регистрируются в 2009 году, и к 2013 году показатели значительно возрастают. Показатели заболеваемости в Центральном районе — 14,7% в 2009 г., а в 2013 г. — 90,7%, в Кронштадте в 2009 г. — 20,0%, а в 2013 г. — 70%, в Колпино в 2009 г. — 5,5%, в 2013 г. — 68,9%, что дает основание сделать вывод о прогрессирующем росте заболеваемости МЛУ-туберкулеза.

Выводы. Динамика заболеваемости сочетания туберкулеза и МЛУ в СПб среди взятых на учет в отчетном году больных с впервые в жизни установленным диагнозом, а также среди контингентов больных, имеет тенденцию к возрастанию. Данный рост можно объяснить усовершенствованием методов системы регистрации и выявления устойчивости МБТ. Важно отметить, что не все бактериовыделители обследуются на ЛУ, и вероятно, истинные цифры заболеваемости МЛУ-туберкулезом в реальности еще выше.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛЕГОЧНЫХ МИКОБАКТЕРИОЗОВ

Кузюта И.Л. 4 к. 409 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Кривonos П.С.* доц. каф. фтизиопульмонологии, к.м.н.

БГМУ, Минск, Белоруссия

Нетуберкулёзные микобактерии (НТМБ) — широко распространённые в природе микроорганизмы, которые при определённых условиях в организме человека могут вызывать заболевания — микобактериозы (МБ). В последнее десятилетие отмечается как рост числа патогенных видов, так и количество выявленных легочных микобактериозов.

Цель. Изучение клинико-рентгенологических и лабораторных проявлений МБ, возможностей ранней диагностики легочных МБ, а также результатов проведенного лечения.

Материалы и методы. Проводился ретроспективный анализ историй болезни 22 пациентов с микобактериозом легких, находившихся на стационарном лечении в РНПЦ фтизиатрии и пульмонологии и противотуберкулезном диспансере № 2 г. Минска за 2012 год. Всем пациентам проведено комплексное клинико-рентгенологическое обследование, и диагноз МБ установлен, в соответствии с критериями Американского торакального общества.

Полученные результаты. В изучаемой группе выделены как медленнорастущие (45,5%), так и быстро растущие (54,5%) микобактерии. 81,8% исследуемых предъявляли жалобы респираторного, а 13,6% — интоксикационного характера, боль в грудной клетке отмечали 9,1%. Бессимптомное начало отмечали 18,2%. Рентгенологически выявляли мелкоочаговую и

среднеочаговую диссеминацию (90,9%), грубую и ячеистую деформацию легочного рисунка (68,2%), бронхоэктазы в 22,7% случаев. Сроки лечения в среднем составляли 5 месяцев. По эмпирическому режиму назначались кларитромицин в сочетании с амикацином, этамбутолом и рифампицином и другие схемы. В большинстве случаев отмечалась положительная динамика.

Выводы:

1. Проявления МБ не имеют специфических признаков, длительное время протекают по типу туберкулеза или неспецифических заболеваний легких, что затрудняет своевременное распознавание заболевания.
2. Значительный полиморфизм проявлений легочных МБ требует своевременной диагностики и лечения, а также разработки единых, стандартизированных протоколов диагностики и химиотерапии заболевания.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Дрючина А.Ю. 6 к. 606 гр. медицинский факультет

Руководитель темы: Арчакова Л.И. доц. каф. госпитальной терапии, д.м.н.

СПбГУ

В современном мире туберкулез представляется глобальной проблемой здравоохранения. Показатели заболеваемости туберкулезом неизменно растут, особенно это касается тяжелых форм заболевания с первичной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза (ЛУ МБТ) и вторичным иммунодефицитом. При таких формах туберкулеза антибактериальная комбинированная полихимиотерапия часто оказывается малоэффективной. Таким образом, в комплексе мероприятий по борьбе с туберкулезом важное место занимает хирургическое лечение, оказывая заметное влияние на уменьшение резервуара туберкулезной инфекции.

Цель. Изучение отдаленных результатов хирургического лечения больных туберкулезом легких на фоне химиотерапии.

Материалы и методы. Отдаленные результаты хирургического лечения изучались у 27 больных туберкулезом легких, оперированных в различных хирургических отделениях города Санкт-Петербурга в 2009–2012 гг., в сроки от 2 до 5 лет после выписки из хирургического стационара. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни больных. Статистическая обработка проводилась с применением программы Microsoft Office Excel. Среди больных было 17 мужчин (63%) и 10 женщин (37%). В возрастной структуре исследованных больных преобладали лица 18–40 лет.

Полученные результаты. При анализе медицинской документации было выяснено, что чаще всего для лечения туберкулеза легких проводятся такие операции, как резекции сегментов легких и лобэктомии. Среди впервые выявленных больных чаще применяют резекции легких (53%), а среди лиц из контингентов — лобэктомии (50%).

Исследование отдаленных результатов показало, что в 20% случаев происходит рецидив туберкулеза легких, чаще у лиц из контингентов, чем у впервые выявленных (25% рецидивов против 17, 7%). Наличие лекарственной устойчивости (ЛУ), главным образом, МЛУ и ШЛУ, повышает частоту реактивации туберкулеза более чем на 11%.

Выводы. По итогам исследования было выявлено, что на отдаленные результаты хирургического лечения туберкулеза легких влияют многие факторы. ЛУ МБТ, как главный фактор сниженной эффективности послеоперационного курса химиотерапии, повышает частоту рецидивов туберкулеза. Однако воздержание от хирургических методов лечения при наличии показаний к оперативному вмешательству ведет к явному ухудшению результатов лечения больных лекарственно-резистентным туберкулезом легких.

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПО ДАННЫМ РАБОТЫ СПб ГБУЗ «ПТД № 2» ВАСИЛЕОСТРОВСКОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

¹Лаба Д.В. 6 к. 607 гр. МПФ

Руководители темы: ²Кондакова М.Н. проф. каф. фтизиопульмонологии
и торакальной хирургии, д.м.н., ¹Зайцев А.В., к.м.н.

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова

²СПбГБУЗ ПТД №2

ВИЧ-инфекция в сочетании с туберкулёзом продолжает оставаться значимой медицинской проблемой, приводящей к высокой летальности. Смертность при ВИЧ-ассоциированном туберкулёзе возрастает. Чаще причиной смерти является СПИД на 4 и 5 стадиях заболевания. Такая же тенденция прослеживается и по материалам работы ПТД № 2 В. О. р-она СПб. Так, среди умерших больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом в 2012 году (n=8) от ВИЧ умерли 8 человек; 2013 год (n=8): умерло от ВИЧ — 8 человек; в 2014 году (n=11): умерли от ВИЧ — 7 человек, а от туберкулёза — 3 человека. Отмеченные в 2014 году 3 случая смерти больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом от туберкулеза несколько отклоняются от общей динамики, что составляет определенный научный интерес.

Цель. Выявить особенности клинической картины туберкулеза, явившегося причиной смерти больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом.

Материалы и методы. Истории болезни 6 пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом, трое из которых умерли от туберкулёза и трое — от прогрессирования ВИЧ-инфекции. Пациенты находились под наблюдением СПб ГБУЗ «ПТД № 2».

Полученные результаты. Во всех случаях смерти от ВИЧ-инфекции, предшествующим заболеванием являлся именно СПИД, туберкулез диагностирован через 3–10 лет от момента установления ВИЧ-инфекции у данных пациентов. Туберкулез выявлен при прогрессировании СПИДА, путем проведения клинического стандарта обследования лучевыми методами диагностики. Важно отметить, что у больных, умерших от ВИЧ-инфекции, клиническими формами туберкулеза, установленными на аутопсии, являлись формы с поражением внутригрудных лимфатических узлов — в двух случаях ТВГЛУ, у одного больного — ПТК. Как известно практикующим фтизиатрам, данные клинические формы, будучи единственной нозологией, практически никогда не приводят к смерти больного. Материалы нашего анализа подтверждают факт взаимного отягощения ВИЧ-инфекции и туберкулеза.

Выводы. Среди больных, умерших от туберкулеза, на аутопсии установлены формы патологии, которые довольно часто приводят к летальному исходу в том числе, иммунокомпетентных пациентов. Наши данные совпадают с имеющимися публикациями в отношении необходимости дальнейшего изучения этой актуальной проблемы. Необходимо внести уточнения в существующие морфологические классификации туберкулёза с учётом установленных особенностей проявления сочетанной инфекции. Теоретические и практические аспекты сочетанного течения ВИЧ-инфекции и туберкулёза нуждаются в дальнейшем комплексном изучении с обязательным морфологическим анализом.

ТУБЕРКУЛЕЗ У ТРУДОВЫХ ЭМИГРАНТОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 2011–2014 ГГ.

¹Варнавская А.М. 6 к. 634 гр. ЛФ

Руководители темы: ²Кондакова М.Н. проф. каф. фтизиопульмонологии и торакальной хирургии, д.м.н.,

²Ковалева Р.Г. отд. дифференциальной диагностики, к.м.н., ¹Шалыгин К.В., к.м.н.

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова

²СПбГБУЗ ГПТД №18

Среди многих причин неблагополучия по туберкулезу в России следует отметить одну из основных, влияющих на эндемию туберкулеза в современных условиях — миграция населения,

вызванная в основном притоком лиц: гастарбайтеров, беженцев из бывших союзных республик. Проблема миграции и соответственно вопросы противодействия завоза новых случаев туберкулеза в Россию очень актуальна. Ежегодно в Россию совершает миграцию миллионы граждан других стран. По данным Роспотребнадзора за 2012 год заболеваемость туберкулезом среди трудовых мигрантов в России почти в 4 раза превышает показатель заболеваемости среди населения России и составляет 247 случаев на 100 тысяч населения. По данным Минздрава РФ, заболеваемость туберкулезом среди россиян составляет 73 на 100 тысяч населения. В Санкт-Петербурге показатель заболеваемости активно уменьшается, однако за счет мигрантов общая цифра по территории остается высокой. В 2012 году в Санкт-Петербург прибыло 228 тысяч трудовых мигрантов. Туберкулез был обнаружен у 410 человек, в связи с чем Роспотребнадзор подготовил 406 проектов о нежелательности пребывания этих лиц на территории России. Однако были депортированы или уехали по собственному желанию лишь половина гостей города.

Цель. Изучить динамику клинической структуры туберкулеза у трудовых эмигрантов в Санкт-Петербурге за период с 2011 по 2014 гг.

Материалы и методы. Сведения из годовых отчетов Городского Противотуберкулезного Диспансера СПб, за 2011–2014 гг.

Полученные результаты. В 2011 году в Санкт-Петербурге зарегистрировано 548 случаев завоза туберкулеза гражданами из других стран, в 2012 году — 410 случаев, в 2013 году в Санкт-Петербурге зарегистрировано 371 случай завоза. В 2014 году выявлено на 186 человек больше, чем в 2013 году (557 человек). В структуре заболеваемости преобладает туберкулез органов дыхания — 99,1%.

Выводы. За 2011–2014 гг. число случаев завоза туберкулеза иностранными гражданами увеличилось. Появились тяжелые внелегочные формы туберкулеза, в том числе туберкулез центральной нервной системы. Чаше заболевание регистрируют у мужчин — 81% в трудоспособном возрасте — 18–45 лет. В клинической структуре в течение 2011–2014 гг. превалирует инфильтративный туберкулез — форма, которая наиболее склонна к формированию распада легочной ткани и бактериовыделению. Проблему состоит также и в том, что лишь половина больных, на которых подготовлены проекты о нежелательности пребывания этих лиц на территории России, фактически уезжают из Санкт-Петербурга.

УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРОЛА У ПАЦИЕНТОВ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ВОСПАЛЕНИЯ

Кухта Е.А. 4 к. 431 гр. ЛФ, *Доценко К.Э.* 4 к. 430 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Кривошеева Ж.И.* доц. каф. фтизиопульмонологии, к.м.н.

БГМУ, Минск, Белоруссия

По современным представлениям *M. tuberculosis* обладает способностью влиять на липидный обмен, в частности — на обмен холестерина. Низкие уровни холестерина плазмы крови обнаруживаются у пациентов с заболеваниями, патогенез которых ассоциирован с воспалением.

Заболеваемость и исходы определяются состоянием иммунной системы организма, функциональные резервы которой можно косвенно оценивать по уровню общего холестерина (ОХС).

Цель. Оценить липидный статус у иммунокомпетентных и иммунокомпрометированных пациентов со специфическими формами воспаления.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 79 историй болезни пациентов с верифицированным диагнозом легочной формы туберкулеза и ВИЧ-инфекции, проходивших лечение в ГУ «РНПЦ ПФ» и УЗ «ГКИБ» г. Минска в период с августа 2010 по ноябрь 2014 года. Критерии включения в исследование: рентгенологически и бактериологически верифицированный диагноз туберкулезного процесса; серологически и вирусологически верифицированный диагноз ВИЧ-инфекции; данные исследования уровня ОХС в сыворотке крови.

Сформировано 3 группы: (1) — ВИЧ-негативные пациенты с туберкулезом (n=34), (2) — ВИЧ-инфицированные пациенты с туберкулезом (n=17), (3) — ВИЧ-инфицированные пациенты без специфического воспаления (n=28).

Данные обработаны в программе SPSS Statistics 20.0.

Полученные результаты. Уровень ОХС в группе ВИЧ-инфицированных пациентов не страдающих туберкулезом составил $3,1 \pm 0,28$ ммоль/л ($p < 0,01$), в то время как у ВИЧ-негативных пациентов с туберкулезом ОХС был достоверно выше — $3,9 \pm 0,41$ ммоль/л ($p < 0,01$). У пациентов с ВИЧ-инфекцией и туберкулезным процессом уровень ОХС был $2,7 \pm 0,38$ ммоль/л ($p = 0,038$ относительно группы 3).

У погибших пациентов уровень ОХС был снижен и составил $1,98 \pm 0,47$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Выводы:

1. У пациентов с ВИЧ-инфекцией и туберкулезным процессом уровень общего холестерина достоверно ($p = 0,038$) ниже, чем у лиц без ВИЧ-инфекции.
2. Уровень общего холестерина может быть использован в качестве критерия оценки степени тяжести заболевания.
3. Коморбидность туберкулеза и ВИЧ-инфекции приводит к статистически значимому минимуму уровня ОХС.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА GENEXPERT® (СЕРНЕИД) В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ЛЕГОЧНОЙ ДИССЕМИНАЦИИ И ПЛЕВРАЛЬНЫХ ВЫПОТОВ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Мильто Е.В. 4 к. 409 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Горенок Д.И.* асс. каф. фтизиопульмонологии
БГМУ, Минск, Белоруссия

GeneXpert® (Cepheid) MTB/RIF — автоматизированный молекулярный тест, позволяющий обнаружить ДНК микобактерий туберкулеза (МБТ) в биологическом материале. Данная тест-система позволяет менее чем за 2 часа обнаружить ДНК *M. tuberculosis* в операционном материале. Тест GeneXpert является эффективной альтернативой обычным методам диагностики туберкулеза, выявляя не только ДНК микобактерий в материале, но и наличие мутации в бактериальном геноме, определяющих чувствительность возбудителя заболевания к рифампицину.

Цель. Установить информативность метода GeneXpert на операционном материале по сравнению с рутинными бактериологическими методами.

Материалы и методы. Проанализировано 134 истории болезни пациентов с синдромом легочной диссеминации и плевральными выпотами неустановленной этиологии, которым выполнялись диагностические операции на базе ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» с 08.01.2013 по 30.10.2014. У 79 пациентов (58,9%) операционный материал исследовался методом GeneXpert. Возрастно-половой состав: женщины — 51%, мужчины — 49%; 18–45 лет — 48%, старше 45 лет — 52%. У 62% патологический процесс имел нетуберкулезную природу, у 38% гистологически был диагностирован туберкулез.

Полученные результаты. У 19 пациентов с туберкулезом (63%) отмечен положительный результат GeneXpert, у 11 пациентов (37%) — ложноотрицательный. Культуральные методы исследования показали рост культуры МБТ в 80% случаев (24 пациента). Несовпадение лекарственной устойчивости по данным GeneXpert и рутинных методов составило 17, 6%.

Среди пациентов с нетуберкулезной этиологией заболевания органов дыхания у 80% (39 пациентов) результат GeneXpert — отрицательный, у 20% (10 пациентов) — ложноположительный.

Выводы:

1. Частота положительных результатов GeneXpert при туберкулезе ниже, чем при использовании традиционных методов бактериологической диагностики. Ложноположительные результаты GeneXpert требуют дальнейшего исследования.
2. Следует с осторожностью руководствоваться данными о лекарственной устойчивости, полученными методом GeneXpert, в связи с достаточно высоким процентом ошибочных результатов (17, 6%).

ХИРУРГИЯ

АНАЛИЗ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ПРИЧИН НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТИ И НЕОПЕРАБЕЛЬНОСТИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Козлоска А.А. 5 к. 561 гр. ФИУ, Зотеев А.Н. 5 к. 561 гр. ФИУ

Руководитель темы: *Дрогомирецкая Е.И.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В России регистрируется отчётливый рост заболеваемости и смертности от колоректального рака, в основном за счёт местнораспространённых и метастатических форм. Комбинированный метод, сочетающий хирургический и химио-лучевой этапы, является основным методом лечения рака прямой кишки (РПК). Если на дооперационном этапе не получено достоверных данных о распространённости опухоли, вопрос о возможности оперативного лечения больного решается интраоперационно с использованием понятий операбельности, как состояния больного, позволяющего провести хирургическое лечение, и резектабельности, как наличия технических возможностей и условий для удаления опухоли.

Цель. Выявление интраоперационных причин нерезектабельности и неоперабельности во время первичного хирургического лечения РПК для их своевременного определения и выбора оптимальной тактики лечения и предупреждения развития осложнённых форм заболевания у данной группы больных.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ данных о распространённости РПК (аденокарцинома прямой кишки различной степени дифференцировки), полученных при хирургическом лечении больных, находившихся в клинике хирургических болезней имени В.А. Оппеля СЗГМУ им. И.И. Мечникова (СПбГМА И.И. Мечникова) с 2009 по 2013 год. Были использованы интраоперационные данные 203 операций, проведённых у 203 больных в возрасте от 40 до 85 лет (женщины — 109 человек (53, 7%), мужчины — 94 человек (46, 3%)), из них в экстренном порядке были прооперированы 16 больных (7,9%), в плановом — 187 (92,1%). Локализация первичной опухоли: верхнеампулярный отдел — 44 больных (21,4%), нижнеампулярный отдел — 70 больных (34,3%), ректосигмоидный отдел — 89 больных (44,3%). Осложнения РПК (кишечная непроходимость, кровотечение, перфорация толстой кишки) были выявлены у 16 больных (7,9%). У 112 больных (55,2%) были выполнены радикальные операции, у 66 больных (32,5%) — паллиативные (*anus praeternaturalis*), у 20 больных (9,9%) — циторедуктивные операции, у 5 больных (2,4%) — диагностическая лапароскопия или лапаротомия.

Полученные результаты. Среди 71 паллиативных и диагностических операций в 13 случаях (18,3%) были выявлены интраоперационные причины неоперабельности опухоли: асцит, вследствие множественного метастазирования (*mts*), в сочетании с высоким риском декомпенсации по сопутствующей патологии в 10 случаях (14,1%), асцит, вследствие канцероматоза брюшины, и высокий риск декомпенсации по сопутствующей патологии в 3 случаях (4,2%). В остальных случаях были выявлены: *mts* в печень и лимфатические узлы — в 20 случаях (28,2%), инвазия в органы женской половой системы — 11 случаев (16,3%), инвазия в органы мочевыделительной системы — 8 случаев (11,3%), прорастание опухоли в мезоректальную фасцию и *mts* в лимфатические узлы — 7 случаев (9,9%), большие размеры первичной опухоли с прорастанием в мезоректальную фасцию и клетчатку малого таза — 6 случаев (8,6%), инвазия в слепую кишку — 3 случая (4,2%), инвазия в органы опорнодвигательной системы — 2 случая (2,8%), и вследствие отсутствия соответствующей предоперационной подготовки, технической оснащенности, методов дополнительной интраоперационной диагностики и других условий для выполнения требуемого объёма операции, в 58 случаях (81,7%) опухоль была признана нерезектабельной.

Выводы. В 35% случаев была возможность своевременного определения нерезектабельности РПК, с помощью МРТ малого таза (местное распространение РПК) и неоперабельности, с помощью КТ брюшной полости (множественные mts, канцероматоз), и лапароскопического формирования anus praeternaturalis с последующим химиолучевым этапом лечения.

АТЕРОСКЛЕРОЗ — БОЛЕЗНЬ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Мохначев А.В. 5 к. 543 гр. ЛФ, Ермина М.Ю. 3 к. 354 гр. ЛФ, Бондаренко П.Б. 5 к. 544 гр. ЛФ, Декканова В.Д. 3 к. 354 гр. ЛФ, Оганесян Э.Г. 3 к. 321 гр. МПФ, Квиникадзе М.Г. 3 к. 353 гр. ЛФ, Каширская А.С. 3 к. 358 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Иванов М.А.* проф. каф. общей хирургии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Кардиометаболические факторы риска атеросклероза не подвергаются сомнению, но их происхождение требует дальнейшего изучения.

Цель. Изучение взаимосвязи между течением атеросклеротического процесса и состоянием пищеварительного тракта.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за 254 пациентами с мультифокальным атеросклерозом, которым осуществлялись реконструктивные вмешательства в связи с патологией магистральных артерий. В ходе обследования анализировалась выраженность ишемических изменений, функция печени и почек, больным выполнялась эзофагогастроскопия с исследованием на *Helicobacter pylori* (Hp), липидограмма, учитывалось наличие сопутствующих заболеваний. Анализировались причины эрозивно-язвенных изменений (ЭЯИ) слизистой оболочки желудка с отбором наиболее значимых для гастропатий факторов.

Результаты были разнесены по шкале среднеарифметических значений (mean) $\pm$ стандартное отклонение (SD). Сравнение групп средних арифметических значений было проведено посредством использования непараметрического критерия Манна-Уитни. Разница в категориальных переменных была проанализирована посредством χ^2 Пирсона и критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Полученные результаты. Эрозивно-язвенное поражение проксимальных отделов пищеварительного тракта преимущественно выявлялось у лиц с критической ишемией ($p < 0,05$). Изменение печеночной паренхимы сопровождалось наличием компонентов метаболического синдрома (повышение уровня триглицеридов и липопротеинов низкой плотности) у лиц с хронической ишемией III–IV степени по Fontain — А.В. Покровскому и поражением слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки ($p < 0,05$). Свидетельством повреждения печеночных функций у больных с распространенным атеросклерозом является присутствие диспротеинемии, сочетающейся с ЭЯИ желудка. Негативные воздействия на состояние пищеварительного аппарата оказывает алкоголь, табакокурение, использование противовоспалительных средств и маркеры дисбиоза, что сопровождается агрессивным течением атеросклероза ($p < 0,05$).

Выводы. Состояние пищеварения потенцирует прогрессирование кардиометаболических факторов риска атеросклероза, усугубляя повреждение эндотелия.

Реабилитационные программы для больных с распространенным атеросклерозом должны основываться на ликвидации патологии пищеварительного тракта.

ВЛИЯНИЕ МЕТОДИКИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ СВР В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Акулов Е.С. 4 к. 420 гр. МПФ, Захаров Е.А. 3 к. 344 гр. ЛФ, Коростелев Д.С. 3 к. 344 гр. ЛФ, Скопин С.Д. 3 к. 344 гр. ЛФ, Суrowцева Н.С. 3 к. 343 гр. ЛФ, Бондаренко П.Б. 5 к. 544 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Иванов М.А.* проф. каф. общей хирургии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Сегодня существует большой выбор хирургических методов лечения ишемической болезни сердца (ИБС). К ним относятся методы малоинвазивной хирургии — баллонное чрескожное

вмешательство (ЧКВ), стентирование и другие технологии. Используются и традиционные хирургические методы лечения — шунтирующие операции — аортокоронарное шунтирование (АКШ), маммарокоронарное шунтирование (МКШ). Выбор методов реваскуляризации миокарда осуществляется между стандартной методикой с применением аппарата искусственного кровообращения (АИК) — CABG и техникой OPCABG, MIDCABG, т. е. методами малоинвазивной реваскуляризации миокарда (МИРМ) на работающем сердце («off pump»).

Цель. Сравнительная оценка влияния методики шунтирующего вмешательства на итоги послеоперационного периода.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за 45 больными, которым осуществлялись шунтирующие вмешательства на коронарных артериях. В 28 случаях (62%) использовалась методика МКШ «off pump» из миниторакотомного доступа (MIDCAB) (основная группа), в 17 наблюдениях (38%) — аорто- и маммарокоронарное шунтирование (АКШ — МКШ) с использованием аппарата искусственного кровообращения (АИК) через срединную стернотомию (контрольная группа). Оценивались пол, возраст, антропометрические данные, основные показатели гемодинамики, стаж курения, сопутствующие заболевания, наличие или отсутствие сахарного диабета 2 типа; результаты Эхо-КГ, коронарографии; уровень эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, общего белка, глюкозы, фибриногена; особенности течения и осложнения раннего послеоперационного периода. Результаты были разнесены по шкале среднеарифметических значений (mean) $\pm$ стандартное отклонение (SD). Разница в категориальных переменных была проанализирована посредством χ^2 Пирсона и критерия Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Полученные результаты. При выполнении операции АКШ — МКШ с использованием АИК в ближайшем послеоперационном периоде достоверно чаще (82,3%) встречаются различные осложнения, чем при операции МКШ «off pump» (14,3%) ($p < 0,05$). Развитие системной воспалительной реакции (СВР) отмечалось в 9 случаях (52,9%) у контрольной группы, и у 3 пациентов (10, 7%) в основной группе ($p < 0,05$). Выявлено 3 случая (17,6%) пневмонии ($p < 0,05$) и 1 случай (5,9%) инфаркта миокарда в контрольной группе. Известно влияние АИК на развитие синдрома СВР и других опасных осложнений. Использовать МИРМ необходимо согласно определенным показаниям; операция MIDCAB в сочетании с методами эндоваскулярной хирургии (стентирование) является безопасной альтернативой АКШ при многососудистом поражении коронарных артерий.

Выводы. Операции MIDCAB сопровождаются меньшей частотой развития СВР в ближайшем послеоперационном периоде по сравнению со стандартной методикой АКШ-МКШ в условиях ИК.

ВОЗМОЖНОСТИ СОПРОВОДИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Хардигов М.А. 6 к. 646 гр. ЛФ, Жилина Ю.А. 5 к. 515 гр. МПФ,

Кона Д.С. 6 к. 646 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Дрогомйрецкая Е.И.* доц. каф. госпитальной хирургии имени В.А. Оппеля, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В последние годы наряду с противоопухолевыми средствами в онкологии всё шире используются препараты, улучшающие переносимость лечения. Это, в первую очередь, препараты, уменьшающие или полностью устраняющие токсические реакции. К ним относятся метаболитические препараты (цитофлавин, реамберин, ремаксол), цитопротекторы (гептрал, эссенциале), антисекреторные препараты (фамотидин, квамотел), регуляторы двигательной активности кишки (лоперамид), антималярии (церукал), железосодержащие препараты (феррум-лек, сорбиферр, венофорр) и др. Использование этих средств позволяет поддерживать качество жизни больных и сохранить их социальный статус.

Цель. Рассмотреть возможность применения сопроводительной терапии при лекарственном лечении рака органов брюшной полости.

Материалы и методы. Данная работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии им. В.А. Опделя. В основу взят материал историй болезни пациентов, проходивших лечение в СЗГМУ им. И.И. Мечникова за период с 2011 по 2013 года. Всего проанализированы результаты лекарственного лечения 8 пациентов. Из них 7 женщин и 1 мужчина в возрасте от 43 до 72 лет. Статистическая обработка данных проводилась в Microsoft Word & Excel 2010.

Полученные результаты. Пациенты относятся к старшей возрастной группе и отягощены сопутствующими патологиями (ИБС, ГБ, ХСН, СД 2, Хр. гастрит и ЯБЖ и ДПК и др.). Основной диагноз у 2 пациентов — Блостома сигмовидной кишки T4N2M1, у 1 пациента — Рак печёночного изгиба толстой кишки T3N2M1, у 1 пациента — Рак восходящего отдела толстой кишки 4 ст., у 1 пациента — Блостома поперечно-ободочной кишки 4 ст., у 1 пациента — Рак прямой кишки T4N2M1, у 1 пациента — Блостома селезёночного изгиба ободочной кишки T4N2M1, у 1 пациента — Блостома слепой кишки T4N2M1.). Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась паллиативная химиотерапия первой линии по схемам FOLFOX (6 пациентов), XELOX (1 пациент) и Gramont (1 пациент). Ввиду неэффективности первой линии паллиативной химиотерапии была назначена вторая линия по схеме EMR, включающая применение Цетуксимаба, Иринотекана и EMD (от 6 до 45 циклов), а также сопроводительной терапии. На основании полученных данных был выявлен высокий уровень эффективности сопроводительной терапии, а именно: произошла нормализация трансаминаз — у 2 пациентов, уменьшение цитотоксичности — у 6 пациентов, уменьшение диспепсических расстройств (тошнота — у 1 пациента, диарея — у 2 пациентов, рвота — не отмечалась). Вследствие этого появилась возможность увеличения продолжительности химиотерапии при сохранении изначально высоких активных доз препаратов.

Выводы. Использование сопроводительной терапии позволяет улучшить качество лечения и увеличить продолжительность жизни пациентам, получающим паллиативную химиотерапию.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹*Карибаев Б.Т.* инт. 1 года каф. хирургии

Руководители темы: ²*Омаров Н.Б.* асс. каф. хирургии, к.м.н.,

¹*Сабитов Е.Т.* отд. рентгенэндоваскулярной лаборатории

¹**ГМУ города Семей, Семипалатинск, Казахстан**

²**Медицинский Центр ГМУ города Семей**

В настоящее время эндоваскулярная хирургия является наиболее динамически развивающимся направлением медицины при лечении облитерирующих заболеваний нижних конечностей. При окклюзионно-стенотических поражениях сосудов нижних конечностей эндоваскулярные вмешательства имеют приоритет перед традиционным хирургическим или терапевтическим лечением (Капранов С.А., 2007).

Цель. Повысить эффективность хирургического лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) с применением ангиографа Siemens Artis Zee Floor

Материалы и методы. Материал работы составлен результатами лечения пациентов, госпитализированных в Медицинский Центр ГМУ города Семей в период с 2013 г. по 2014 г. в отделение сердечно-сосудистой хирургии. Проанализированы результаты лечения 30 пациентов. Из них мужчин 18 (60%), женщин — 12 (40%) в возрасте от 40 до 83 лет. Средний возраст составлял 65,2 года.

Полученные результаты. Пациентам было произведено 47 эндоваскулярных вмешательств (баллонная ангиопластика, стентирование, тромбоаспирация, реканализация) с помощью ангиографической системы Siemens Artis Zee Floor. В результате: 33 (70%) вмешательства оказались успешными, 5 (10%) вмешательств с субоптимальным результатом; 9 (19%) вмешательств закончились неудачно (6 (12%) баллонных ангиопластик, 3 (6%) реканализации). Осложнения во время операции были у 3 пациентов: межмышечная гематома — у 1 (3%) пациента, ретромбоз

артерий — у 2 (6%). Кровообращение клинически компенсировалось у 22 (73%) пациентов, субкомпенсация у 8 (26%) больных. По жизненным показаниям ампутация конечности была произведена 7 (23%) пациентам, экзартикуляция пальцев стопы 5 (16%) пациентам. В последующем поясничная симпатэктомия была произведена 4 (13%) пациентам, реваскуляризирующая остеотомия — 2 (6%), бедренно-подколенное шунтирование и респунтирование — 2 (6%).

Выводы. Эндоваскулярные вмешательства в комплексе с другими методами лечения являются эффективным, а иногда и единственным методом лечения поражений сосудистого русла при КИНК. При поражениях подколенно-берцового сегмента у больных КИНК эндоваскулярные вмешательства являются методом выбора.

ВЫБОР СПОСОБА УШИВАНИЯ РАН СЕРДЦА НАЧИНАЮЩИМ ХИРУРГОМ

Бестаева Д.И. 3 к. 361 гр. ФИУ, Абдуллаев М.М. 5 к. 561 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Дроздомирцкая Е.И.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Опделя, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

На сегодняшний день ранения сердца составляют 5–7% от числа всех проникающих ранений грудной клетки и относятся к числу крайне опасных повреждений. При этом летальность достигает 20–30%. При задержке в оказании экстренной медицинской помощи пострадавший умирает на месте от потери крови. В связи с этим мероприятия по оказанию помощи нужно осуществлять с максимальной быстротой.

Цель. Изучение наиболее оптимальных вариантов ушивания ран сердца.

Материалы и методы. В ходе работы нами были смоделированы клинические ситуации ранении сердца. На сердце было нанесено несколько колотых и резаных ран и последовательное их ушивание. Выбирая план зашивания ран сердца, мы ограничились минимальным количеством швов. Ушивание ран производилось узловыми и П-образными швами. При ушивании ран применялись атравматические круглые иглы, нерассасывающийся шовный материал, шаг шва 0,5 см. Применение нерассасывающегося шовного материала исключает вероятность расхождения краев раны до полного формирования прочного рубца. Главная трудность, с которой придется встретиться начинающему хирургу при зашивании раны сердца — прорезывание накладываемых швов. Это связано с техническими погрешностями — неумелым затягиванием или чрезмерным натяжением швов. Для предупреждения прорезывания швов в качестве подкрепляющего материала можно использовать лоскуты перикарда, фрагменты большой грудной мышцы, подкладку из синтетических материалов. Так как выделение фрагмента большой грудной мышцы отнимает у хирурга много времени, а подкладки из синтетических материалов не всегда можно использовать, мы остановились на выборе лоскута перикарда.

Полученные результаты. В результате проведенной работы, мы выявили наиболее оптимальное и надежное применение узлового шва при неглубоких ранениях сердца, а П-образный шов — при глубоких ранениях сердца.

Выводы. Ранения сердца требуют безотлагательной помощи пострадавшему, поэтому начинающий хирург должен уметь правильно и быстро выполнять операции по поводу ранений сердца.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭВОЛЮЦИИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Бондаренко П.Б. 5 к. 544 гр. ЛФ, Подсуслонникова Е.Д. 4 к. 420 гр. МПФ, Исса Н.А. 3 к. 344 гр. ЛФ, Шинкаренко И.А. 3 к. 344 гр. ЛФ, Жохов Д.П. 5 к. 544 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Иванов М.А.* проф. каф. общей хирургии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Атеросклеротический процесс у женщин развивается немного иначе в сравнении с течением заболевания у мужчин, что не учитывается в эпидемиологических исследованиях (основными участниками таковых обычно являются мужчины).

Цель. Выявить особенности течения атеросклеротического процесса у лиц женского пола.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за 128 пациентами с распространенным атеросклерозом, которым выполнялись реконструктивные оперативные вмешательства, из них было 87 мужчин и 41 женщина. Анализировались факторы риска атеросклеротического процесса, степень ишемии, семейная история неблагоприятных кардиоваскулярных событий, наличие гипотиреоза, лодыжечно-плечевой индекс, ежедневная физическая активность, локализация стенотического процесса, периоперационные отклонения артериального давления, осложнения и особенности течения послеоперационного периода. Вся полученная информация была статистически проанализирована посредством χ^2 Пирсона и критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Математическую обработку проводили с использованием пакета программ STATISTICA 10.

Полученные результаты. Как и следовало ожидать, средний возраст женщин с мультифокальным атеросклерозом оказался на 7 лет старше, чем у мужчин и составил, соответственно, $68,4 \pm 10,9$ у женщин и $61,4 \pm 9,9$ у мужчин ($p < 0,05$).

Изучение факторов риска атеросклероза показало, что отсутствие метаболического синдрома наблюдалось достоверно реже у лиц женского пола, что заставляет говорить о значимости влияния адипокинов на состояние кровотока на фоне преобладания женщин с признаками висцерального ожирения ($p < 0,05$).

Фактором риска неблагоприятного течения атеросклеротического процесса у женщин явилось наличие гипотиреоза, что лишний раз подтверждает роль гормонального дисбаланса у пациенток с хроническими вариантами нарушения кровообращения ($p < 0,05$).

Нельзя обойти вниманием и преобладание критической ишемии среди оперированных лиц женского пола (ЛПИ = $0,32 \pm 0,11$), что не было характерно для периферической артериальной болезни у мужчин ($p < 0,05$).

Выводы. К отличительным особенностям атеросклеротического процесса у женщин следует отнести тенденцию к наличию метаболического синдрома, гормональных изменений (в том числе гипотиреоз) и более агрессивного течения облитерирующего процесса с развитием критической ишемии.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ И ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Жирнова К.В. 4 к. 401 гр. ЛФ

Руководители темы: *Каторкин С.Е.* доц. каф. госпитальной хирургии, к.м.н.,

Сизоненко Я.В. доц., к.м.н.

СамГМУ, Самара

По данным российских эпидемиологических исследований, признаки хронической венозной недостаточности при обследовании лиц различного пола, возраста и профессии выявляются в 70–90% случаев. Кроме того, если раньше данную патологию относили к проблемам преимущественно людей пожилого возраста, то в настоящее время у 10–15% школьников имеются первые признаки венозного рефлюкса. Сочетание и взаимное отягощение патологии опорно-двигательной системы и хронической венозной недостаточности нижних конечностей приводит к развитию артрогенного конгестивного синдрома. При C5–C6 классах возможно формирование хронического компартмент-синдрома. Безусловно, при данной сочетанной патологии значительно повышается риск развития тромбоза глубоких вен и венозных тромбозомболических осложнений, особенно во время проведения оперативных вмешательств и в послеоперационном периоде.

Цель. Улучшение результатов лечения больных с сочетанным поражением опорно-двигательной и венозной систем нижних конечностей путем разработки и внедрения комплексного междисциплинарного подхода к выбору оптимальной тактики ведения.

Материалы и методы. Нами были проанализированы результаты обследования 452 пациентов с сочетанной патологией опорно-двигательной и венозной систем нижних конечностей.

Проводилось клиническое и инструментальное обследование (ультрасонодоплерография, компьютерная томография, плантография, подометрия, функциональная гониометрия, функциональная электромиография). Большей части пациентов (n=401) была выполнена оперативная коррекция нарушений периферической венозной гемодинамики с последующей консервативной коррекцией недостаточности венозной помпы бедра, голени (компрессионный трикотаж) и стоп (ортопедическая каркасная стелька). При необходимости ортопедическое оперативное вмешательство больным выполняли через 1–3 месяца после реабилитации.

Полученные результаты. С3 класс диагностирован у 168 (37%), С4 — у 124 (27%), С5 — у 102 (23%) и С6 — у 58 (13%) обследованных. Нетравматическая патология стоп выявлена у 404 (89%), а явления артроза суставов стопы у 203 (45%) пациентов. Клинический анализ движений выявил патологические изменения цикла шага и функциональную недостаточность нижних конечностей.

Выводы. При медицинской реабилитации пациентов с сочетанным поражением опорно-двигательной и венозной систем нижних конечностей необходим мультидисциплинарный подход. Разработанные критерии системного функционального подхода в диагностике и лечении помогут избежать многих ошибок в лечении пациентов данной категории.

ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

Перминова А.А. 6 к. 634 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Филенко Б.П.* проф. каф. факультетской хирургии им И.И. Грекова, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Послеоперационный перитонит (ПП) является одним из наиболее грозных осложнений в абдоминальной хирургии. Свидетельством этому служит сохраняющаяся высокая летальность, которая по оценкам разных авторов колеблется от 11% до 83%. В большинстве случаев данное патологическое состояние сопровождается повышением внутрибрюшного давления (ВБД). Стойкое повышение ВБД называется интраабдоминальной гипертензией (ИАГ), которая является пусковым механизмом нарушения функции различных органов и систем. Несвоевременные диагностика и коррекция ИАГ ведет к возникновению синдрома интраабдоминальной гипертензии (СИАГ), клиническим проявлением которого, является устойчивое повышение ВБД в сочетании с полиорганной недостаточностью.

Цель. Оценить прогностическую роль повышения ВБД в диагностике послеоперационного перитонита.

Материалы и методы. В основу исследования положен анализ результатов обследования и лечения 30 пациентов с ПП, находившихся на лечении в хирургическом отделении СПб ГБУЗ «Городская Покровская больница» с 2014 г. по 2015 г.: женщин 13 (43%), мужчин 17 (57%). Возраст пациентов от 21 года до 89 лет. По этиологии перитонита распределение больных выглядело следующим образом: перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки 7 (23%); деструктивный аппендицит 1 (3%); рак желудка 1 (3%); рак толстой кишки, осложнённый кишечной непроходимостью и перфорацией 8 (27%); дивертикулярная болезнь толстой кишки с перфорацией 2 (7%); острая спаечная кишечная непроходимость с некрозом тонкой кишки 7 (23%); острый деструктивный панкреатит 2 (7%); острый холецистит 2 (7%). Все больные оперированы по экстренным показаниям после проведения предоперационной подготовки. Пациентам проводился динамический мониторинг внутрибрюшного давления при поступлении и в послеоперационном периоде. Стойкое повышение ВБД расценивалось как ИАГ, а наличие признаков полиорганной дисфункции на фоне ИАГ более 20 мм. рт. ст. считалось проявлением СИАГ.

Полученные результаты. У всех 30 пациентов с ПП определялась ИАГ. Изменение ВБД распределилось следующим образом: после лапаротомии: I степень ИАГ — 30 (100%); перед релапаротомией: III степень ИАГ — 23 (77%); IV степень ИАГ — 7 (23%). У 20 (67%) больных после релапаротомии отмечалось повышение ВБД, что потребовало проведения повторных вмешательств по поводу прогрессирования перитонита (4), несостоятельности швов анастомозов (15), острой спаечной кишечной непроходимости (1). В 6 случаях из них потребовалось неоднократное выполнение санационных релапаротомий. Рана передней брюшной стенки ушивалась по Савчуку — 6 наблюдения, у 2 больных была сформирована лапаростома.

Выводы:

1. Изучение ВБД у пациентов с ПП в динамике является неотъемлемой частью диагностики ПП
2. Постепенное снижение ИАГ у больных с РП является прогностически благоприятным фактором, а повышение уровня внутрибрюшного давления, напротив, может говорить о прогрессировании основного заболевания, либо о развитии осложнений.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ С НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДРУГОГО ГЕНЕЗА

Константинов В.М. 5 к. 521 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Казущик В.Л.* доц. каф. 1-я кафедра хирургических болезней, к.м.н.
БГМУ, Минск, Белоруссия

Повышение онконастороженности и снижение диагностических ошибок у больных с предварительным диагнозом: «Острая кишечная непроходимость».

Цель. Выявить характерные признаки, которые помогут отличить кишечную непроходимость опухолевого от иного генеза.

Материалы и методы. Были просмотрены 160 историй болезни с 1 и 2 хирургических отделений за 2012, 2013, 2014 года с предварительным диагнозом «Острая кишечная непроходимость».

Полученные результаты:

1. Наиболее значимые выявленные жалобы, симптомы, показатели при колоректальном раке: боль в животе (80%), вздутие (53%), тошнота (53%), рвота (40%), нарушение отхождения газов (47%), наличие перистальтики (73%), лабораторные показатели: ОАК: эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, СОЭ; БАК: электролиты, общий белок, АСТ; коагулограмма: фибриноген, активность по Квику, МНО, ПТИ; ОАМ: белок.

2. Наиболее значимые выявленные жалобы, симптомы, показатели при кишечной непроходимости неопухолевого генеза: боль в животе (93%), тошнота, рвота (53%), отсутствие стула (53%), нарушение отхождения газов (53%); перистальтика (47%), лабораторные показатели: ОАК: эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, СОЭ; БАК: общий белок, АСТ, АЛТ; коагулограмма: фибриноген, активность по Квику, МНО, ПТИ.

Выводы:

1. Тошнота, боль в животе, нарушение отхождения газов, анемия и изменения в коагулограмме — характерны для колоректального рака.

2. Боль в животе, тошнота, рвота, нарушение отхождения газов, отсутствие стула длительное время, вздутие, отсутствие анемии, повышение АСТ, АЛТ — характерны для кишечной непроходимости неопухолевого генеза.

3. Специфические данные, полученные в ходе работы, помогут повышению онконастороженности и снижению диагностических ошибок у больных с предварительным диагнозом: «Острая кишечная непроходимость».

ЕЖЕДНЕВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Бондаренко П.Б. 5 к. 544 гр. ЛФ, *Кицбашвили Р.В.* 4 к. 420 гр. МПФ, *Джалилова Ш.А.* 3 к.

333 гр. ЛФ, *Пароникян М.В.* 3 к. 358 гр. ЛФ, *Абдурахманова З.Ш.* 3 к. 348 гр. ЛФ,

Гусенов И.Г. 3 к. 392 гр. ЛФ, *Хамурзаев И.Б.* 3 к. 340 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Иванов М.А.* проф. каф. общей хирургии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В последнее время во всем мире имеется тенденция к увеличению развития атеросклеротического процесса среди населения. К этому предрасполагают огромное

количество факторов риска, среди которых особое место занимает низкая физическая активность.

Цель. Оценка взаимосвязи между ежедневной физической активностью и течением облитерирующего атеросклероза

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения над 78 пациентами с проявлением периферического атеросклероза. В основную группу вошли 59 пациентов с низкой ежедневной физической активностью, в контрольную — 12 пациентов с высокой.

Результаты исследования были разнесены по шкале среднеарифметических значений (mean) $\pm$ стандартное отклонение (SD). Сравнение групп средних арифметических значений было проведено посредством использования непараметрического критерия Манна–Уитни. Разница в категориальных переменных была проанализирована посредством χ^2 Пирсона и критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Математическая обработка проводилась с использованием пакета программ STATISTICA 10.

Полученные результаты. Лица из категории с высокой ежедневной физической активностью характеризовались относительно благоприятным течением периферического атеросклероза с клиническими проявлениями в виде дисбазии со стабильной дистанцией ходьбы (хроническая ишемия II б ст по Fontaine — А. В. Покровскому; $p < 0,05$).

У абсолютного большинства лиц с низкой физической активностью атеросклеротический процесс развивался на фоне артериальной гипертензии с поражением органов мишеней (III стадия гипертонической болезни; $p < 0,05$).

Помимо этого, сочетание периферического атеросклероза и ИБС, как правило, было свойственно лицам с низкой физической активностью (у больных регистрировалась стенокардия и постинфарктный кардиосклероз; $p < 0,05$).

Для пациентов со значительной физической активностью были не характерны неоднократные, повторные реконструктивные операции на магистральных сосудах, что позволяет говорить и об эффективной реабилитации в послеоперационный период ($p < 0,05$).

Выводы. Недостаточная ежедневная физическая активность предрасполагает к прогрессивному течению периферического атеросклероза, что следует учитывать при разработке реабилитационных программ.

ЕСТЕСТВЕННАЯ ИСТОРИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Жохов Д.П. 5 к. 544 гр. ЛФ, *Габриелян Л.Р.* 3 к. 308 гр. МПФ, *Габриелян Д.Р.* 3 к. 308 гр. МПФ, *Артемова А.С.* 3 к. 331 гр. ЛФ, *Бондаренко П.Б.* 5 к. 544 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Иванов М.А.* проф. каф. общей хирургии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Влияние сахарного диабета 2 типа (СД 2) на особенности течения атеросклеротического процесса многообразно и драматично.

Цель. Выявление основных закономерностей развития распространенного атеросклероза на фоне СД 2 типа.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за 65 больными с мультифокальным атеросклерозом, из которых у 42 человек был констатирован СД 2 типа (основная группа). В контрольной группе (23 пациента) изменений углеводного обмена зарегистрировано не было. Анализировались факторы риска атеросклероза, изменения гемодинамики в периоперационном периоде, биохимические показатели крови, величина операционной кровопотери, итоги оперативных вмешательств.

Статистический анализ. Результаты были разнесены по шкале среднеарифметических значений (mean) $\pm$ стандартное отклонение (SD). Сравнение групп средних арифметических значений было проведено посредством использования непараметрического критерия Манна–Уитни. Разница в категориальных переменных была проанализирована посредством χ^2 Пирсона и критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Математическую обработку проводили с использованием пакета программ STATISTICA 10.

Полученные результаты. Для больных с СД 2 типа было характерно преобладание нерегулируемой артериальной гипертензии, среди названной категории больных чаще встречалось висцеральное ожирение и дислипидемия ($p<0,05$).

Изучение результатов оперативных вмешательств показано очевидное преобладание частоты тромбозов после реконструкции в основной группе (втрое больше ампутаций в сравнении с контролем).

Достоверно чаще регистрировались неблагоприятные артериальные события, особенно ишемический инсульт ($p<0,05$).

Настораживает и увеличение частоты в сравнении с контролем инфекционных поражений сосудистого протеза в основной группе.

Выводы. Метаболический синдром у больных СД 2 типа негативно сказывается на частоте осложнений после реконструктивных вмешательств, что заставляет чаще использовать малоинвазивные варианты помощи у названной категории больных.

ЗАВОРОТЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Максимова Н.Л. 5 к. 504 гр. МПФ

Руководитель темы: *Филенко Б.П.* проф. каф. факультетской хирургии им И.И. Грекова, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В структуре форм острой кишечной непроходимости (ОКН) толстокишечная достигает 39, 4%. В 90–96% наблюдений причиной ее являются опухоли толстой кишки. Заворот толстой кишки, как причина ОКН встречается в 3–6% случаев. В связи с редкой встречаемостью, изменчивой клинической картиной, диагностика ее затруднена, а лечебная тактика разноречива, нередко запоздалая.

Цель. Показать возможности подхода в выборе способа хирургического лечения заворотов толстой кишки.

Материалы и методы. За последние 5 лет (2010–2014 гг.) в хирургическом отделении № 2 в экстренном порядке прооперировано 114 пациентов с ОКН, из которых в 63 случаях причиной ее была толстокишечная. Заворот толстой кишки встретился 4 раза, что составило 6, 3% от толстокишечной непроходимости или 3, 5% от всех видов ОКН.

В 3 случаях причиной заворота стала удлинненная сигмовидная кишка и ее перекрут, в одном — удлинненный печеночный изгиб толстой кишки, с вовлечением в патологический процесс поперечной ободочной кишки.

Полученные результаты. В зависимости от уровня заворота клиническая картина может меняться от характерной для ОКН, до атипичной — выражающейся в появлении в животе болей неопределенного характера, различной интенсивности и локализации, возникновение диспептических расстройств, что затрудняет своевременную диагностику и приводит к запоздалому хирургическому лечению. В первую очередь это относится к лицам пожилого и преклонного возраста, у которых чаще и развивается заворот. Нерегулярный стул, боли в животе и его вздутие нередко являются для них привычным состоянием, затягивая время обращения за медицинской помощью.

Картина обзорной рентгенографии брюшной полости, в зависимости от того, какой отдел толстой кишки завернут, меняется. При завороте сигмы на рентгенограмме видна баллонообразно раздутая толстая кишка. При завороте других отделов, картина может быть нехарактерной.

Объем хирургического лечения определяется степенью морфологических изменений стенки кишки. При отсутствии таковых — операция может ограничиться деторсией. Этот вид вмешательства проводится пациентам с выраженными сопутствующими заболеваниями, воспалительными изменениями в брыжейке сигмовидной кишки. В последующем, спустя 1–2 месяца после операции, таким пациентам показан плановый этап лечения — резекция удлинненной сигмовидной кишки. При отсутствии воспалительных изменений и стабильном состоянии пациента деторсия может быть дополнена сигмопликацией по Гаген-Торну. Наличие необратимых изменений кишки требует ее обструктивной резекции в пределах здоровых тканей с формированием одноствольной колостомы, которая после стихания воспалительных изменений может быть в плановом порядке закрыта.

Индивидуальный, оптимальный подход к выбору способа хирургического лечения, включающий резекцию сигмы, позволяет предупредить развитие осложнений и в несколько этапов провести окончательное лечение. Возникновение заворота — признак, требующий кардинального разрешения проблемы— резекции кишки. Ограничение операции деторсией, не исключает развития повторного заворота с развитием фатальных осложнений.

Выводы. Клиническое проявление долихосигмы в виде заворота является признаком, указывающим на необходимость проведения хирургических мер, направленных на резекцию удлиненной сигмовидной кишки.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ГОЛЕНИ

Манджаева С.У. 6 к. 643 гр. ЛФ, *Умаханов З.Б.* 5 к. 514 гр. МПФ,

Топузов Р.Э. асп. 3 года каф. госпитальной хирургии им. В.А. Опделя

Руководитель темы: *Дрогомирецкая Е.И.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Опделя, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Лечение осложненных трофических язв вследствие хронической венозной недостаточности (ХВН) остается одной из наиболее трудных проблем в клинике сосудистой и общей хирургии. У 35–60% трудоспособного населения встречается ХВН нижних конечностей, а в пожилом и старческом возрасте распространенность заболевания увеличивается до 80%. Среди данных пациентов у 12,5% развиваются трофические язвы, приводящие к инвалидизации и трудно поддающиеся лечению.

Цель. Продемонстрировать необходимость этапного лечения осложненных трофических язв, используя возможности современных технологий.

Материалы и методы. Проведен анализ истории болезни пациентки К., 78 лет, с диагнозом: гигантская вторично инфицированная застойная трофическая язва правой голени II ст., находящейся на стационарном лечении в клинике госпитальной хирургии им. В.А. Опделя (зав. каф., д. м. н., проф. Э.Э. Топузов).

Полученные результаты. В клинику 17.04.2014 поступила пациентка К., 78 лет, с жалобами на отеки нижних конечностей, язву правой голени. Из анамнеза: считает себя больной последние полтора года, в течение которых неоднократно получала консервативное лечение в различных стационарах города, была проконсультирована эндокринологом, однако, на фоне лечения улучшений не наблюдалось, возникало прогрессирование заболевания

Объективно: циркулярный язвенный дефект правой голени протяженностью 15 см в пределах подкожно-жировой клетчатки с перифокальным воспалением, плотными налетами фибрина, некрозами, обильной экссудацией мутным зловонным отделяемым.

При обследовании у пациентки исключен сахарный диабет, проведено УЗИ сосудов нижних конечностей: артерии без гемодинамически значимых стенозов, регургитация на аортальном клапане БПВ справа до I сек, до средней 1/3 бедра. При эхокардиографии отмечено значительное снижение сердечного выброса с признаками застоя по малому и большому кругам кровообращения. Отеки нижних конечностей были интерпретированы как кардиогенные. При гистологическом исследовании биоптатов из краев язвы исключена злокачественная опухоль с распадом. Поставлен диагноз: Основной: гигантская венозная трофическая язва II степени правой голени. Фоновый: сердечная недостаточность III ст. по NYHA. Хроническая венозная недостаточность СЕАР: C6, S Es, An, Pr, 2.

Лечение: На первом этапе проводилась активная санация и деконтоминация раны, с применением системных антибактериальных средств, местных антисептиков, современных раневых покрытий для размягчения фибрина и некрозов, а также для абсорбции отделяемого. С первого дня лечения выполнялась компрессионная терапия нижних конечностей, кардиотропная медикаментозная терапия, применялись антигипоксанты, веноτονники.

После очищения раны, для стимуляции развития грануляций, была применена терапия раны отрицательным давлением Negative-pressure wound therapy (NPWT). Через 2 сеанса NPWT, на зрелые грануляции, была выполнена вакуум-ассистированная аутотрансплантация

расщепленного кожного лоскута с бедра. Спустя 7 суток повязка была снята, площадь приживления трансплантата составляла порядка 90%. В дальнейшем местно использовался гель «Куриозин» и коллагеновые повязки, на фоне чего постепенно произошла полная эпителизация дефекта.

Выводы. Лечение осложненных трофических язв должно быть этапным и комплексным с применением современных технологий.

ИТОГИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ФОНЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Новикова А.И. 4 к. 408 гр. МПФ, *Быченко А.В.* 3 к. 344 гр. ЛФ, *Петрова В.А.* 3 к. 344 гр. ЛФ, *Бойков С.И.* 3 к. 344 гр. ЛФ, *Бондаренко П.Б.* 5 к. 544 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Иванов М.А.* проф. каф. общей хирургии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Значимость реабилитационных программ в хирургическом лечении мультифокального атеросклероза постоянно обсуждается специалистами по сердечно-сосудистым заболеваниям.

Цель. Оценка эффективности мероприятий по реабилитации больных с распространенным атеросклерозом.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за 49 пациентами, перенесшими оперативные вмешательства по поводу мультифокального атеросклероза. В основную группу вошли 27 больных, выполнявших реабилитационные рекомендации, контрольную группу составили 22 человека, у которых не было отмечено активного отклика на попытки реабилитации. Изучались отклонения артериального давления, выраженность ишемии, особенности медикаментозного воздействия, динамики дистанции ходьбы, трудоспособность, изменение социального статуса.

Полученные результаты. Достаточно доступной оказалось выполнение рекомендации по осуществлению антигипертензивной терапии и контролю артериального давления, что сказалось на результатах лечения в сравнении с контролем ($p < 0,05$).

Отказ от курения также возмозжен в случае осуществления реабилитационных мероприятий, что не наблюдалось среди пациентов контрольной группы ($p < 0,05$).

Диетические рекомендации были выполнимы в группе больных с активной реабилитационной тактикой по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

Решающим различием между группами оказалась дистанция ходьбы, увеличившаяся у лиц с реабилитационными мероприятиями в 70% наблюдений ($p < 0,05$).

Аналогичная ассоциация зарегистрирована и в отношении трудоспособности, улучшившийся половины больных основной группы ($p < 0,05$).

Обсуждение. В реабилитационных программах традиционно обсуждается готовность пациентов выполнять рекомендации и эффективность методов помощи, подтвержденная настоящим исследованием.

Выводы. Полноценные рекомендации по реабилитации после реконструктивных вмешательств на фоне атеросклероза являются действенным средством помощи, указанной категории больных.

К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗЯХ ФАТАЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫХ И АРТЕРИАЛЬНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ

Хвостова М.С. 3 к. 342 гр. ЛФ, *Мищенко А.А.* 3 к. 342 гр. ЛФ, *Бондаренко П.Б.* 5 к. 544 гр. ЛФ

Руководители темы: *Иванов М.А.* проф. каф. общей хирургии, д.м.н., *Винничук С.А.* доц. каф. патологической анатомии

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Общеизвестны ведущие причины негативных исходов в клинической практике: кардиоваскулярные события, в том числе инфаркт миокарда, ишемический инсульт, ТЭЛА.

Цель. Выявить ассоциации между артериальными и венозными фатальными неблагоприятными событиями.

Материалы и методы. В основу работы легло исследование результатов 1316 аутопсий в больнице Петра Великого. Анализировались тромбозы коронарного, цервикального бассейна; к периферическим артериальным тромбозам отнесены и мезентериальные осложнения. Отдельно регистрировались фатальные случаи венозного тромбоземболизма (VTE: ТЭЛА и флеботромбозы). Разница в категориальных переменных была проанализирована посредством χ^2 Пирсона и критерий Фишера. Относительный риск воздействия оценивали по отношению шансов (OR). Доверительные интервалы (CI) строились для доверительной вероятности $p = 95\%$. Критический уровень значимости в данном исследовании принимался при $p < 0,05$. Математическую обработку проводили с использованием пакета программ STATISTICA 10.

Полученные результаты. Артериальные тромбозы выявлены у 375 человек, в том числе у 274 — коронарная локализация, 64 — краниоцервикальная, у 37 — периферический артериальный тромбоз. Общее количество VTE составило 258, при этом у 165 больных выявлено сочетание венозных и артериальных тромботических событий в сравнении с 93 пациентами, у которых артериальные тромбозы не зарегистрированы. Вероятность артериальных тромбозов на фоне VTE составила $OR = 2,4$ ($1,4-4,1$; $p = 0,001$). Анализ отдельных сосудистых бассейнов показал, что коронарные тромбозы в 118 случаях сопровождалась VTE ($OR = 3,2$; $p = 0,001$); цервиго-краниальная — в 26 наблюдениях ($OR = 1,9$; $p = 0,01$).

Компоненты метаболического синдрома влияют на частоту VTE на фоне артериальных тромбозов: для сахарного диабета вероятность VTE возрастает в 1,5 раза.

Выводы. Нет сомнений о наличии взаимосвязи артериальных и венозных тромбэмболических событий. Необратимый характер артериальных и венозных тромботических осложнений определяет необходимость как обследования на предмет тромбофилии, так и широкого спектра профилактических мероприятий по исключению компонентов метаболического синдрома.

КЛИНИЧЕСКАЯ АППРОБАЦИЯ НОВОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГУБКИ «СПОНГОСТАН» И МАЗИ ЛЕВОМЕКОЛЬ

Салмин Р.М. асс. 1-й кафедры хирургических болезней, *Яцкевич В.К.* 6 к. 46 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Батаев С.А.* асс. 1-й кафедры хирургических болезней

ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) является распространенным проктологическим заболеванием, встречающимся у 3–5% трудоспособного населения (Воробьев Г.И. и др., 2001; Bendewald F.P., Cima R.R., 2007).

На сегодняшний день большинство специалистов утверждают, что основным подходом в комплексе лечебных мероприятий этого контингента больных является своевременно выполненное радикальное хирургическое вмешательство, при котором ведущими принципами являются адекватная санация и дренирование гнойного очага, а консервативные методы логично использовать на стадии инфильтрата, когда прервать развитие воспалительного процесса еще возможно, или в качестве предоперационной подготовки больных. Учеными предложено значительное количество способов хирургического лечения, однако единого подхода к выбору тактики и метода оперативного пособия при данном заболевании на сегодняшний день нет.

Результаты хирургического лечения нельзя назвать полностью удовлетворительными в связи с высокой частотой рецидивов заболевания от 2–11 до 30–40% и послеоперационных осложнений от 2,5 до 53% (Воробьев Г.И. и др., 2001; Spivak H. et al., 1996). Все это приводит к удлинению сроков лечения, нетрудоспособности пациентов и значительному ухудшению качества их жизни. Из хирургических методов лечения ЭКХ во многих западных странах всё большей популярностью пользуется открытый метод лечения. Сроки заживления раны вторичным натяжением практически идентичны при осложнённых ранах после методов ушивания глухим швом.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом путем разработки и внедрения нового метода использования рассасывающейся желатиновой губки «Спонгостан», направленного на быстрое заживление раны, надёжный гемостаз и быструю реабилитацию пациента.

Материалы и методы. Нами изучено 2 клинических случая. У пациентов с ЭКХ выполнена операция по экономному иссечению копчикового хода с первичным отверстием. На дно раны наложена губка «Спонгостан», а поверх её мазь Левомеколь.

Рассасывающаяся желатиновая губка SPONGOSTAN предназначена для использования с гемостатической целью путем аппликации на кровоточащую поверхность. Изготовлена из плавкого нерастворимого в воде свиного желатина.

Полученные результаты. При осмотре пациентов на первые сутки, гиперемии нет. Грануляции появляются на вторые сутки. Затем первый пациент был осмотрен через 3 месяца, второй через 6. Рана зажила, выглядит в виде нежного рубца, без каких-либо косметических дефектов.

Выводы. Данный метод лечения ЭКХ благоприятствует скорейшему купированию воспалительного процесса и стимулированию формирования грануляций. Способствует раннему вторичному заживлению от дна, с образованием нежного рубца. В связи с этим предложенный нами метод лечения ЭКХ имеет ряд вышеперечисленных преимуществ по сравнению с другими многочисленными методами, также снижается вероятность возникновения послеоперационных осложнений. Способствует скорейшему выздоровлению пациента, более ранней выписке из стационара и как следствие более раннему трудовому восстановлению.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ ВАРИАНТОВ ЖЕЛЧНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ

Евдокимов А.С. 2 к. 248 гр. ЛФ, Цатинян Б.Г. орд. 2 года каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, Проценко А.Р. 3 к. 350 гр.

Руководитель темы: *Дрогомирецкая Е.И.* доц. каф. госпитальной хирургии имени В.А. Оппеля, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В условиях обструкции желчных путей, холангита и печеночной недостаточности экстренное оперативное лечение является рискованным, сопровождается большим количеством осложнений, а летальность достигает 10–34,4% (Мальчиков А. Я., Коровкин В. А., 2011). Одним из показаний к проведению чрезкожного чрепечечного дренирования и стентирования является необходимость проведения желчной декомпрессии.

Цель. Оценить возможности методов чрезкожного чрепечечного дренирования и ЧЧХС при обтурационной желтухе различного генеза.

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 июня 2012 по февраль 2013 года. Всего проанализированы результаты оперативного лечения 6 пациентов. Из них 2 мужчин и 4 женщин в возрасте от 35 до 78 лет. По генезу механической желтухи до операции пациенты были разделены на 2 группы: 5 пациентов — злокачественные новообразования; 1 — ятрогенное повреждение.

Полученные результаты. Основная группа пациентов — старшей возрастной группы (45 — 78). Основной диагноз у 2 пациентов — рак головки поджелудочной железы, у 1 пациента — рак тела желудка, у 1 — рак поперечноободочной кишки, у 1 — рак печеночного изгиба толстой кишки, у 1 — ятрогенное повреждение желчных протоков, после лапароскопической холецистэктомии. Метастазирование отмечено у 2 больных. Состояние больных перед операцией оценивалось как удовлетворительное у 4 пациентов и как состояние средней степени тяжести у 2 пациентов. У 3 больных ранее была проведена холецистэктомия, их уровень билирубина был наиболее низким (12,8–37 мкмоль/литр). До операции уровень билирубина превышал значения нормы у 5 пациентов. После проведенного вмешательства уровень

билирубина снизился у 3 пациентов, так и не достигнув нормы, у 2 пациентов — повысился, у 1 остался неизменным. Так же был отмечен более низкий уровень общего билирубина в крови и малая амплитуда изменения его до и после ЧЧХС у пациентов, перенёсших холецистэктомию в сравнении с пациентами, не переносившими холецистэктомию. Под контролем рентгеноскопии у 3 больных была выполнено чрезкожно-чрезпеченочное стентирование, у 3 — наружная ЧЧХС. Излитие желчи по дренажу в первые сутки у пациентов после проведения наружной чрезкожной чрезпеченочной холангиостомии составило 500–700 мл, после стентирования — 50–100 мл. Летальных случаев не зафиксировано. Послеоперационный койко-день не превышал 10 суток.

Выводы. Следует более широко внедрять малоинвазивные методы декомпрессии желчных протоков и ЧЧХС.

МИНИДОСТУПНАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ПЕРИВЕЗИКАЛЬНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ

Бояринова Н.С. 3 к. 313 гр. общемедицинский факультет,

Бельгибаева З.Б. 3 к. 313 гр. общемедицинский факультет

Руководители темы: Бекжасарова Д.К. асс. каф. общей хирургии,

Раимжанова А.Б. асп. 1 года каф. общей хирургии

ГМУ города Семей, Семипалатинск, Казахстан

Острый холецистит как наиболее частое осложнение желчнокаменной болезни занимает второе место в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. В последние годы в хирургии ЖКБ наряду с лапароскопической холецистэктомией широкое клиническое применение находит минидоступная холецистэктомия с использованием набора инструментов «Мини-ассистент».

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных холециститом, осложненном перивезикальным инфильтратом.

Материалы и методы. Всего были изучены истории болезни 104 больных, находящихся на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Семей с 2010 по 2014 год. Все больные были разделены на 2 группы: 1. Группа сравнения — 52 больным была выполнена традиционная холецистэктомия. 2. Группа исследования — 52 больным была выполнена предложенная минидоступная атипичная холецистэктомия с использованием набора инструментов «Мини-ассистент». Сущность разработанного способа заключается в следующем: во время холецистэктомии в проекции дна желчного пузыря серозную оболочку рассекали в области переходной складки. После этого ножницами или малым тупфером желчный пузырь субсерозно выделили из печеночного ложа, продвигаясь от дна к телу. По достижению его, стенку желчного пузыря рассекли по всему периметру с последующим наложением фиксационного зажима, который предупреждает кровотечение из стенки желчного пузыря и улучшает оперативный обзор, обеспечивая достаточную визуализацию элементов гепатодуоденальной связки, т. е. треугольника Кало. В последующем продолжили субсерозное выделение стенки желчного пузыря до шейки и по достижению ее произвели раздельную перевязку пузырной артерии и протока.

Полученные результаты. В группе исследования интраоперационные осложнения отмечены у 5 пациентов, что составило $9,6 \pm 4,1\%$ ($p < 0,05$), их частота оказалась в 2,6 раза меньше, чем в группе сравнения. В этой группе подпеченочные скопления жидкости отмечены у 2 больных $3,8 \pm 2,7\%$, гематома ложа пузыря — $1,9 \pm 1,9\%$ желчеистечение из ложа пузыря и культя желчного протока у 2 пациентов, что составило $3,8 \pm 2,7\%$. В группе исследования частота послеоперационных осложнений, развившихся в ранние сроки, составила $11,5 \pm 4,4\%$, что в 3 раза ниже, чем в группе сравнения.

Выводы:

1. Предложенный метод является менее травматичным с минимальным рассечением ткани передней брюшной стенки.

2. Разработанный метод предупреждает ятрогенные повреждения элементов гепатодуоденальной связки и трубчатых структур ворот печени.
3. Использование фиксационного зажима упрощает технику выполнения отдельных этапов операции.
4. Применение вышеуказанных оперативных приемов улучшает результаты хирургического лечения с острым холециститом, осложненным перивезикальным инфильтратом, о чем свидетельствует достоверное снижение частоты раневых гнойно-воспалительных, интраабдоминальных, ранних послеоперационных осложнений.
5. По сравнению с традиционной холецистэктомией сокращается время операции, уменьшаются послеоперационные койко-дни, что обеспечивает пациентам раннее возвращение к повседневному образу жизни.

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕН ПУТЕМ ФОРМИРОВАНИЯ МОНОСТВОРЧАТОГО КЛАПАНА В ОБЩЕЙ БЕДРЕННОЙ ВЕНЕ ПО J.C. OPIE

Канюков С.С. 6 к. 1602 гр. ЛФ, Борисов Д.В. 6 к. 1612 гр. ЛФ, Галиахметов А.И.

Руководитель темы: Миролюбов Б.М. доц. каф. хирургии, к.м.н.

КазГМУ, Казань

Хронические заболевания вен продолжают оставаться одной из наиболее важных проблем современной медицины. Несмотря на значительный прогресс в диагностике и лечении, количество пациентов, страдающих различными формами ХЗВ, ежегодно возрастает, достигая уровня 62–81% взрослого населения России и Европы.

Цель. Выяснение перспективности вальвулопластики путем формирования моностворчатого клапана в лечении больных с хронической венозной недостаточностью.

Материалы и методы. Объектами исследования стали прооперированные с 2008 г. по 2012 г. 20 пациентов с ХЗВ вследствие авальвуляции клапанов глубоких вен. Все 20 человек имели длительный стаж заболевания и были толерантны к традиционным методам лечения. У 15 из них ранее были выполнены вмешательства на поверхностных и перфорантных венах.

Предметами исследования стали отдаленные результаты формирования моностворчатого клапана в общей бедренной вене по оригинальной методике J.C. Orie.

В ходе операции из типичного доступа от паховой складки выделялась общая бедренная вена (ОБВ), на протяжении не менее 5–7 см, проксимальнее уровня ее деления на глубокую бедренную вену (ГБВ) и бедренную вену (БВ). После выделения и пережатия вен в передней стенке ОБВ выкраивался прямоугольный лоскут, длина которого несколько превышала диаметр ОБВ, а ширина равнялась диаметру вены. Затем из выделенного лоскута специальным образом формировали и фиксировали к стенкам вены моностворчатый клапан. Образовавшийся дефект в ОБВ закрывали материалом Gore-Tex® Propaten.

Послеоперационную реабилитацию пациенты получали по разработанному в клинике алгоритму. В ближайшем послеоперационном периоде местных осложнений не зафиксировано. Контрольное ультразвуковое доплеровское сканирование (УЗДС) выполнено у всех больных. Рефлюкс был ликвидирован у 17 (85%) пациентов. Тромботических осложнений не было. На отдаленных сроках (отслежено 16 пациентов) состоятельность сформированного клапана ОБВ по данным УЗДС были отмечены у 13 (81,2%) человек. Случаев повторного тромбоза не зафиксировано.

Полученные результаты. Клиническое улучшение наблюдали у 12 (75%) больных, у 5 пациентов достигнуто стойкое заживление язвы, в 9 случаях уменьшились степень и площадь трофических изменений. Ресидив трофической язвы произошел у одной больной. По шкале VCSS установлено достоверное снижение интенсивности проявлений ХВН по всем показателям. Интегрированный показатель уменьшился с $7,21 \pm 0,53$ до $4,18 \pm 0,43$ ($p < 0,001$). Маллеолярный объем уменьшился с $271,4 \pm 6,9$ до $237,3 \pm 5,9$ мм ($p < 0,001$). Показатель оценки качества жизни пациентов по опроснику CIVIQ-2 уменьшился с $62,4 \pm 19,1$ до $41,9 \pm 13,3$ ($p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, результаты вальвулопластики ОБВ являются обнадеживающими. Ликвидация патологического рефлюкса крови из нижней полой вены в глубокие вены конечности приводит к ее стабильному клиническому улучшению и повышению качества жизни пациента, а сама операция с успехом может применяться в лечении пациентов с аксиальным глубоким рефлюксом.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АОРТО-ПОДВЗДОШНОМ СЕГМЕНТЕ

Козырева А.Б. 4 к. 442 гр. ЛФ, *Герасименко Г.А.* 3 к. 352 гр. ЛФ, *Бондаренко П.Б.* 5 к. 544 гр. ЛФ
Руководитель темы: *Иванов М.А.* проф. каф. общей хирургии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Последние годы ознаменованы значительными изменениями тактических подходов к реконструкции аорто-подвздошно-бедренного сегмента у больных облитерирующим атеросклерозом.

Цель. Сравнительная оценка отдаленных результатов традиционных (открытых) и эндоваскулярных оперативных вмешательств на аорто-подвздошном сегменте.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за итогами реконструктивных операций на аорто-подвздошном сегменте у 107 пациентов, оперированных в отделении ангиохирургии СЗГМУ им. И.И. Мечникова в 2011–2014 гг. Из них у 40 пациентов было выполнено аорто-бедренное шунтирование, у 35 пациентов — стентирование подвздошной артерии и у 32 — эндартерэктомия. В качестве метода исследования результатов операции использовался опрос пациентов, а также изучение результатов дуплексного сканирования, ангиографии, КТ- и МРТ-ангиографии.

Полученные результаты. После ангиопластики и стентирования летальных исходов не было. Из 107 обследуемых летальный исход был зарегистрирован у 6, 5% больных после эндартерэктомии и у 7, 5% больных после шунтирующих вмешательств. Основной причиной смертности являлись кардиоваскулярные неблагоприятные события. Инфаркт миокарда в отдаленные сроки был отмечен у 9% лиц и у 7, 5% лиц, которым выполнялись эндартерэктомия и шунтирование соответственно. После ангиопластики и стентирования ОИМ не регистрирован. Повторные вмешательства на фоне рестеноза оперированного сегмента потребовались 12% больным — после стентирования и 13% — после эндартерэктомии. После шунтирующих операций повторных оперативных вмешательств по поводу рестеноза не было ($p < 0,05$).

В отдаленные сроки тромбоз обсуждаемого сегмента развился у 14% больных, которым выполнялось стентирование, при этом в данной группе пациентов ампутации не регистрировались, как и при шунтирующих операциях. После эндартерэктомии тромбоз сегмента выявлен у 13% больных, из которых половине пациентов была выполнена ампутация ($p < 0,05$).

В анамнезе 16% лиц, которым была выполнена эндартерэктомия, отмечалась мерцательная аритмия. В группе ангиопластики и стентирования — у 12% лиц. При этом у пациентов, которым выполнялись шунтирующие вмешательства, мерцательная аритмия не выявлена ($p < 0,05$).

Шунтирующие операции выполняются при отсутствии тяжелых коморбидных состояний, сопровождаются удовлетворительными отдаленными результатами.

Выводы. Ангиопластика и стентирование аорто-подвздошного сегмента характеризуется низким риском калечащих операций и летальных исходов. Эндартерэктомия возможна у лиц с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ВЛИЯНИЯ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Бараков Я.Д. 6 к. 636 гр. ЛФ, *Козачек О.О.* 5 к. 535 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Дрогомирецкая Е.И.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

На данный момент известно большое количество факторов, способствующих канцерогенезу, к одним из них относятся вирусы. Знания о влиянии вируса папилломы человека (HPV), поможет в разработке скрининговых методов обследования, патогенетического лечения онкологических больных и выявлении групп риска. Нельзя забывать и о возможном наличии других вирусов в организме человека и их влиянии на канцерогенез как отдельно, так и совместно с HPV.

Цель. Определение значимости наличия в анамнезе пациентов вируса папилломы человека на риск возникновения онкологических заболеваний. Данное исследование является первым этапом для выявления групп риска онкологических больных скрининговым методом.

Материалы и методы. Нами было проведено исследование методом анкетирования 115 пациентов возрастной категории от 50 до 70 лет. Исследование проводилось в двух группах: в контрольную группу вошли 50 человек без онкологических заболеваний терапевтического профиля; в исследуемую группу вошли 65 человек с различной онкологической патологией хирургического профиля. Впервые применялась, созданная авторами данной научной работы, методика анкетирования, позволяющая за короткий период времени выявить наличие в анамнезе и при осмотре вирусных поражений кожных покровов. Анкета состоит из 10 вопросов, которые помогают выявить наличие в анамнезе вирусного инфицирования, а также определить влияние другие факторы риска онкологических заболеваний.

Полученные результаты. В исследуемой группе, состоящей из 40 мужчин, средний возраст которых составил 60,7 года и 25 женщин, средний возраст 64,2 года. У опрошенных лиц были следующие онкологические заболевания: рак толстой кишки — 20 (31%), рак прямой кишки — 19 (29%), рак матки — 10 (16%), рак желудка — 8 (12%), рак легких — 4 (6%), рак молочной железы — 2 (3%) и рак поджелудочной железы — 2 (3%). В исследуемой группе HPV наблюдался у 77%, из которых 50% отмечали наличие папиллом в прошлом и 27% на момент сбора данных. Методом корреляционного анализа была установлена положительная связь ($p < 0,05$) между наличием в анамнезе HPV и онкологической патологией. В контрольной группе HPV наблюдался в 23 случаях (46%). Также было установлено, что 42 пациента (64,6%) из исследуемой группы помимо HPV, отмечали у себя высыпания по типу герпеса.

Выводы. Имеется высокая вероятность того, что HPV оказывает негативное влияние у пациентов старшей возрастной группы на возникновение и развитие онкологических заболеваний. Также свое негативное влияние могут оказывать и другие вирусы, в том числе вирусы герпеса. Комбинация вируса герпеса и HPV могут потенцировать друг друга, что является отягощающим фактором в развитии онкологических заболеваний. Дальнейшее изучение данного вопроса позволит выявлять группы риска и проводить профилактику против онкологических заболеваний, что позволит снизить развитие данной патологии.

ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Богачева К.А. 5 к. 513 гр. МПФ

Руководитель темы: *Дрогомирецкая Е.И.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Опделя, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность данного исследования обусловлена все возрастающей распространенностью колоректального рака, занимающего на данный момент в общей структуре раковой заболеваемости второе место у женщин и третье место в структуре опухолевых заболеваний мужчин. Несмотря на современные методы диагностики ранних стадий рака, большинство пациентов обращаются за медицинской помощью на поздних стадиях (III-IV): 60% с раком прямой кишки и 70% — с ободочной. Таким образом, при наличии метастазов, необходим комплексный подход к лечению данной категории больных.

Цель. Оценка эффективности и целесообразности комплексного лечения пациентов с метастазами колоректального рака.

Материалы и методы. В качестве метода исследования на базе клиники госпитальной хирургии им. В.А. Опеля был проведен анализ историй болезней 20 пациентов ранее лечившихся на поздних стадиях колоректального рака в период с 2000 по 2014 гг. (ретроспективный анализ) и проходящих лечение на данный момент, а также непосредственная беседа с больными — проспективный анализ.

Полученные результаты. В ходе исследования установлено, что средний возраст пациентов с метастазами колоректального рака составил 66 лет, 15% из которых были моложе 55 лет на момент постановки диагноза; это позволяет нам заключить, что комплексное лечение таких пациентов экономически оправдано, так как страдают люди в том числе трудоспособного возраста. В исследуемой группе пациентов колоректальный рак был диагностирован на поздних (III–IV) стадиях с наиболее частой локализацией метастазов в печени — 100% исследованных случаев (в том числе в 80% случаев поражение было билобальным, в 25% — множественным, в 20% — с метастазами и в других органах), что обусловило необходимость применения комплексного лечения. После хирургического лечения применялась химиотерапия по стандартным схемам: FOLFOX, De Gramont, Mayo у 12, 6 и 3 пациентов соответственно. По результатам проведенного лечения (резекция кишки химиотерапия) выживаемость пациентов увеличилась с одного года при отсутствии химиотерапии до средней цифры в 5 лет, а у 25% больных — 10 лет (до 13 лет в отдельных случаях).

Выводы. Таким образом, можно заключить, что применение комплексного подхода к лечению метастатического поражения при колоректальном раке даже на поздних стадиях является оправданным, так как достоверно увеличивается продолжительность и качество жизни пациентов.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА PLASMOLIFTING™ В ЭКСПЕРИМЕНТАХ НА ПОРОСЯТАХ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

*Леухин Р.В. 5 к. 2501 гр. ПФ, Рагимова А.А. 5 к. 2507 гр. ПФ, Отмахова М.А. 5 к. 2507 гр. ПФ,
Чиброва В.Ю. 5 к. 2510 гр. ПФ*

Руководитель темы: *Билалов И.В.* асс. каф. хирургии, к.м.н.

КазГМУ, Казань

Одной из проблем современной абдоминальной хирургии является несостоятельность кишечного шва в условиях нарушенного кровообращения при операциях на кишечнике, перитонитах и системных воспалительных заболеваний кишечника. В связи со значимостью данной проблемы нами был проведен эксперимент на поросятах при моделировании кишечного анастомоза с использованием метода Plasmolifting™.

Цель. Изучение опыта применения метода Plasmolifting™ при моделировании кишечного анастомоза на тонком кишечнике.

Материалы и методы. Для изучения эффективности метода проведен эксперимент на двух группах поросят количеством 36 штук. Первой, контрольной группе поросят в количестве 18 штук, было выполнено моделирование кишечного анастомоза на тонком кишечнике. Второй, экспериментальной группе (18 штук), было проведено моделирование кишечного анастомоза на тонком кишечнике с введением в область шва и в брыжейку, через каждые 2 мм, отцентрифугированной с помощью метода Plasmolifting™ плазмы, однократно, после проведения оперативного вмешательства.

Полученные результаты. В первой, контрольной группе у 12 (70%) поросят наблюдалась несостоятельность кишечного анастомоза на фоне нарушения микроциркуляции. Во второй, экспериментальной группе развитие несостоятельности было выявлено у 2 поросят (11%).

Выводы. Эффективность метода Plasmolifting™ обусловлена клеточной пролиферацией и ангиогенезом, простимулированные факторами роста, имеющимися в достаточном количестве в альфа-гранулах тромбоцитов (инсулиноподобный фактор роста I, тромбоцитарный фактор роста, TGFβ и другие). В результате исследования экспериментальной группы, наблюдается стимулирование репаративно — пролиферативных процессов в поврежденных тканях, улучшение кровообращения брыжейки и участка анастомоза и увеличение количества

гладкомышечных клеток, по сравнению с обычным процессом. Данный метод может быть использован для профилактики несостоятельности кишечных анастомозов при оперативных вмешательствах на кишечнике.

ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА В НОРМЕ И ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Шуркало В.В. 5 к. 550 гр. ЛФ, *Козел И.С.* 5 к. 530 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Казуцик В.Л.* доц. 1-й кафедры хирургических болезней, к.м.н.

БГМУ, Минск, Белоруссия

Микроциркуляция стала важнейшей проблемой экспериментальной и клинической медицины. Ее исследования направлены на выяснение фундаментальных закономерностей динамики кровотока и лимфотока в микрососудах. Сведений о состоянии микроциркуляции на местном и организменном уровне при отдельных хирургических заболеваниях в литературе не имеется. Оказалось, что до настоящего времени отсутствовали методы для изучения микроциркуляции в условиях клиники.

Цель. Сравнить параметры микроциркуляторного русла у «здоровых» людей и больных с острым панкреатитом при помощи метода эдемометрии.

Материалы и методы. Нами изучены изменения показателей микроциркуляции в складке тканей первого межпальцевого промежутка кисти при помощи эдемометрии у 20 «здоровых» людей в возрасте 31–50 лет, а также у 10 больных с острым панкреатитом в идентичных возрастных категориях. Исследования проводились в 10 ГКБ в отделениях ОИТР и плановой хирургии с помощью аппарата для измерения давления в микроциркуляторной среде эдемометра, разработанного на 1-й кафедре хирургических болезней БГМУ.

Полученные результаты. Показатели в норме: МСД (максимальное снижение давления) — $8,69 \pm 1,08$ мм рт. ст.; ПСД (продолжительность снижения давления) — $13,75 \pm 0,85$ мин; ССД (скорость снижения давления) — $0,62 \pm 0,06$ мм рт. ст./мин; ИМЦД (интегральное микроциркуляторное давление) — $91,31 \pm 1,08$ мм рт. ст.; ПКМЦД (предел колебания ИМЦД) — $5,56 \pm 0,79$ мм рт. ст.; ТД (тканевое давление) — $85,81 \pm 1,52$ мм рт. ст.; ИФ (индекс фильтрации) — 0, 4.

При остром панкреатите: МСД — $20 \pm 2,49$ мм рт. ст.; ПСД — $10,75 \pm 3,69$ мин; ССД — $1,86 \pm 0,07$ мм рт. ст./мин; ИМЦД — $80,31 \pm 3,56$ мм рт. ст.; ПКМЦД — $7,67 \pm 1,45$ мм рт. ст.; ТД составило $75,75 \pm 1,52$ мм рт. ст.

Значительное увеличение ИФ (в отдельных случаях до 1, 4) говорит о преобладании «притока» над «оттоком» жидкости, при этом наблюдается олигурия на фоне гидратации ткани.

Выводы:

1. Эдемометрия является простым и доступным методом изучения микроциркуляторной среды в условиях клиники.
2. При остром панкреатите существенно нарушается гидратация тканей и микроциркуляторное давление.
3. Наблюдается увеличение индекса фильтрации (притока жидкости) и снижение интегрального и тканевого давлений.

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Проценко А.Р. 3 к. 350 гр. ЛФ, *Цатинян Б.Г.* орд. 2013 года, *Круглов А.Н.* асп. 2013 года,

Евдокимов А.С. 2 к. 248 гр. ЛФ, *Бобраков М.А.* асп. 2013 года,

Некрасов Р.А. инт. 2014 года

Руководители темы: *Балашов В.К.* доц. каф. госпитальной хирургии им В.А. Оппеля, к.м.н.,

Дрогомирецкая Е.И. доц. каф. госпитальной хирургии им В.А. Оппеля, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В целом колоректальный рак (КРР) — 2-е по распространенности онкологическое заболевание у мужчин и третье — у женщин. Заболеваемость КРР в России за 2001–2010 гг. увеличилась более, чем

на 30% и составила более 58 тысяч новых случаев на 2010 г. Среди заболевших колоректальным раком более, чем у 50% пациентов выявляются метастазы в печень, которые без специфического лечения приводят к летальному исходу в течение 5–11 месяцев. Хирургический метод является «золотым» стандартом в лечении метастатических образований, при котором медиана общей выживаемости достигает 35–40 месяцев. К сожалению резектабельность метастазов у данной категории больных не превышает 15–20%. Это связано с тем, что наиболее часто диагностируются множественные билобарные метастазы, поражающие обе доли печени, и более 80% пациентов КРР с метастазами в печень в лучшем случае подлежат различным методам малоинвазивного или химиотерапевтического лечения. Одним из методов малоинвазивного лечения нерезектабельных опухолей печени является метод радиочастотной абляции (РЧА).

Цель:

1. Определить показания к сочетанию резекционных методов и РЧА у больных с множественными метастазами КРР.
2. Определить роль РЧА в комбинированном лечении больных с метастазами колоректального рака в печени.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 50 пациентов с 2000 по 2014 гг., оперированных в клинике госпитальной хирургии им. В.А. Опеля.

Полученные результаты. Алгоритм диагностики включал изучение клинического и биохимического анализов крови, коагулограммы, определение онкомаркеров, данных ФКС, УЗИ, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), пункционной биопсии с последующим гистологическим исследованием. МСКТ позволила детально оценить поражение паренхимы печени, инвазию в соседние структуры, поражение лимфатических узлов; Наиболее диагностически значимой явилась пункционная биопсия с последующим гистологическим исследованием, позволяющая не только получить гистологический материал, но и одномоментное выполнение РЧА через биопсийную иглу при необходимости. Больным выполнялись хирургические вмешательства различного объема: РЧА выполнено 18 больным; резекция толстой кишки РЧА 5 больным; резекция печени РЧА 4 больным; резекция печени 9 больным (1 правосторонняя гемигепатэктомия — метастатический очаг занимал все правую долю печени); резекция печени операция на кишке 11 больным (1 левосторонняя гемиколэктомия — метастатический очаг занимал все левую долю печени); операция на кишке сочетание РЧА и резекции печени 3 больным. Наиболее прогностически значимыми факторами развития послеоперационной гепатоцеллюлярной дисфункции являются объем остающейся после оперативного лечения паренхимы печени менее 550 см³ на 1 м² и наличием сопутствующего заболевания печени.

Выводы:

1. Показано сочетание резекционных методов и РЧА при невозможности выполнить удаление всех метастазов КРР только резекционными методами, т. е. обусловлено низким остающимся объемом и функциональной недостаточности паренхимы печени.
2. РЧА может использоваться, как самостоятельный метод лечения, а у соматически тяжелых больных с низким функциональным резервом печени в ряде случаев может даже конкурировать с резекциями печени.

РАЗРАБОТКА НОВОЙ МЕТОДИКИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ АНЕВРИЗМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

¹Чернявин М.П. 6 к. 4 гр. ЛФ, ¹Самохин Н.В. 5 к. 1 гр. ЛФ, ¹Терехов А.Н. асс. каф. факультетской хирургии и урологии, ²Пузырев М.О. отд. хирургии

Руководитель темы: ¹Кузьмин А.Л. доц. каф. факультетской хирургии и урологии, к.м.н.

¹ИвГМА, Иваново

²ОБУЗ Южская ЦРБ, Иваново

Авторами была предложена методика экстравазального армирования сонных артерий, после эндартерэктомии, как метод профилактики послеоперационных кровотечений, а также

формирования аневризм, возникающих после выполнения этой операции. Данная методика доказала увеличение прочности артерий в эксперименте, и, по мнению авторов должна минимизировать риск вышеуказанных осложнений.

Цель. Определить безопасность использования экстравазального армирования сонных артерий полипропиленовым сетчатым эндопротезом у лабораторных животных.

Материалы и методы. Было прооперированно 20 лабораторных кроликов, в ветеринарной клинике. Одна из сонных артерий подвергалась экстравазальному армированию полипропиленовым эндопротезом, вторая артерия после предварительного выделения не армировалась. Сформированы следующие группы лабораторных животных по срокам выбывания из эксперимента. I группа — 1 мес; II группа — 3 мес; III группа — 6 мес; IV группа — 9 мес; V группа — 12 мес. Каждая группа разделена на две подгруппы: артерии с экстравазальным армированием и без него. У лабораторных животных проведён забор секционного материала — сонные артерии на протяжении с обеих сторон. Микроскопическое исследование проведено в НИЦ ИвГМА.

Полученные результаты. Макроскопически: I группа — в зоне армирования наблюдается незначительно разрастание соединительной ткани. II группа — полипропиленовая сетка полностью проросла соединительной тканью. III группа — формирование фиброзной капсулы вокруг зоны армирования. IV группа — фиброзная капсула вокруг зоны армирования спаяна с окружающими мышцами. V группа — макроскопических отличий от IV группы не наблюдалось. Ни в одной из групп не было отмечено признаков инфицирования, формирования полостных образований в виде экссудаций, видимой деформации артерий. При микроскопическом исследовании сосудистой стенки армированной артерии, такие явления как: пристеночное тромбообразование, разрастание соединительной ткани, фиброзирование стенок отсутствовали. В контрольных группах наблюдалось умеренное разрастание соединительной ткани в месте удаления адвентициальной оболочки.

Выводы. При оценке биосовместимости сетчатого полипропиленового эндопротеза имплантированного на сонную артерию достоверно значимого увеличения риска инфицирования эндопротеза, механического сужения просвета артерии, возникновения послеоперационных кровотечений, пристеночного тромбообразования, фиброирования стенок артерии, патологического разрастания соединительной ткани не выявлено.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОЙ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ПАРАДУОДЕНАЛЬНОЙ ГРЫЖИ

Медведько (Борсук) А.А. 5 к. 35 гр. ЛФ, Малуха Ю.В. 5 к. 33 гр. ЛФ, Русак И.В. 5 к. 35 гр. ЛФ

Руководитель темы: Маслакова Н.Д. доц. 1-й кафедры хирургических болезней, к.м.н.

ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

К внутрибрюшным грыжам относятся такие образования, которые содержат грыжевые ворота или грыжевой мешок в брюшной полости и не выпускают из грыжи содержимое при расширении операционной раны. В зависимости от места расположения выделяют несколько типов внутренних грыж: парадуоденальные и мезентерикопаритетальные (53%), перичекальные (13%), грыжи Винклова отверстия (8%), трансмезентеральные и трансмезокольные (8%), интерсигмоидные (6%) и ретроанастомотические (5%). В большинстве случаев это связано с эмбриональным нарушением вращения кишечника (мезентерикопаритетальная), со сращением в виде тяжей в области брыжейки тонкой кишки и мезоколоном (парадуоденальная, перичекальная). При этом образуются атипичные полости или карманы, в которые внутриутробно или на протяжении жизни могут внедряться петли кишечника. Каждая обычная или необычная складка брюшины и каждый карман могут быть причиной образования внутренней грыжи.

Цель. Показать особенности клинической картины осложнений внутренних грыж, связанные с ними трудности диагностики, а также лечение этой патологии.

Материалы и методы. Описан клинический случай успешного лечения пациента с левосторонней парадуоденальной грыжей, осложненной острой кишечной непроходимостью.

Полученные результаты. Мужчина С. 21 год заболел остро, когда на фоне полного благополучия появилась резкая боль в эпигастриальной области, был доставлен в хирургическое отделение ГУ «1134 ВКМЦ ВС РБ» г. Гродно. Из анамнеза выявлено, что в младенческом возрасте были частые регургитации, по поводу чего он проходил обследование в детской больнице, при рентгенографии желудка патологии не выявлено. В последствии регургитации самостоятельно прошли. После комплексного обследования была диагностирована острая кишечная непроходимость, выполнена средняя срединная лапаротомия. Интраоперационно диагностирован заворот тонкого кишечника полностью находящегося в кармане брюшины слева. При вскрытии брюшины оказалось что содержимым грыжи является аномально фиксированный вокруг корня брыжейки весь тонкий кишечник багрового цвета. После разворота цвет, перистальтика и пульсация в норме. На 9-е сутки возобновились боли в животе, вздутие живота, перестали отходить газы. Выполнен пассаж бария: по 12-перстной кишке замедлен, кишка гипотоничная, дилатирована до 6 см в вертикальной нисходящей части. Отмечается остановка пассажа на уровне дуодено-еюнального перехода, где просвет сужен до 0, 5 см на протяжении 3–4 см. При дополнительном исследовании пассаж до 25% контрастной взвеси эвакуировалось из желудка в течении 3 часов, затем эвакуация остановилась. Уровней не выявлено. Рентгенпризнаки дуоденостаза на уровне дуодено-еюнального перехода. Консервативные мероприятия безрезультативны. На 11-е сутки выполнена релапаротомия, выявлена острая высокая кишечная непроходимость, произведен тотальный висцеролиз с наложением дуодено-еюно анастомоза и межкишечного анастомоза по Брауну. Послеоперационный период протекал без особенностей, рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 10-е сутки. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Выводы:

1. Для внутренних грыж характерно отсутствие специфических клинических признаков
2. Имеются трудности диагностики с применением классических методов исследования
3. Установление правильного диагноза и выполнение коррекции патологии возможно при выполнении как открытого оперативного вмешательства, так при помощи эндовидеохирургических методик.

РЕЗУЛЬТАТЫ НОВОГО МЕТОДА ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ.

¹Раимбеков К.Т. 6 к. 44 гр. ЛФ, ²Алиев М.Ж. отд. хирургии 1,

²Ниязбеков К.И. отд. хирургии 1, к.м.н.

Руководитель темы: ¹Мусаев А.И. проф. каф. хирургии общей практики с курсом комбустиологии, д.м.н.

¹КГМА им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

²Городская клиническая больница №1 г. Бишкек

На сегодняшний день успех хирургического лечения и профилактика послеоперационных рецидивов во многом зависит от надежной интраоперационной противопаразитарной обработки. По литературным данным отмечено, что при нарушении целостности хитиновой оболочки, в микротрещинах фиброзной капсулы оседают зародышевые элементы эхинококка, которые впоследствии могут стать причиной рецидива заболевания.

Цель. Определить сколексоцидное действие препарата *in vitro* на плодоносные элементы эхинококка и определить токсичность действия на ткань печени в эксперименте.

Материалы и методы. Исследования проведены на 18 собаках. В ткань печени вводили препарат декасан 0,02% в количестве 5–7 мл. Действие препарата исследовали на 3–4, 15–16 и 28–30 сутки путем взятия ткани печени для гистологического исследования и параллельно выполняли биохимические анализы крови (трансаминазы, тимоловая проба, общий билирубин, мочевины, креатинин, общий белок) и наблюдение за состоянием животных. При проведении всех манипуляций (обкалывание паренхимы печени, взятие биопсии, фотографирование) соблюдались правила гуманного отношения с лабораторными животными. Кроме того нами были выполнены исследования *in vitro* для определения сколексоцидного действия препарата декасан (содержимое кист брали у больных эхинококкозом печени).

Полученные результаты. Нами установлено, что «in vitro» препарат декасан 0,02% влияет на зародышевые элементы эхинококка с экспозицией в 5 мин, сколексы погибают полностью (100%). По данным гистологического исследования и анализов крови было установлено, что препарат декасан в концентрации 0,02% не является гепатотоксичным и в то же время надежно защищает от рецидива эхинококкоза. На 3–4 сутки после введения препарата началось формирование грануляционной ткани. На 15 сутки отмечается умеренное расширение центральных вен и синусоидов центральной части с полнокровием. На 28–30 сутки наблюдается формирование фиброзной ткани. Как показали результаты биохимических исследований крови экспериментальных животных до введения декасана уровень АЛТ составил $0,06 \pm 0,002$ мккат/л, АСТ $0,04 \pm 0,002$ мккат/л. После введения декасана, на 3–4 сутки отмечалось повышение уровня трансаминаз и тенденция к повышению креатинина (АЛТ $0,08 \pm 0,001$ мккат/л, АСТ $0,07 \pm 0,001$ мккат/л, креатинин $98,6 \pm 1,11$ мкмоль/л), а на 15, 28–30 сутки показатели биохимических анализов крови достигли исходных величин.

Выводы. Препарат декасан 0,02% обладает высоким сколексоцидным действием на плодоносные элементы эхинококка. Введение препарата декасан 0,02% в ткань печени не оказывает гепатотоксического действия в эксперименте и может применяться в клинических условиях для обеззараживания плодоносных элементов эхинококка и профилактики рецидива болезни.

РОЛЬ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ГЕНДЕРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ В РЕАЛИЗАЦИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ

Кебрияков А.В. 6 к. 641 гр. ЛФ, *Бондаренко П.Б.* 5 к. 544 гр. ЛФ, *Белоказанцева В.В.* 3 к. 361 гр.

ФИУ, Бестаева Д.И. 3 к. 361 гр. ФИУ, *Бестаева Д.И.* 3 к. 361 гр. ФИУ,

Кицбабашвили Р.В. 4 к. 420 гр. МПФ

Руководитель темы: *Иванов М.А.* проф. каф. общей хирургии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Большое количество пациентов с сердечно-сосудистой патологией имеет в анамнезе сахарный диабет (СД), который усугубляет течение облитерирующего атеросклероза (ОА). Сочетанные заболевания ухудшают итоги реконструктивной операции и увеличивают риск возникновения тромботических осложнений.

Цель. Изучить влияние вариабельности систолического артериального давления (САД), артериальной гипертензии (АГ), СД, гендерной принадлежности на течение и исход оперативного вмешательства, а также на риск возникновения осложнений; исследовать прогрессирование атеросклероза с учетом физических нагрузок.

Материалы и методы. Обследовано 58 больных, оперированных по поводу атеросклеротического поражения магистральных артерий. Средний возраст больных составил 64 года. Основную группу составили 30 больных, критерием включения в нее служило наличие вариабельности САД и отклонения от нормальных значений частоты сердечных сокращений, требующих медикаментозной коррекции (МК) в 1-е сутки после операции. Вариабельность САД рассчитывалась путем выявления среднего значения из 10 колебаний САД за каждый часовой промежуток времени в период с 19 часов до 5 следующего дня. Контрольную группу составили 28 пациентов, которым МК гемодинамики не потребовалась. Показатели гемодинамического профиля регистрировались с помощью аппаратуры для инвазивного и неинвазивного мониторинга. Коррекция АГ проводилась посредством изменения объема инфузии, введения кардиотонических или вазодилатирующих средств.

Полученные результаты. У лиц мужского и женского пола гемодинамика менялась неодинаково. У женщин более, чем в 2 раза чаще отмечалось отклонение САД. 78% колебаний САД в ночное время на 1-е сутки после операции относятся к гипотонии. СД 2 типа — фактор риска возникновения вариабельности САД в 1-е сутки после операции. У 57% пациентов с СД 2 типа длительностью более 3 лет в ночные часы отмечена тенденция к гипертензии,

потребовавшая МК. Не каждая вариабельность САД нуждается в МК и является фактором риска тромботических осложнений. Сопровождалась стойкими изменениями гемодинамики и требовала МК только средняя вариабельность САД (более 20 мм рт. ст.). Низкие значения ежедневной физической активности ассоциируются с тяжелыми вариантами ишемии. При исследовании прочих факторов, приводящих к вариабельности САД в 1-е сутки после операции, следует отметить длительный стаж курения и перенесенный инфаркт миокарда.

Выводы. Вероятность кардиоваскулярных осложнений увеличивается в 1-е сутки после реконструктивной операции по поводу ОА на фоне гемодинамической нестабильности у пациентов с СД 2 типа, особенно это характерно для лиц женского пола.

СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛИМФОМЫ ЖЕЛУДКА У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА

*Семинютина И.М. 4 к. 437 гр. ЛФ, Некрасов Р.А. орд. 1 года, Круглов А.Н. асп. 2 года,
Гордиенко Н.В. 5 к. 521 гр. МПФ, Цатинян Б.Г. инт. 2 года*

Руководитель темы: *Дрогомирецкая Е.И.* доц. каф. госпитальной хирургии
им. В.А. Оппеля, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Дифференциальный диагноз лимфомы и других опухолевых образований желудка затруднен в связи с локализацией процесса в подслизистом слое.

Цель. Подтвердить важность комплексных диагностических методов при проведении дифференциального диагноза опухолевых и неопухолевых образований с целью выбора дальнейшего адекватного лечения пациента.

Материалы и методы. Данная работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля. За основу взят клинический случай пациента Х., проходившего лечение в СЗГМУ им. И.И. Мечникова за период с 08. 12. 2014 года по 22. 01. 2015 год. В ходе выполнения работы были использованы: данные лабораторных исследований (определение онкомаркеров, проточная цитометрия), заключения ФГДС, Rg-скопии, эндо-УЗИ, ПЭТ-КТ, заключения иммуногистохимического и гистологического исследований биоптатов, операционного материала.

Полученные результаты. Пациент наблюдался с сентября 2014 г. у гастроэнтеролога в другом регионе по поводу появления дискомфорта в эпигастральной области после приема пищи. При амбулаторном обследовании (ФГДС) было выявлено опухолевидное образование 3*5см задней стенки тела желудка. При данной локализации отсутствовала типичная эндоскопическая картина проявлений различных лимфом и других опухолевых образований желудка, что потребовало проведения дифференциальной диагностики с широким спектром опухолевых и неопухолевых заболеваний. При проведении проточной цитометрии данных за хроническое лимфопролиферативное заболевание не было выявлено. При повторной ФГДС в области угла желудка по задне-нижней стенке определялся плоский рыхлый инфильтрат диаметром 4 см. В биоптатах не найдено признаков опухоли, но описание гастроскопии соответствует инфильтративной опухоли угла желудка. Рентгенологически больше данных за злокачественную лимфому. В связи с этим выполнили эндо-УЗИ с биопсией из 4 точек, по результатам гистологического исследования выявлена низкодифференцированная аденокарцинома желудка, первично язвенная форма, с участками перстневидноклеточного рака, с инвазивным ростом. По данным ИГХ диагноз подтвердился. HER2-статус негативный. Для оценки распространенности опухолевого процесса выполнили ПЭТ-КТ, был выявлен очаг накопление РФП. Пациент был оперирован в объеме гастрэктомия, спленэктомия, лимфодиссекция D2. При гистологическом исследовании операционного материала данных за наличие низкодифференцированного рака в операционном и биопсийном материале не получено. Только при ИГХ и определении пролиферативного пула опухоли по экспрессии Ki-67–5% смогли подтвердить диагноз низкодифференцированная аденокарцинома желудка с участками перстневидноклеточного рака.

Выводы. Рационально продуманный комплексный план обследования помог всесторонне оценить объем предстоящей операции непосредственно до оперативного вмешательства и установить точный диагноз, который был подтвержден результатами гистологического исследования и ИГХ операционного материала.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Бобраков М.А. асп. 2 года, *Круглов А.Н.* асп. 2 года, *Цатинян Б.Г.* орд. 2013 года,
Некрасов Р.А. инт. 2014 года

Руководители темы: *Балашов В.К.* доц. каф. госпитальной хирургии им В.А. Оппеля, к.м.н.,
Дрогоморецкая Е.И. доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Смертность от рака ободочной кишки остается высокой, что связано с диссеминацией процесса в виде появления отдаленных метастазов. К сожалению резектабельность метастазов КРР не превышает 15–20%. Это связано с тем, что наиболее часто диагностируются множественные билобарные метастазы, поражающие обе доли печени. Благодаря применению современных методов диагностики и оперативного лечения удастся достичь 5-летней выживаемости в 30–40%.

Цель. Оценить преимущества сочетанного применения трепанбиопсии и РЧА у больных с очаговыми поражениями печени.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 50 пациентов с 2000 по 2014 гг., оперированных в клинике госпитальной хирургии им. В.А. Оппеля (зав. каф., д. м. н., проф. Э. Э. Топузов).

Полученные результаты. В клинике с 2000 по 2014 год оперированы 50 пациентов (16 мужчин, 34 женщин) по поводу метастатического поражения печени, из них 20 пациентам выполнены симультанные резекции печени. Изолированное поражение печени были обнаружены в 28 случаях (правая доля 19, левая доля 9); в 22 случаях патологические очаги располагались как в правой, так и в левой долях печени. Алгоритм диагностики включал изучение клинического и биохимического анализов крови, коагулограммы, определение онкомаркеров, данных ФКС, УЗИ, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), пункционной биопсии с последующим гистологическим исследованием. МСКТ позволила детально оценить поражение паренхимы печени, инвазию в соседние структуры, поражение лимфатических узлов; Наиболее диагностически значимой явилась пункционная биопсия с последующим гистологическим исследованием, позволяющая не только получить гистологический материал, но и одномоментное выполнение РЧА через биопсийную иглу при необходимости. Больным выполнялись хирургические вмешательства различного объема: РЧА метастазов КРР 18 больным; резекция толстой кишки РЧА метастазов КРР 5 больным; резекция печени РЧА 4 больным; резекция печени 9 больным (1 правосторонняя гемигепатэктомия — метастатический очаг занимал все правую долю печени); резекция печени операция на кишке 11 больным (1 левосторонняя гемиколэктомия — метастатический очаг занимал все левую долю печени); операция на кишке сочетание РЧА метастазов КРР и резекции печени 3 больным.

Выводы. Сочетание РЧА и тонкоигольной трепанбиопсии объединяет в себе все достоинства этих методов, а также:

- снижает травматизацию печени, риск кровотечения и риск возникновения имплантационных метастазов после трепанбиопсии.

- одномоментно оказывает лечебный эффект, а полученный материал позволяет назначить ПХТ, соответствующую генотипу и фенотипу опухоли, в более ранние сроки, что ведет к снижению экономических затрат (не требуется повторной госпитализации для проведения РЧА, сокращается койкодень)

СРАВНЕНИЕ СПОСОБОВ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ

¹Олифер Е. А. 3 к. 311 гр. ЛФ

Руководитель темы: ²Вальчук А.А. отд. хирургии

¹БГМУ, Минск, Белоруссия

²ГКБ № 3, Минск, Белоруссия

Применение технологии «ненатяжной пластики» более 100 лет тому назад и испытывает все более стремительное развитие последние 15 лет. Паховая грыжа — заболевание, которое появляется у 350 из 11 тыс. человек.

Цель. Провести сравнительный анализ методик грыжесечения и оценить качества жизни пациентов после различных методов пахового грыжесечения

Материалы и методы. Выборочно изучены истории болезни 80 больных, находившихся на лечении в 3 ГКБ г. Минска с 2006 по 2008 гг. по поводу паховых грыж, прооперированных с использованием для пластики грыжевых ворот полипропиленовой сетки: по Лихтенштейну — 40 (50%); по методике кафедры — 40 (50%).

Полученные результаты. На базе кафедры общей хирургии БГМУ разработаны методики ненатяжной герниопластики при лечении паховых грыж с использованием сетчатых трансплантатов, позволяющие существенно снизить частоту вышеуказанных послеоперационных осложнений. После проведения сравнительного анализа выявлено, что у пациентов, у которых применялась герниопластика по методу кафедры, осуществляется малотравматичный доступ к грыжевому мешку. Создается надежный несмещаемый барьер, препятствующий рецидиву грыжи. А так же по сравнению с пациентами, у которых применялась герниопластика по Лихтенштейну, уменьшается интенсивность болевого синдрома в послеоперационный период. Кроме того: 4 больных, которые были оперированы по методике клиники, ранее перенесли грыжесечения с другой стороны и отметили значительно лучший косметический эффект после повторного оперативного вмешательства.

Выводы. Таким образом, применение методик кафедры общей хирургии БГМУ позволяют осуществить малотравматичный доступ к грыжевому мешку, изолировать поперечной фасцией дополнительный трансплантат от элементов семенного канатика, предупредить вовлечение в рубцовый процесс полипропиленовых протезов, создать несмещаемый барьер. При герниопластике по Лихтенштейну, по сравнению с методиками кафедры, более длительное время пребывания пациента в стационаре и более длительный период нетрудоспособности.

ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ

Перишина А.С. 6 к. 622 гр. МПФ

Руководители темы: *Земляной В.П.* проф. каф. факультетской хирургии, д.м.н.,

Коткас И.Е. доц. каф. факультетской хирургии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Гемангиомы являются наиболее распространенными доброкачественными образованиями печени. Обнаруживается у 7% здоровых, у женщин в 3–6 раз чаще. До настоящего времени не разработан четкий алгоритм диагностики этого заболевания, применительно к хирургическому лечению, что свидетельствует об актуальности темы.

Цель. Определить показания и методы хирургического лечения пациентов с гемангиомами печени.

Материалы и методы. В клиниках кафедры факультетской хирургии им. И.И. Грекова СЗГМУ им. И.И. Мечникова с 2000 по 2015 гг. находились на лечении 27 пациентов с гемангиомами печени.

Полученные результаты. Средний возраст составил 53,6±10 года (28–76 лет), преобладали женщины — 23 (85%). У 70% пациентов имелись клинические симптомы в виде чувства тяжести и дискомфорта, а также болей в правом подреберье. У остальных 30% пациентов заболевание протекало бессимптомно и было случайно выявлено при обследовании. Диагноз

устанавливали по данным УЗИ органов брюшной полости. 4 пациентам выполнена диагностическая лапароскопия. В 3 случаях она сопровождалась биопсией (у 2 — во время диагностической лапароскопии, у 1 — чрескожно под контролем УЗИ). У 13 (48%) пациентов имелся одиночный узел, у 6 (22%) — 2 узла и у 8 (30%) — 3 и более узлов. Средний размер гемангиом составил 51 мм. Пациенты, у которых размер гемангиомы не превышал 5 см находились под наблюдением — 13 (48%). У 12 (44%) больных, диаметр образования колебался от 5 до 10 см; свыше 10 см — у 2 (8%) пациентов. Из них у 8 выполнены различные методы хирургических вмешательств. Средний диаметр гемангиом в группе оперированных составил 63,7 мм. Показанием к операции послужило наличие клинической симптоматики, а у 2 пациентов гемангиома печени оказалась интраоперационной находкой при выполнении оперативного вмешательства на другом органе. Были выполнены следующие операции: эмболизация правой/левой печеночной артерии с последующей перевязкой — 4; энуклеация гемангиомы — 3; атипичная резекция — 2. У одной пациентки помимо энуклеации гемангиомы возникла необходимость в резекции 6, 7 сегментов печени. После хирургического лечения пациенты нуждались в динамическом наблюдении. Так у одной пациентки после эмболизации печеночной артерии при контрольном обследовании отмечалось увеличение образование печени, которое не потребовало хирургического вмешательства.

Выводы. На современном этапе методом выбора лечения гемангиом является эмболизация долевых или сегментарных ветвей печеночной артерии. Резекционные методы показаны при образованиях диаметром более 10 см. В сложных диагностических случаях для исключения злокачественной природы заболевания необходимо выполнять биопсию печени.

ТРЁХОСЕВАЯ ГРАФИЧЕСКАЯ СИСТЕМА (ТАРЕ) КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Яцкевич В.К. 6 к. 46 гр. ЛФ, Жуковский Ю.В. 6 к. 49 гр. ЛФ

Руководитель темы: *Батаев С.А. асс. 1-й кафедры хирургических болезней*

ГрГМУ, Гродно, Белоруссия

Пролапс тазовых органов (ПТО) остается одной из наиболее актуальных проблем современной хирургии. Это связано с высокой частотой заболевания, которое по данным различных авторов встречается у 28–50,7% женщин. Клинические симптомы ПТО приносят женщинам физические и моральные страдания, снижают трудоспособность, сексуальную активность, влияют на качество жизни.

В последнее время всё больше внимания уделяется применению различных опросников оценки качества жизни, состояния различных органов и систем, сексуальной функции. Применения нескольких опросников для оценки различных аспектов ПТО весьма удачно применяется в так называемой трёхосевой графической шкале оценки состояния промежности Three axial perineal evaluation (ТАРЕ).

Цель. Оценка полноценности и качества диагностики и хирургической коррекции различных форм пролапса тазовых органов с помощью трёхосевой графической шкалой оценки состояния промежности Three axial perineal evaluation (ТАРЕ).

Материалы и методы. За период времени с сентября 2012 года по сентябрь 2014 года на базе проктологического отделения (отделения гнойной хирургии) УЗ «ГОКБ» были обследованы и прооперированы 12 пациентов с различными видами пролапса тазовых органов.

Предварительная диагностика симптомов ПТО проводилась на основании жалоб, анамнеза заболевания и клиническом обследовании, в то время как более подробная детализация диагноза, например степень ректоцеле, наличие внутренней инвагинации и опущения тазового дна объективно подтверждалась ректероманоскопией, УЗИ и рентгенологическом исследовании прямой кишки (модифицированной дефекографией). Все пациенты заполняли набор опросников до и в отдалённом периоде после оперативного лечения (от 6 месяцев до 2-х лет); Дополнительно выполнялось снимки для оценки эвакуаторная функция прямой кишки (остаточный объем и время опорожнения) и УЗИ промежности и малого таза с оценкой

остаточной мочи. Полученные данные сравнивались с нормальными показателями, при УЗИ и дефекографии, оценивались и другие параметры.

Использовались следующие опросники и дополнительные методы исследования:

Шкала St. Marks' (Vaizey) недостаточность анального жома (балл 0–24);

Шкала Altomare для оценки констипационного с-ма и СОД (балл 0–31),

Недержание мочи International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-SF) (0–21),

Задержка мочи: По остаточной моче (0 <50 ml, 1 >50<100 ml, 2 >100<200 ml, 3>200 ml),

Сексуальные проблемы Pelvic Organ Prolapse/Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ–12), IUGA Revised (PISQ-IR),

Степень Пропалса: Baden-Walker Halfway (балл 0–3).

Учитывались следующие параметры: толщина стенки прямой кишки, толщина и расхождение мышцы поднимающей задний проход, толщина ректовагинальной перегородки, размер выпячивания прямой кишки в преддверие влагалища, избыточная складчатость слизистой оболочки прямой кишки и инвагинация при натуживании.

Полученные результаты. При предварительной оценке результатов, полученных при использовании опросников, после коррекции ПТО методом лапароскопической ректоколюпоакропексии внутренняя инвагинация ликвидировалась в 100% случаев, а по данным как УЗИ, так и модифицированной проктографии — уменьшились размеры выпячивания. Так же отмечено и некоторое утолщение ректовагинальной перегородки после операции по УЗИ.

Выводы. Анализируя предварительные результаты применения трёхосевой графической шкалы оценки состояния промежности (ТАРЕ), вместе с использованием дефекографии и УЗИ весьма информативно и вполне достаточно для объективизации диагноза и выбора метода оперативного лечения и с успехом может применяться для оценки его.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНИКИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ПЕНЕТРАЦИЕЙ И СТЕНОЗОМ

Кабиденова Б.Н. 3 к. 329 гр. факультет «Общая медицина»,

Кайырбек Т.Е. 3 к. 329 гр. факультет «Общая медицина»

Руководитель темы: *Бекжасарова Д.К. асс. каф. общей хирургии*

ГМУ города Семей, Семипалатинск, Казахстан

Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки остается одной из актуальных проблем гастроэнтерологии. В последние годы при данной патологии наряду с ушиванием и ваготомией широкое клиническое применение находит резекция желудка.

Цель. Улучшение результатов лечения перфоративных дуоденальных язв, сочетающихся с пенетрацией и стенозом.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 165 больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки. Все больные распределены на две группы. 1. Группа исследования — 80 больных (48, 5%), которым была проведена радикальная операция в виде резекции желудка по методу Бильрот I. 2. Группа сравнения — 85 пациентов (51, 5%), которым проводились паллиативные операции — ушивание перфоративной язвы ДПК. Сущность разработанного способа резекции заключается в том, что при пенетрирующей язве задней стенки двенадцатиперстной кишки в головку поджелудочной железы произвели экстрадуоденизацию язвенной ниши вне просвета двенадцатиперстной кишки по Штрауссу и накладывали прямой гастродуоденоанастомоз с закрытием язвенной ниши краем сальника и задней стенки культи желудка. Для оптимизации техники резекции желудка нами предложены желудочный зажим, пинцет и лигатурная игла. После ушивания лапаротомной раны на париетальную брюшину накладывали препарат коллагена — сангвикол. Сангвиколовая пленка оказывала антимикробное действие, что предупредило развитие ранаевых осложнений.

Полученные результаты. В группе исследования общая частота послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений была более чем в 2 раза ниже (8,8%, $p<0,05$). В том числе, нагноение послеоперационной раны развилось у 2 больных (2,3%), инфильтрат — у 3 (3,8%). У 2 больных (2,5% от общей численности группы) развилась серома. При соотношении полученных результатов с группой сравнения видно, что частота нагноений послеоперационной раны была в 2,5 раза, а инфильтратов — в 2,0 раза ниже. В группе исследования частота послеоперационных осложнений, развившихся в ранние сроки, составила 12,5%, что в 2 раза ниже, чем в группе сравнения (различия между группами достоверны, $p<0,05$).

Выводы:

1. Разработанный способ хирургического лечения пенетрирующих и стенозирующих перфоративных дуоденальных язв обеспечивает резекцию желудка по Бильрот I.
2. Применение разработанных способов лечения снижает частоту непосредственных результатов операций, сокращает сроки стационарного лечения.
3. Отличные результаты по шкале Visick были зарегистрированы в 55,0% случаев, хорошие — в 27,5%, плохие — в 3,8% (в группе сравнения — 8,4%, 20,5% и 47,0% соответственно).

ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ПОСЛЕДУЮЩИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ СОБЫТИЯ

Деменева Д.О. 3 к. 352 гр. ЛФ, *Новикова А.И.* 4 к. 408 гр. МПФ,
Подсулонникова Е.Д. 4 к. 420 гр. МПФ, *Бондаренко П.Б.* 5 к. 544 гр. ЛФ,
Литовченко Д.М. 3 к. 352 гр. ЛФ, *Доценко В.И.* 3 к. 352 гр. ЛФ
Руководитель темы: *Иванов М.А.* проф. каф. общей хирургии, д.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Влияние хронической венозной недостаточности (ХВН) на кардиоваскулярные события не слишком часто обсуждается в мировой литературе. Поднимается вопрос о возможных взаимосвязях между артериальными и венозными тромбозами в связи с близкими факторами риска — возрастом, ожирением, курением, дислипидемией.

Цель. Оценить взаимосвязь между хронической венозной недостаточностью в системе нижней полой вены, в том числе на фоне кардиометаболических изменений, а также неблагоприятными артериальными событиями.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за 64 пациентами с ХВН, которым осуществлялось оперативное лечение по поводу варикоза. У 18 пациентов имели место венозные тромбозы (основная группа), у 46 больных тромбозов не отмечено по итогам физикального обследования и дуплексного сканирования вен нижних конечностей. Анализировалась взаимосвязь ХВН с тремя обстоятельствами: 1) факторы риска атеросклероза; 2) асимптомный атеросклероз; 3) неблагоприятные артериальные события.

Полученные результаты. Анализ взаимосвязи ХВН с факторами риска развития атеросклероза показал: для лиц с тяжелым нарушением венозного оттока характерно почти 4-кратное увеличение вероятности артериальной гипертензии; выраженные признаки ХВН (19–27 баллов по VCSS) отмечались у лиц с СД 2 типа в 4 раза чаще; присутствие такого фактора риска как висцеральное ожирение соответствовало значительным изменениям венозного оттока. По данным изучения асимптомного атеросклероза у пациентов с различной тяжестью ХВН было выявлено, что в случае выраженных проявлений венозной недостаточности повышается встречаемость атеросклеротических бляшек на уровне каротидных артерий. При значительных нарушениях венозного оттока встречаемость ИБС была выше ($p<0,05$). Отмечена тенденция к различиям по частоте инфаркта миокарда и флелотромбоза между исследуемыми группами: неблагоприятные кардиоваскулярные события преобладают у пациентов с венозными тромбозами.

Выводы. Хроническая венозная недостаточность наблюдается в более выраженных вариантах у пациентов с метаболическим синдромом, сопровождается проявлениями как асимптомного, так и симптомного (неблагоприятные кардиоваскулярные события) атеросклероза, что требует пересмотра направленности и характера реабилитационных мероприятий в указанной категории больных.

ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Радугин Ф.М. 3 к. 331 гр. ЛФ, *Синицына Ю.В.* асп. 3 года каф. эндокринологии
им. акад. В.Г. Баранова

Руководитель темы: *Котова С.М.* проф. каф. эндокринологии им. акад. В.Г. Баранова, д.м.н.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В ряде работ отмечается взаимосвязь изменения вегетативного тонуса с уровнем гормонов щитовидной железы. Отмечается, что у пациентов с гипотиреозом нарушаются физиологические механизмы адаптации, что связывают с дисбалансом вегетативных регуляторных механизмов. Субклинический гипотиреоз (СГ) выявляется чаще при эпидемиологических исследованиях, нежели в клинической практике, что связано со скудной клинической картиной. Поэтому в настоящее время актуальной является проблема изучения влияния СГ на различные системы, в том числе вегетативную нервную систему.

Цель. Оценить вегетативный статус у пациентов с субклиническим гипотиреозом.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 54 женщины с диагнозом «субклинический гипотиреоз». В зависимости от возраста пациентки были разделены на 2 группы по 27 человек: 1-я — лица молодого возраста (18–44 лет), 2-я — лица среднего возраста (45–59 лет). Группы были сопоставимы по уровню ТТГ и свТ4. Средний возраст в 1-й группе составил 32,2±8,6 года, ТТГ — 5,9±1,4 мЕд/мл, свТ4 — 14,6±1,8 пмоль/л; во 2-й группе средний возраст был равен 54,2±3,8 года, ТТГ — 6,4±1,3 мЕд/мл, свТ4 — 14,5±1,8. Все пациентки получали терапию препаратами левотироксина. Обследование проводилось 2 раза: на старте и через 2 месяца после нормализации ТТГ. Для оценки вегетативного статуса использовался «Вопросник для выявления признаков вегетативных изменений». Общая сумма баллов у здоровых лиц не должна превышать 15, а в случае превышения можно говорить о наличии синдрома вегето-сосудистой дистонии (ВСД). Статистическая обработка осуществлялась методами параметрической и непараметрической статистики.

Полученные результаты. В 1-й группе средний балл по вопроснику вегетативных изменений составил 30,4±13,9. Симптомы вегето-сосудистой дистонии были выявлены у 22 (81,5%) пациенток. Во 2-й группе признаки вегето-сосудистой дистонии также отмечались у 22 (81,5%) пациенток, средний балл был равен 27,3±12,5. Таким образом, статистически значимых различий между группами не наблюдалось. Была выявлена значимая умеренная прямая корреляционная связь между уровнем ТТГ и выраженностью вегетативных нарушений ($r = 0,6$, $p < 0,01$). При повторном обследовании суммарный балл статистически достоверно снизился в обеих группах: в 1-й до 20,9±9,9, во 2-й — до 15,5±7,9 ($p < 0,01$). Средний показатель в группе лиц молодого возраста оказался достоверно выше, чем в группе лиц среднего возраста ($p = 0,029$). Доля лиц с сохраняющимися после достижения компенсации гипотиреоза нарушениями вегетативного статуса в 1-й группе составила 63% (17 человек), во 2-й — 40,8% (11 человек).

Выводы. У большинства пациентов с субклиническим гипотиреозом выявляется ВСД. Зависимости между возрастом и выраженностью нарушений вегетативного статуса до лечения не наблюдается. Отмечается прямая зависимость между уровнем ТТГ и выраженностью симптомов вегето-сосудистой дистонии. На фоне лечения полного устранения вегетативных нарушений не происходит, однако снижается их выраженность. Пациенты молодого возраста хуже реагируют на терапию гипотиреоза с точки зрения улучшения вегетативного статуса, что позволяет предположить, что у этой категории лиц гипотиреоз вносит меньший вклад в развитие ВСД, чем у лиц среднего возраста, и нельзя исключить влияние других факторов.

ЗАВИСИМОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТ ТИТРА АНТИТИРОИДНЫХ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ ТИРОИДИТЕ ХАСИМОТО

Яковенко А.О. 4 к. 406 гр. медицинский факультет,

Мещерякова А.В. 4 к. 406 гр. медицинский факультет

Руководитель темы: *Строев Ю.И.* доц. каф. патологии, к.м.н.

СПбГУ

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) Хасимото — распространенное заболевание, при котором несвоевременная диагностика и запоздалое лечение имеют неблагоприятный прогноз, так как АИТ приводит к гипотирозу с нарушениями психо-эмоциональной сферы (энцефалопатия Хасимото). В настоящее время диагностика АИТ в основном зависит отуровня титров анти tiroидных аутоантител (АТ). Наиболее известными антигенами щитовидной железы (ЩЖ), к которым вырабатываются АТ, являются тиреоглобулин (ТГ) и фермент тиреоидная пероксидаза (ТПО). В клинической практике нередко наблюдаются серо-негативные случаи, когда при АИТ АТ к ТГ или АТ к ТПО вообще не выявляются (Шилин Д.Е., 1998). Поэтому сложилось представление о том, что анти tiroидные АТ являются при АИТ лишь свидетелем аутоиммунного процесса в ЩЖ, но прямой зависимости между их уровнем и функцией ЩЖ при этом не существует.

Цель. Установление значимости определения АТ к ТГ и АТ к ТПО в диагностике АИТ и гипотироза. Изучены титры АТ к ТГ и АТ к ТПО у 273 лиц с гипотирозом в исходе АИТ, впервые обратившихся к эндокринологу. Возраст пациентов составил от 4,5 лет до 81 года. Показателем, определяющим функцию ЩЖ, был выбран уровень тиротропного гормона (ТТГ). Нами была прослежена зависимость уровня ТТГ от уровня титров анти tiroидных АТ, а также связь последних с возрастом пациентов.

Материалы и методы. В зависимости от титра АТ к ТПО пациентов разделили на 4 группы. 1-ю группу (212 чел.; ср. возраст — $39\pm1,7$ г.) составили лица с титром АТ к ТПО от 0,01 до 99 ед/мл, 2-ю группу (13 чел.; ср. возраст — $44\pm3,4$ г.) — с титром от 100 до 199 ед/мл, 3-ю группу (40 чел.; ср. возраст — $41\pm2,5$ года) — с титром от 200 до 999 ед/мл, а 4-ю группу (8 чел.; ср. возраст — $49\pm7,4$ г.) — с титром выше 1000 ед/мл. Из приведенных данных следует, что по возрасту группы между собой статистически достоверно не различались ($p>0,1$). Следовательно, титры АТ к ТПО не зависели от возраста пациентов с АИТ.

Полученные результаты. Что касается титров АТ к ТГ, то в 1-й группе они были обнаружены из 212 всего у 100 пациентов, и их уровень составил в среднем $10,24\pm9,6$ ед/мл, во 2-й группе (у всех 13 пациентов) — $78,08\pm59,5$ ед/мл, в третьей группе (из 40 всего у 20 пациентов) — $200,41\pm131$ ед/мл, а в 4-й группе (из 8 у 5 пациентов) — $277,54\pm76,4$ ед/мл. Следовательно, АТ к ТГ выявлялись у большинства лиц с АИТ почти в 2 раза реже, чем АТ к ТПО. Эти данные позволяют говорить о большей диагностической значимости определения АТ к ТПО, нежели АТ к ТГ, у лиц с АИТ.

В каждой из групп нами также были вычислены средние показатели уровня ТТГ. Как оказалось, в 1-й группе содержание ТТГ составило $1,69\pm0,07$ мкЕД/мл, во 2-й — $3,09\pm1,1$ мкЕД/мл, в 3-й — $3,18\pm0,6$ мкЕД/мл, в 4-й группе — $5,26\pm0,59$ мкЕД/мл. Из этого следует, что уровень ТТГ по мере нарастания титра АТ к ТПО достоверно увеличивался (от $p<0,01$ до $p<0,001$).

Выводы. Таким образом, на основании проведенного исследования можно сказать, что зависимость функции ЩЖ от титра анти tiroидных аутоантител достаточно существенна: гипопункция железы тем более выражена, чем выше значения титров АТ к ТГ и, в особенности, титров АТ к ТПО.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ШТАММОВ STAPHYLOCOCCUS AUREUS, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ ЯЗВЕННЫХ ДЕФЕКТОВ СТОП У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Конкина Н.В. 5 к. 536 гр. ЛФ

Руководители темы: *Котова С.М.* проф. каф. эндокринологии им. акад. В.Г. Баранова, д.м.н.,
Мацевский Н.А. асс. каф. эндокринологии им. акад. В.Г. Баранова, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Синдром диабетической стопы (СДС) остается наиболее тяжелым и, в то же время, наиболее предотвратимым хроническим осложнением сахарного диабета. Несмотря на успехи в его

лечении, достигнутые в последние годы, количество ампутаций остается высоким. Значимой причиной неудовлетворительного лечения СДС является нерациональная антибактериальная терапия инфекционного процесса язвенных дефектов стоп, что приводит к увеличению распространенности полирезистентных штаммов микроорганизмов и значительно ухудшает прогноз заживления язв.

Цель. Определить чувствительность к антибактериальным препаратам штаммов *S. aureus* выделенных из язвенных дефектов стоп у пациентов с синдромом диабетической стопы.

Материалы и методы. Исследование проводилось в СПб ГБУЗ «Городская больница № 14» в период с 2013 по 2014 гг. В исследование были включены 42 пациента с длительно незаживающими язвами стоп и с рецидивирующим течением СДС. Средний возраст пациентов составил $57,4 \pm 4,1$ года. Средний стаж сахарного диабета $17,3 \pm 3,5$. Мужчины — 34 (81%), Женщины — 8 (19%). Количество пациентов с сахарным диабетом 1 типа составило 7 (17%), с сахарным диабетом 2 типа составило 35 (83%). Все пациенты имели нейропатическую форму синдрома с различной глубиной поражения на уровне стопы. У всех пациентов отсутствовала другая инфекционная патология, требующая антибиотикотерапии. Забор материала осуществлялся при помощи мазка из глубины пораженных тканей до назначения антибиотиков. Забранный материал помещался в стерильные контейнеры со средой Sterile Transport Swab 'AMIES', идентификация микроорганизмов проводилась в соответствии со стандартными методиками, чувствительность к антибиотикам определялась методом серийных разведений в агаре согласно МУК 4.2.1890-04. Статистическая обработка полученных данных выполнялась с помощью пакета прикладных программ SPSS Statistics 17.0 (США).

Полученные результаты. Всего из язвенных дефектов было выделено 98 штаммов аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов, при этом у подавляющего большинства пациентов микробы выявлялись в ассоциациях (81,0%). Штаммы *S. aureus* составили 31,6% всех выделенных культур и являлись ведущими грамположительными микроорганизмами. Чувствительность к антибиотикам определяли у 64 выделенных этиологически значимых штаммов из них у 31 культуры *S. aureus*. Все штаммы *S. aureus* оказались устойчивы хотя бы к одному антибактериальному препарату. 96,8% штаммов *S. aureus* были устойчивы к бензилпенициллину, 64,5% — к ципрофлоксацину, 61% — к оксациллину, 41,9% — к эритромицину, 9,7% — к клиндамицину. Отмечен высокий удельный вес (71,0%) полирезистентных культур *S. aureus*, устойчивых к трем и более препаратам.

Выводы. Таким образом, полученные нами данные подтверждают наличие у пациентов с длительно незаживающими язвами стоп и с рецидивирующим течением СДС микробных ассоциаций с преобладанием среди них полирезистентных штаммов *S. aureus*. Это подчеркивает необходимость постоянного мониторинга за резистентностью к антимикробным препаратам у возбудителей, выделенных из язвенных дефектов стоп у пациентов с СДС и важность проведения рациональной антибиотикотерапии у данной категории больных с учетом чувствительности к антибактериальным препаратам.

НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Полякова Т.С. 5 к. 533 гр. ЛФ

Руководитель темы: Матезиус И.Ю. доц. каф. эндокринологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Сахарный диабет является одним из осложнений острого или хронического панкреатита. Заболеваемость острым панкреатитом с 2000 года в Санкт-Петербурге и в ряде других регионов России, составляет 35–45% в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (Гостищев В.К., 2012), и тенденция роста числа больных сохраняется. Данные исследований о распространенности панкреатогенного сахарного диабета и частоте транзиторной гипергликемии при остром панкреатите неоднозначны. По мнению большинства авторов, при остром панкреатите в половине случаев развивается преходящая гипергликемия, а у 15–18% пациентов в дальнейшем развивается панкреатогенный сахарный диабет. Основными патогенетическими факторами развития гипергликемии при остром панкреатите являются отек

и деструкция ткани поджелудочной железы, а также ингибирующее влияние трипсина на продукцию инсулина.

Известно, что уровень гликемии выше 11 ммоль/л является одним из критериев тяжести острого панкреатита по шкалам Ranson и Glasgow. Гипергликемия выше 7 ммоль/л считается неблагоприятным прогностическим фактором у пациентов с острыми панкреатитами.

Цель. Уточнение частоты и выраженности нарушений углеводного обмена у пациентов с острыми панкреатитами или обострением хронического панкреатита.

Материалы и методы. Обследовано 8 пациентов отделения хирургической реанимации, поступивших в экстренном порядке с острым панкреатитом (6 человек) или обострением хронического панкреатита (2 человека). Среди обследованных — 4 женщины от 45 до 81 года, 4 мужчины от 28 до 60 лет. Всем пациентам проведено лабораторное обследование, включающее клинический и биохимический анализ крови (глюкоза, амилаза, АСТ, АЛТ, креатинин, мочевина). В исследовании оценивалась динамика лабораторных показателей, период наблюдения составил от 5 до 20 дней.

Полученные результаты. При анализе полученных данных выявлена высокая частота гипергликемии у пациентов с острым панкреатитом. Уровень гликемии натощак от 6,1 до 13,2 ммоль/л выявлен у 5 пациентов (62,5%) в разные сроки заболевания. У большинства пациентов с гипергликемией уровень гликемии в течение первых 10 суток находился в пределах 5,5–10 ммоль/л (ср. 7,6 ммоль/л). У всех пациентов выявлялись высокие уровни альфа-амилазы в сыворотке крови (от 60 до 640 ед/л), отмечалось транзиторное повышение АСТ, АЛТ (от 45 до 378 ед/л), у 2 пациентов выявлено повышение креатинина. В клиническом анализе выявлен умеренный лейкоцитоз.

При выявлении гипергликемии назначалась диета № 0 (голод), при гликемии выше 11 ммоль/л вводился инсулин короткого действия.

Выводы. Гипергликемия средней степени тяжести является частым метаболическим нарушением у пациентов с острыми панкреатитами. Регулярный контроль сахара крови и своевременная коррекция гипергликемии позволяет улучшить течение и прогноз заболевания, способствует раннему выявлению панкреатогенного сахарного диабета.

НАРУШЕНИЯ ЦИКЛА «СОН–БОДРСТВОВАНИЕ» ПРИ ТИРОИДИТЕ ХАСИМОТО

Бахтиярова А.Р. 4 к. 403 гр. медицинский факультет

Руководитель темы: *Строев Ю.И.* проф. каф. патологии, к.м.н.

СПбГУ

Расстройства сна приводят к значительным изменениям нейроэндокринных функций. Нарушается баланс в гипоталамико-надпочечниковой системе, изменяются циркадианные ритмы, ускоряется старение. Было показано, что у мышей при наличии тяжелых расстройств сна со сниженной секреции мелатонина развивается гиперфункция щитовидной железы (ЩЖ) с гиперсекрецией FT_4 , а дополнительное введение мелатонина неполовозрелым мышам с нормальным циркадным ритмом уменьшает йодконцентрирующую функцию ЩЖ.

Цель. Выявить изменения качества сна как показателя функционирования циркадной системы при гипер — и гипотиреоидной фазе аутоиммунного тиреоидита (АИТ) Хасимото.

Материалы и методы. В ретроспективном исследовании приняли участие 33 человека с АИТ: 31 женщина (ср. возраст — $40,8 \pm 2,9$ года) и 2 мужчин (ср. возраст — $26 \pm 12,1$ года). В ходе исследования были выделены две группы: I группа — с гипотиреоидной фазой АИТ ($n=6$, $TTG \geq 4,0$ мМЕ/л, $FT_3 3,20 \pm 0,37$ пмоль/л, $FT_4 8,34 \pm 3,53$ пмоль/л); и II группа — с гипертиреоидной фазой АИТ ($n=27$, $TTG \leq 0,04$ мМЕ/л, $FT_3 3,31 \pm 0,26$ пмоль/л, $FT_4 14,81 \pm 3,03$ пмоль/л). Нами проанализированы субъективные данные характеристик сна, массы тела, уровни FT_3 , FT_4 , TTG и пролактин (ПРЛ) крови. Результаты обработаны статистически с помощью Microsoft Excel 2007, Statistica 10. В работе анализировались выборки с нормальным распределением, обладающие равенством дисперсий и показателями, представленные в виде $M \pm m$.

Полученные результаты. До лечения в I группе продолжительность ночного сна (ПНС) составила в среднем $7,16 \pm 0,73$ ч; ПНС >6 ч отмечалась у 4 пациентов, дневная сонливость (ДС) была выявлена у всех больных, жалоб на храп во сне не отмечалось. Во II группе ПНС составила в среднем $6,8 \pm 0,19$ ч, а длительность сна >6 ч — у 17 пациентов, ДС отмечалась у 16 пациентов, ночной храп — у 5 человек. После 3–4 мес лечения пациентов показатели сна улучшились: в I группе ПНС увеличилась на 2%, частота ДС упала на 83%, жалоб на храп не было. Во II группе ПНС увеличилась на 2,9%, ночной храп исчез, а ДС уменьшилась на 93,7%. В I группе после лечения отмечены: снижение продукции ТТГ (с $9,50 \pm 3,48$ до $1,17 \pm 0,54$ мМЕ/л; $p \leq 0,05$) и FT3 (с $3,20 \pm 0,37$ до $2,40 \pm 0,67$ пмоль/л), а уровень FT4 увеличился (с $8,34 \pm 3,53$ до $11,08 \pm 3,56$ пмоль/л). Уровень ПРЛ после лечения снизился (с $260,67 \pm 62,4$ до $66,33 \pm 33,56$ мкМЕ/л). Во II группе, наоборот, было отмечено повышение ТТГ (в 7,6 раза — с $0,12 \pm 0,15$ до $0,92 \pm 0,28$ мМЕ/л; $p \leq 0,05$) и увеличение FT4 (с $14,81 \pm 3,03$ до $18,96 \pm 5,51$ пмоль/л), а уровень FT3 уменьшился (с $3,31 \pm 0,26$ до $3,04 \pm 0,24$ пмоль/л), при этом концентрация ПРЛ имела тенденцию к нарастанию (с $265,82 \pm 46,05$ до $296,45 \pm 50,00$ мкМЕ/л). Было обнаружено, что после лечения в группе больных с гипотирозом ИМТ увеличился на 1,91% (с $25,16 \pm 2,98$ до $25,64 \pm 3,04$), при этом у 2 пациентов наблюдалась избыточная масса тела (ИМТ $\geq 24,9$). В группе с гипертиреозом было отмечено незначительное повышение массы тела на 0,28% (с $24,81 \pm 0,80$ до $24,88 \pm 0,67$), при этом в данной группе 10 пациентов с избыточной массой тела.

Выводы. Таким образом, терапия лиц с АИТ в гипо — и гипертиреотидной фазе способствовала оптимизации показателей эффективности сна: улучшалась ПНС, снизилась частота храпа вплоть до полного его устранения, значительно уменьшалась ДС. После терапии нормализовались значения ТТГ, FT3, FT4 и ПРЛ крови. Следует отметить некоторое увеличение ИМТ в I группе на фоне терапии левотироксином.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ С УЗЛОВЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Смирнова Д.С. 5 к. 547 гр. ЛФ

Руководители темы: Матезиус И.Ю. доц. каф. эндокринологии им. акад. В.Г. Баранова, к.м.н., Смирнов А.А. каф. оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией ЦСГМУ им. И.И. Мечникова

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) среди эндокринных нарушений заболевания щитовидной железы занимают второе место после сахарного диабета. Более 665 млн. человек в мире имеют эндемический зоб или страдают другими тиреоидными патологиями. Прирост числа заболеваний щитовидной железы в мире составляет 5% в год. Аутоиммунный тиреоидит является причиной примерно 70–80% всех случаев первичного гипотиреоза, распространенность которого оставляет порядка 2% в общей популяции и достигает 10–12% среди женщин пожилого возраста.

Цель. Изучить распространенность аутоиммунного тиреоидита у взрослого населения с узловыми изменениями в щитовидной железе.

Материалы и методы. В исследовании проанализированы данные пункционной биопсии щитовидной железы 60 человек, в возрасте от 26 до 80 лет, средний возраст — $52,7 \pm 13,3$ года. Из них мужчин — 2 чел., женщин — 58 чел. В анализ включены данные УЗИ щитовидной железы и последующей пункционной биопсии узлов щитовидной железы. Основанием для пункции являлось выявление узлов в щитовидной железе размером более 1 см. Все пациенты были разделены на 2 равные группы ($n=30$ чел.) по месту проживания (Санкт-Петербург и поселок Петровское, Ленинградская область).

Полученные результаты. По результатам пункционной биопсии выявлены следующие изменения: аутоиммунный тиреоидит (АИТ) — 22 человека (36,6%), коллоидный зоб — 26 человек (43,3%), папиллярная карцинома — 2 человека (3,3%), фолликулярная опухоль — 10 человек (16,7%). В группе пациентов с АИТ женщин — 20 чел, мужчин — 2 чел, возраст больных от 26 до 80 лет ($55,4 \pm 13,1$ года). В этой группе больных на УЗИ чаще встречались множественные узлы, псевдоузлы размерами от 10 мм до 21 мм. У пациентов с папиллярным

раком щитовидной железы (возраст больных 33 года и 70 лет) выявили узлы размерами до 9 мм. У пациентов с цитологической картиной, не позволяющей исключить фолликулярную опухоль, выявлялись узлы размерами от 9 мм до 16 мм. Возраст больных — от 34 до 77 лет.

При сравнительном анализе результатов биопсии в группах городского и сельского населения, частота АИТ была сопоставима (36,6%), различия выявлены в среднем возрасте пациентов с АИТ (городское население — 45,3 года, сельское население — 60,3 года). Полученные данные свидетельствуют об одинаковой распространенности аутоиммунного тиреоидита и более ранней обращаемости к врачу среди городских жителей.

Выводы. Распространенность аутоиммунного тиреоидита среди пациентов с узловым зобом составляет 36, 6%. Ультразвуковая картина при аутоиммунном тиреоидите характеризуется множественными узлами и псевдоузлами различного размера. Пункционная биопсия позволяет проводить раннюю диагностику раков щитовидной железы (3,3% случаев), что улучшает прогноз заболевания.

СОСТОЯНИЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРОИДИТЕ

Артамонова И.Н. 4 к. 409 гр. медицинский факультет

Руководитель темы: *Строев Ю.И.* проф. каф. патологии, к.м.н.

СПбГУ

В наши дни прогрессивно нарастает частота аутоиммунного тиреоидита (АИТ) и вызываемого им гипотироза. При дефиците тиреоидных гормонов страдают практически все органы, в том числе — эндокринные, в частности кора надпочечников. При гипотирозе нарушаются синтез и периферический метаболизм кортикостероидов (Эгарт Ф.М., 1996). Известно, что гипотироз даже в стадии микседемы не приводит к морфологическим изменениям в надпочечниках (Пенчев Ив., Папазов Г., 1968), но при этом щитовидная железа, регулируя уровень минералокортикоидов и участвуя в метаболизме натрия и воды в организме, способствует появлению полиурии при гипертирозе и олигурии при гипотирозе (Туракулов Я.Х., 1979). Установлено, что при гипотирозе снижается активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), но при сочетании его с артериальной гипертензией (АГ) уровень кортизола повышен, по сравнению с больными АГ без гипотироза (Селиванова Г.Б., Джанашия П.Х., 2004). Кроме того, при наличии полиорганных аутоиммунных синдромов АИТ может сочетаться с аутоиммунной болезнью Аддисона, т. е. с гипокортицизмом (Строев Ю.И., Чурилов Л.П., 2004).

Цель. Изучить уровень кортикостероидов (альдостерона и кортизола) у больных АИТ с различной сопутствующей патологией.

Материалы и методы. Было обследовано 72 пациента с АИТ (женщин — 56, мужчин — 16) в возрасте от 11 до 66 лет с различным индексом массы тела (ИМТ), составившем в среднем $28,5 \pm 1,1$. У всех лиц, по данным FT3, FT4, ТТГ, АТ к ТГ, АТ к ТПО и УЗИ, был гипотироз различной степени тяжести. Из них у 13 была диагностирована АГ, а у 16 — ожирение с розовыми стриями или гипоталамический синдром пубертатного периода (ГСПП). У всех 72 пациентов до лечения левотироксином исследованы в клиностазе альдостерон (АС) и кортизол (КЗ). В контроле (20 здоровых лиц) уровень АС был $108,5 \pm 5,3$ нг/мл, уровень КЗ — $578,0 \pm 12,6$ нМ/л.

Полученные результаты. В общей группе больных АС составил $157,1 \pm 12,4$ нг/мл, а КЗ — $317,9 \pm 28,0$ нМ/л. У женщин (ИМТ — $28,5 \pm 1,2$) АС был равен в среднем $159,8 \pm 17,6$ нг/мл, а КЗ — $304,5 \pm 35,1$ нМ/л. У мужчин (ИМТ — $31,3 \pm 2,0$) — АС составил $160,5 \pm 14,7$ нг/мл, а КЗ — $309,8 \pm 94,7$ нМ/л ($p > 0,1$). У лиц без АГ и без ГСПП (ИМТ — $26,7 \pm 1,0$) уровень АС равнялся в среднем $149,2 \pm 16,1$ нг/мл, а КЗ — $344,8 \pm 38,7$ нМ/л. У лиц с АИТ и АГ (ИМТ — $35,4 \pm 2,7$) АС составил 151 ± 33 нг/мл, а КЗ — $298,4 \pm 65,9$ нМ/л. У лиц с ГСПП (ИМТ — $31,3 \pm 1,9$), для которого характерен гиперкортицизм, уровни АС и КЗ были более высокими и составили: АС — $187,5 \pm 48,2$ нг/мл, а КЗ — $344,8 \pm 72,2$ нМ/л. Через 3–4 мес лечения левотироксином ИМТ у обследованных пациентов оставался практически прежним. Однако у лиц с АИТ с исходно

более высоким уровнем АС ИМТ имел тенденцию к росту ($25,3 \pm 2,7$ против $23, 6 \pm 2$ у лиц с пониженным АС; $p > 0,1$).

Выводы. Таким образом, при АИТ с гипотирозом без АГ и ГСПП нами был отмечен умеренный гипокортицизм. Однако у пациентов с более высокими исходными уровнями АС задержка натрия и воды способствовала, по-видимому, нарастанию массы тела.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Кислицына Н.Д. 6 к. 608 гр. 1 медицинский факультет,

Садовой С.В. 6 к. 604 гр. 1 медицинский факультет

Руководитель темы: *Репинская И.Н.* асс. каф. внутренней медицины №2

**Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Севастополь**

Во всем мире болезни эндокринной системы (БЭС) привлекают внимание исследователей разных специальностей, так как данная группа заболеваний отличается длительностью течения, системностью проявлений и последующими нередко развивающимися осложнениями, которые значительно ухудшают качество жизни и прогноз пациентов. Изучение структуры заболеваемости эндокринной патологией и ее последствий имеет большое значение для планирования и проведения мероприятий по совершенствованию медицинской помощи в этой области.

Цель. Изучить структуру общей и первичной заболеваемости БЭС, расстройства питания и нарушения обмена веществ у населения Республики Крым за 2012–2013 годы.

Материалы и методы. Нами были проанализированы показатели здоровья населения Крымского республиканского учреждения «Информационно-аналитический центр» за 2012–2013 годы.

Полученные результаты. В результате исследования было выявлено, что в Республике Крым в структуре общей заболеваемости БЭС, расстройства питания и нарушения обмена веществ находятся на третьем месте и составляют 5, 6% всех нозологий (8246, 6 на 100 тыс. населения), в то время как удельный вес данной патологии в структуре первичной заболеваемости составляет всего 2,1% (1096,1 на 100 тыс. населения). Самый высокий уровень распространенности БЭС наблюдается среди подростков (15–17 лет включительно), а впервые выявленных заболеваний — в детской возрастной категории (0–14 лет). Показатели как общей, так и первичной заболеваемости выше у лиц женского пола и составляют 11428,3 и 1446,6 на 100 тыс. населения, а среди мужского населения — соответственно 4491,0 и 682,5 на 100 тыс. населения.

В структуре заболеваемости БЭС взрослого населения лидирует сахарный диабет (СД), где общая заболеваемость составляет 3104,5, а первичная — 314,4 на 100 тыс. населения. Среди всех пациентов с СД на долю СД 1 приходится 5%, а на СД 2 — 95%, из которых на инсулинотерапии находятся 11%. По статистике, у 41,3% больных с СД заболевание протекает с осложнениями. Структура диабетических осложнений выглядит следующим образом: ретинопатия (общая заболеваемость — 822,7 на 100 тыс. населения), нефропатия (235,6), катаракта (70,7), гангрена нижней конечности (15,3).

На втором месте в структуре заболеваемости находится патология щитовидной железы — диффузный зоб I степени (распространенность — 2387,4, первичная заболеваемость — 234,9 на 100 тыс. населения), на третьем — ожирение (592 и 58,6 на 100 тыс. населения). За ними следуют эндемичный и нетоксический узловой зоб (416,7 и 39,4 соответственно), приобретенный и другие формы гипотиреоза (240,3 и 28,2 соответственно).

У детей и подростков в структуре заболеваемости преобладает диффузный зоб (51,3% всех эндокринопатий), за ним следуют ожирение (17,8%) и СД (1,1%).

Выводы. Представленные результаты изучения заболеваемости и структуры БЭС, расстройства питания и нарушения обмена веществ позволяют на региональном уровне планировать систему

мероприятий по укреплению эндокринного здоровья, разработать профилактические и оздоровительные мероприятия среди населения.

ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП ПОВЫШЕННОГО РИСКА СД 2 ТИПА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Куракова А.Н. 5 к. 2 гр. ПФ, Шерстнев Д.Г. 5 к. 2 гр. ПФ

Руководитель темы: *Дихт Н.И.* доц. каф. эндокринологии, к.м.н.

СГМУ им. В.И. Разумовского, Саратов

Проблема сахарного диабета (СД) является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современности, что обусловлено, прежде всего, его широким распространением. Подавляющее большинство больных страдают СД 2 типа (СД 2), для которого характерно наличие длительной бессимптомной доклинической стадии, что приводит к поздней диагностике заболевания. Принимая во внимание рост заболеваемости, огромные расходы, требуемые на лечение СД и его осложнений и социально-экономические последствия в целом, очевидна необходимость ранней диагностики и профилактики СД 2.

Цель. Выявить среди больных кардиологического профиля группы повышенного риска сахарного диабета 2 типа.

Материалы и методы. Использован адаптированный из Finnish Diabetes Risk Score опросник FINDRISK, позволяющий в зависимости от количества набранных баллов определить степень риска заболевания СД в течение ближайших 10 лет от низкого до очень высокого. Оценка степени риска основывается на анализе наследственной предрасположенности, возраста, пола, антропометрических данных обследованных, характера питания, степени физической активности, наличия артериальной гипертензии, выявлявшихся ранее транзиторных расстройств углеводного обмена (во время болезни, беременности).

Полученные результаты. Проведено анкетирование 75 пациентов. Большинство (59%) пациентов старше 65 лет. У 41% опрошенных выявлен высокий и очень высокий риск развития СД 2. Пациенты проинформированы о возможности развития у них СД 2 и о мерах его профилактики. Им рекомендовано дополнительное обследование: исследование тощаковой и постпрандиальной гликемии, гликированного гемоглобина, проведение теста толерантности к глюкозе. В результате у 5 человек выявлен СД 2.

Выводы. Необходимо с помощью анкетирования выделять группы повышенного риска СД и проводить в них активный поиск заболевания и профилактические мероприятия.

ЧАСТОТА И ЭХОСТРУКТУРА ЗОБА У ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Виечелли Е.А. 6 к. 609 гр. ЛФ, Зилова А.А. 6 к. 609 гр. ЛФ, Амтуное Д.Р. 4 к. 422 гр. ЛФ

Руководители темы: *Белякова Н.А.* проф. каф. эндокринологии, д.м.н.,

Пищугина А.В. асс. каф. эндокринологии

ТГМА, Тверь

Патология щитовидной железы (ЩЖ), и в частности эндемический зоб, занимает одно из ведущих мест среди заболеваний эндокринной системы.

Цель. Определить частоту зоба методами пальпации и ультразвукового исследования (УЗИ) и его эхоструктуру у отечественных и иностранных студентов-медиков.

Материалы и методы. Обследовано 59 студентов-старшекурсников ТГМА (мужчин 27,1% и женщин 72,9%; $p < 0,01$, средний возраст $22,2 \pm 1,24$ года). Были сформированы две группы: 1-ю составили отечественные студенты (74,6%, из них мужчин и женщин 22,7% и 77,3% соответственно; $p < 0,01$; средний возраст $22,1 \pm 1,09$ года), а 2-ю — иностранные студенты (25,4%; 40,0% и 60,0% соответственно; $p > 0,05$; $22,5 \pm 1,71$ года). Проводились пальпация и УЗИЩЖ на сканере LOGIQm α 100 ServiseManual линейным датчиком 7, 5 MHz, при этом зоб

(увеличение ЩЖ) диагностировался при суммарном объёме ЩЖ у мужчин $>25 \text{ см}^3$, у женщин $>18 \text{ см}^3$.

Полученные результаты. Зоб методом пальпации был выявлен у 28,8% обследованных (88,2% и 11,8% студентов 1-й и 2-й групп соответственно; $p<0,01$; у мужчин в 17,6% и у женщин в 82,4% наблюдений; $p<0,01$), а на УЗИ ЩЖ он был подтверждён только у 3,4% обследованных (у 11,8% студентов 2-й группы (все женщины) и ни у кого из студентов 1-й группы). Эхографическая структура при наличии зоба у всех была представлена диффузными изменениями ткани ЩЖ.

Выводы. Таким образом, гипердиагностика зоба методом пальпации ЩЖ у студентов медиков составила 90%, что связано с субъективностью данного метода, результаты которого во многом зависят от квалификации исследователя. Зоб подтвердился при ультразвуковом сканировании всего у 3% студентов-медиков. Это были иностранные студентки. Эхографическая структура зоба у них была представлена диффузными изменениями ткани ЩЖ. У отечественных студентов-медиков увеличения ЩЖ методом УЗИ выявлено не было.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2004 ПО 2014 гг.

Кучукова Р.Ш. инт. 2014 года каф. эпидемиологии

Руководитель темы: *Пасечник О.А.* асс. каф. эпидемиологии, к.м.н.

ОмГМА, Омск

Распространение туберкулезной инфекции представляет собой одну из самых актуальных проблем здравоохранения. Это самая частая инфекционная причина смерти на земле. Эпидемическая ситуация по туберкулезной инфекции на территории Омской области на протяжении ряда лет остается напряженной.

Цель. Проведение ретроспективного эпидемиологического анализа многолетней динамики заболеваемости туберкулезом населения Омской области.

Материалы и методы:

- материалы Государственных докладов «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения РФ»;
- данные Управления Роспотребнадзора по Омской области;
- данные форм государственной статистической отчетности;
- данные карт эпидемиологического обследования очагов туберкулеза.

Полученные результаты. На территории Омской области в период с 2004 по 2014 гг. эпидемическая ситуация по туберкулезу остается напряженной. Среднегодовой уровень заболеваемости за рассматриваемый период составил $111,5 \pm 2,4$ на 100 тыс. населения. В 2014 году показатель заболеваемости составил $84,8 \pm 2,1$, что ниже показателя 2013 года на 3,6.

За изучаемый период в Омской области зарегистрировано 24732 случая активного туберкулеза. Из них 14065 — случаи заболеваний городского населения, а 9934 — сельского.

В городе Омске за период с 2004 по 2014 гг. наибольшая заболеваемость туберкулезом отмечается в Советском административном округе (показатель заболеваемости равен $152,6 \pm 3,2$ на 100 тыс. населения), Наименьший уровень заболеваемости наблюдался в Октябрьском административном округе ($84,9 \pm 2,7$ на 100 тыс. населения) Среди районов Омской области наиболее неблагоприятная ситуация сложилась в Нижнеомском ($126,2 \pm 3,7$), Называевском ($123,4 \pm 3,7$), Горьковском ($174,7 \pm 4,4$), Любинском ($124,6 \pm 3,7$) районах.

В нозологической структуре туберкулезной инфекции преобладает туберкулез органов дыхания. В 2014 году туберкулез органов дыхания составил 96, 4% случаев, а туберкулез внелегочной локализации — 3,6%. В структуре туберкулеза органов дыхания наиболее часто наблюдаются инфильтративная форма — 66,1%, диссеминированный туберкулез легких — 9, 3% и очаговый туберкулез легких — 8,8%. В структуре внелегочного туберкулеза преобладают туберкулез мочеполовых органов — 40,4%, туберкулез глаз и туберкулез костей и суставов — по 14% и туберкулез периферических лимфатических узлов — 12,2%.

Соотношение женского и мужского населения по заболеваемости первичной туберкулезной инфекцией составляет 1 : 2. Среди впервые выявленных случаев туберкулеза 60,7% мужского населения и 30,3% — женского.

Показатель заболеваемости детского населения от 0 до 17 лет составил $30,4 \pm 3,1$.

В 2014 году план по проведению флюорографических обследований населения старше 15 лет выполнен на 97,89% (обследований проведено 1440640), обследовано подростков 75115, декретированных — 143012. Активно проводилась работа по привлечению к обследованию в целях выявления туберкулеза лиц, не обследованных 2 и более лет, в течение 2014 г обследовано 31510 человек. Туберкулинодиагностикой охвачено 272070 детей в возрасте до 14 лет, что составило 99,8% от годового плана.

Выводы. В период с 2004 по 2014 гг. ситуация по туберкулезу в Омской области была неоднозначной, но оставалась напряженной. Эпидемический порог превышен во всех годах рассматриваемого периода. За последние три года наблюдается небольшая тенденция к снижению заболеваемости.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН ВСПЫШКИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ДЕТСКОМ ДОШКОЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Конев С.Д. 6 к. 604 гр. МПФ, Альшиник Л.П. 6 к. 606 гр. МПФ

Руководитель темы: *Васильев К.Д.* доц. каф. эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии детского возраста, уступая только острым респираторным инфекциям. Актуальность ОКИ обусловлена глобальным распространением, ростом заболеваемости в развитых странах, частыми вспышками, большой летальностью среди детей младшего возраста.

Материалы и методы. В работе использовались отчетные данные по заболеваемости ОКИ Роспотребнадзора по городу Санкт-Петербургу. Был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ вспышки в ДОО одного из районов Санкт-Петербурга. Изучена интенсивность, динамика и структура вспышки.

Полученные результаты. Вспышка острой кишечной инфекции возникла в детском учреждении, расположенном в 2-этажном здании, рассчитанном на 12 групп (9 гр. — детсадовские и 3 гр. — ясельные). На момент возникновения вспышки списочный состав детей — 277 чел., персонала — 40 чел., в том числе 5 сотрудников пищеблока. Один пищеблок обслуживает все группы детского учреждения, однако меню в разных возрастных группах различное. В течение недели заболело 13 детей. Заболевание началось остро с признаками поражения желудочно-кишечного тракта и интоксикацией, протекало преимущественно в легкой форме. Первоначально был поставлен диагноз «гастроэнтерит». У 9 детей из 13 заболевших был выделен возбудитель *S. enteritidis*. Интенсивность вспышки составила 6 на 100 организованных детей. В эпидемический процесс были вовлечены дети в возрасте от 3 до 7 лет. В ходе эпидемиологического расследования было установлено, что дети получали четырехразовое питание, закупка продуктов осуществлялась на торговозакупочной базе. Доставка продуктов централизованная. Изучено меню и установлены продукты, которые употреблялись детьми за три дня до возникновения вспышки. Были отобраны пробы продуктов питания для лабораторных исследований, однако результаты лабораторного исследования оказались отрицательными.

Выводы. Вспышка сальмонеллеза в детском дошкольном учреждении носила пищевой характер, вероятным фактором передачи, согласно изученному меню, могли послужить яйца, условием возникновения вспышки послужило нарушение технологии их приготовления (недостаточная термическая обработка).

ИКСОДОВЫЙ КЛЕЩЕВОЙ БОРРЕЛИОЗ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Чмырь А.П. 2 к. 211 гр. МПФ

Руководитель темы: *Иванова Т.Г.* доц. каф. эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В последние годы, в Санкт-Петербурге отмечается достаточно высокий уровень заболеваемости иксодовым клещевым боррелиозом. Природные очаги ИКБ не снижают своей активности и продолжают служить причиной высокой заболеваемости жителей города.

Цель. Изучить эпидемическую ситуацию по иксодовому клещевому боррелиозу за период с 2008 по 2014 годы в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. В ходе проводимой работы использовались отчетные данные, полученные в результате мониторинга, проводимого ФКУЗ «Северо-Западная ПЧС Роспотребнадзора» в стационарных точках многолетнего наблюдения в пригородах Санкт-Петербурга за период с 2008 по 2014 годы. Для сбора клещей использовался стандартный метод сбора на флаг. Боррелии выявлялись методом ПЦР.

Полученные результаты. Санкт-Петербург — мегаполис, в котором расположены многочисленные площади природно-антропогенного происхождения, который характеризуется мобильностью населения, часто посещающего места загородного отдыха. Продолжается активное освоение лесных и закустаренных территорий, прилегающих к городу, под строительство коттеджей, дач, обустройство огородов. Значительная часть этих местностей заселена иксодовыми клещами, среди которых доминирует *I. ricinus* — один из главных переносчиков иксодового клещевого боррелиоза (болезни Лайма). В данном регионе циркулируют три генетических вида боррелий: *B. afzelii*, *B. garinii*, *B. burgdorferi sensu stricto*. Ежегодно тысячи городских жителей подвергаются нападению клещей. Установлено, что среднесезонная численность клещей, по результатам сбора в стационарных точках за отчетный период наблюдения, имеет тенденцию к увеличению, и колеблется в пределах от 0,7 экземпляра на учетный час до 2, 6 экземпляра на учетный час в различные годы. В результате исследования клещей на зараженность боррелиями установлено, что процент зараженных клещей несколько увеличился: от 18% в 2008 до 21% в 2014 году. При этом заболеваемость клещевым боррелиозом в период наблюдения колеблется от 4,0 до 10,0 на 100 000 населения. Выявлена связь между уровнем заболеваемости населения боррелиозом и увеличением числа клещей в пригородных зонах Санкт-Петербурга.

Выводы. Для снижения заболеваемости населения ИКБ необходимо усилить санитарно-просветительную работу среди населения, разъяснять меры предосторожности и правила применения средств индивидуальной защиты, необходимость применения репеллентов. В местах массового отдыха требуется благоустройство территорий, проведение акарицидных обработок.

ОЦЕНКА ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

¹Лебедева Е.А. 6 к. 603 гр. МПФ, ¹Мохов А.С. 6 к. 603 гр. МПФ, ²Крицкая И.В.

Руководитель темы: ¹Иванова Т.Г. доц. каф. эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии, к.м.н.

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова

²Управление Роспотребнадзора по городу Санкт-Петербургу

Актуальность данной темы обусловлена широким распространением ВИЧ инфекции преимущественно среди лиц репродуктивного возраста повсеместно в том числе и в г. Санкт-Петербурге. До настоящего времени не удастся снизить летальность в том числе обусловленную развитием ко-инфекции ВИЧ/туберкулез.

Цель. Оценка эпидемического процесса ВИЧ инфекции за период 1998–2014 гг. в г. Санкт-Петербург.

Материалы и методы. В работе использовались отчетные данные Управления Роспотребнадзора по г. Санкт-Петербургу

Полученные результаты. Анализ многолетней динамики заболеваемости ВИЧ инфекцией в Санкт-Петербурге показал, что с конца 90-х отмечался резкий подъем заболеваемости и в начале 2000-х гг. — некоторое снижение.

В 2014 г. показатель заболеваемости постоянно проживающего населения Санкт-Петербурга с учетом лиц БОМЖ, составил 48, 3 на 100 тыс. населения, что ниже показателя за 2005 год в 1, 6 раз. В 2014 г. наибольший показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией был в Центральном районе (70, 5 на 100 тыс. населения), а по распространенности лидировал Колпинский район (1475,1 на 100 тыс. населения) Санкт-Петербурга. Наименьший показатель как заболеваемости

(34,9 на 100 тыс. населения), так и распространенности (461, 4 на 100 тыс. населения) данной инфекцией был выявлен в Курортном районе.

В последние годы произошло перераспределение в возрастной структуре заболеваемости ВИЧ инфекцией. В 2007 году преобладали лица 18–29 лет, а в последние 5 лет группой риска явились лица в возрасте 30–39 лет. С 2010 года отмечается повышение заболеваемости старших возрастных групп: 40–49 лет, 50 лет и старше, это может быть связано с несвоевременным выявлением у данных лиц ВИЧ-инфекции.

Среди ВИЧ-позитивных жителей города в 2014 г. преобладали мужчины (60,0%), но имеется тенденция к ежегодному увеличению доли инфицированных ВИЧ женщин. Следует отметить, что в основном, это женщины фертильного возраста 15–49 лет, что может приводить к росту числа детей рожденных ВИЧ инфицированными матерями. В текущем 2014 г. в г. Санкт-Петербурге у ВИЧ-инфицированных женщин родилось 529 детей.

В Санкт-Петербурге отмечается преобладание парентерального пути инфицирования ВИЧ при употреблении психоактивных веществ, однако, в последние годы происходит увеличение доли полового пути передачи. Мужчины в 1,6 раза чаще, чем женщины инфицируются при введении наркотиков, женщины в 2,4 раза чаще инфицируются при половых контактах.

Выводы. В последние годы в Санкт-Петербург снижается заболеваемость среди постоянных жителей региона на фоне увеличения выявления случаев ВИЧ-инфекции у мигрантов (иностранцев и жителей других регионов РФ). Увеличивается вовлечение в эпидемию ВИЧ-инфекции женского населения фертильного возраста с одновременным ростом доли полового пути инфицирования вирусом, что свидетельствует о выходе эпидемии ВИЧ в общую популяцию населения.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ВАКЦИНАЦИИ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОМСКА И ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Грищенко Ю.А. инт. 1 года каф. эпидемиологии

Руководитель темы: Туморина С.З. доц. каф. эпидемиологии, к.м.н.

ОмГМА, Омск

Корь является одной из основных причин смерти среди детей раннего возраста, несмотря на наличие безопасной и эффективной вакцины. В 2013 году в глобальных масштабах произошло 145 700 случаев смерти от кори. Вирус полиомиелита поражает нервную систему и за считанные часы может привести к общему параличу. В одном из 200 случаев инфицирования развивается необратимый паралич, 5–10% из них умирают из-за паралича дыхательных мышц.

Цель. Оценить приверженность населения Омска и Омской области к иммунопрофилактике.

Материалы и методы

Работа проведена с использованием программного средства: служебного портала управления Роспотребнадзора по Омской области, данных о причинах и количестве не привитых против кори и полиомиелита детей за 2013–2014 гг. в г. Омске и Омской области. Также с использованием информационного бюллетеня № 286 ноябрь 2014 г., информационного бюллетеня № 114 октябрь 2014 г.

Полученные результаты. Наиболее частой причиной отказа, в том числе детей 3 месяцев — 17 лет от иммунизации полиомиелита в 2013 году в г. Омске стала нежелательная информация в СМИ, что составило 32% непривитых. В сельских районах Омской области наиболее частой причиной отсутствия прививки были длительные медицинские отводы — 36%, на втором месте религиозные убеждения — 35%. В 2014 году среди детей 3 месяцев — 17 лет в г. Омске были временные медицинские отводы — 29,8%, нежелательная информация в СМИ — 22,5% непривитых. В сельских районах — длительные медицинские отводы — 27%, на втором месте религиозные убеждения 26,4%. В г. Омске в 2013 г. были наиболее частой причиной отсутствия прививки от кори у детей нежелательная информация в СМИ — 28%, длительные медицинские отводы 30%. В сельских районах области — религиозные убеждения 33,8% и длительные медицинские отводы — 34,2%. Наиболее частой причиной отсутствия иммунизации от кори у детей в 2014 г. в г. Омске были нежелательная информация в СМИ — 31%, прочие причины –

24,2%. В сельских районах — религиозные убеждения 39,2%, длительные медицинские отводы — 31%. С 2013 по 2014 г. произошел рост количества детей, не имеющих не одной прививки против полиомиелита в том числе детей 3 месяцев — 5 лет. В городе Омске с 3,8‰ (на 1000 детей этого возраста) до 7,0‰; в сельских районах области с 3,6‰ до 4,9‰; в Омской области с 3,7‰ до 5,8‰. Среди детей от 6–17 лет с 2013 г. по 2014 г. произошел рост показателей не привитых от полиомиелита детей в г. Омске с 0,5‰ (на 1000 детей этого возраста) до 0,9‰; в сельских районах области с 0,4‰ до 0,6‰; в Омской области с 0,5‰ до 0,8‰. Отмечается рост количества детей, не имеющих не одной прививки против кори, в том числе детей 1–5 лет с 2013 г. по 2014 г. В городе Омске с 4,5‰ (на 1000 детей этого возраста) до 10,9‰; в сельских районах области с 5,2‰ до 6,0‰; в Омской области с 4,8‰ до 7,2‰. Произошел рост количества детей, не имеющих не одной прививки против кори, в том числе детей 6–17 лет с 2013 г. по 2014 г. В городе Омске с 0,756‰ (на 1000 детей этого возраста) до 1,6‰; в сельских районах области с 0,8‰ до 0,9‰; в Омской области с 0,8‰ до 1,2‰.

Выводы. Наиболее частой причиной отказа от иммунизации против полиомиелита г. Омске: в 2013 году была нежелательная информация в СМИ; в сельских районах — длительные медицинские отводы и религиозные убеждения; в 2014 г. — в г. Омске временные медицинские отводы и нежелательная информация в СМИ; в сельских районах — религиозные убеждения и длительные медицинские отводы. В г. Омске в 2013 г. были частыми причинами отсутствия прививки от кори у детей нежелательная информация в СМИ и длительные медицинские отводы; в сельских районах — религиозные убеждения и длительные медицинские отводы; в 2014 г. в г. Омске — нежелательная информация в СМИ и прочие причины; в сельских районах — религиозные убеждения и длительные медицинские отводы. В 2014 г. по сравнению с 2013 г. произошел рост отсутствия прививок от кори и полиомиелита, почти в 2 раза. Наиболее высокий рост происходит в городе Омске по сравнению с сельскими районами.

СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Котлова А.О. 5 к. 530 гр. МПФ, Абдусаламова З.К. 5 к. 530 гр. МПФ

Руководители темы: *Глуценко В.А. доц. каф. инфекционных болезней с курсом эпидемиологии, Березин И.И. проф. каф. общей гигиены, д.м.н.*

СамГМУ, Самара

В Самарской области накоплен определенный опыт по внедрению новых методов вакцинопрофилактики у часто болеющих детей, действует целевая программа «Здоровье детей на 2013–2015 гг.». Данное направление требует дальнейшего развития, так как в 2013 году было зарегистрировано 2323 случая кори, заболеваемость зарегистрирована в 58 субъектах РФ. В большинстве случаев (79%) заболевшие не были привиты против кори.

Цель. Оценка иммунизации детского населения Самарской области, согласно национальному календарю прививок.

Материалы и методы. В ходе работы были использованы данные, предоставленные службой Роспотребнадзора по Самарской области и Тольяттинской городской клинической поликлиникой № 3. Проведено анкетирование среди различных групп женского населения: студентки медицинского университета, беременные женщины и женщины с детьми дошкольного возраста, воспитанниками детских садов г. Самары и г. Тольятти. Результаты оценивались согласно национальному календарю прививок РФ от 21 марта 2014 г. N 125н.

Полученные результаты. Согласно полученным данным охват вакцинацией прикрепленного к поликлинике детского населения составляет 98%. Несмотря на это на начало отчетного года среди детей непривиты от туберкулеза 285 человек, против гепатита В — 14 школьников, против кори, паротита и краснухи не имеют прививок по 39 детей с 2–17 лет, против полиомиелита 34 детей.

Выводы. Из этого следует, что большинство родителей не осведомлены о необходимости вакцинопрофилактики. Несмотря на хорошие показатели привитости, непривитыми остаются дети с медицинскими противопоказаниями и дети, родители которых отказываются от прививок.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИРУСНОМУ ГЕПАТИТУ С В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Павлик А.А. инт. 2014 года каф. эпидемиологии

Руководитель темы: Пасечник О.А. асс. каф. эпидемиологии, к.м.н.

ОмГМА, Омск

Вирусные гепатиты (В и С) представляют такую же масштабную угрозу общественному здоровью, как ВИЧ-инфекция, малярия и туберкулез.

Около 130–170 млн человек инфицированы вирусом гепатита С, ежегодно умирают от гепатита С более 350 тыс. человек.

57% случаев цирроза печени обусловлены инфекцией вирусов гепатита В или С, что определяет их социальную значимость.

В Европейском регионе по данным Европейского регионального бюро ВОЗ ежегодно вирусами гепатитов В и С инфицируются более миллиона человек, большинство из которых проживает в странах СНГ.

Согласно экспертным оценкам в РФ частота выявления anti-HCV составляет 4,1%, оценочное число лиц, инфицированных вирусом гепатита С, составляет 5,9 млн. человек, частота перехода в хроническую форму — 60–80%, оценочное число больных ХГС в России = 3,5–4,7 млн человек.

На территории Омской области проблема заболеваемости парентеральными вирусными гепатитами, несмотря на снижение общего числа зарегистрированных случаев заболевания в 1,9 раза (с 2428 в 2004 г. до 1076 в 2014 г.), не теряет своей актуальности.

Уровень регистрации хронических вирусных гепатитов (с 2004–2014 гг.) на территории Омской области учтено 5684 случаев хронического гепатита С, и 522 случая острого вирусного гепатита С.

Цель. Анализ многолетней динамики заболеваемости вирусным гепатитом С населения Омской области.

Материалы и методы. При выполнении научной работы использовались следующие материалы:

– Изучались данные форм статистической отчетности: № 2 «сведения об инфекционной заболеваемости».

– Государственные доклады «О состоянии санитарно-эпидемиологического состояния населения в Омской области» с 2004 по 2014 гг.

– Информационные бюллетени с 2004–2014 гг.

– Акты расследования случаев инфекционной заболеваемости вирусным гепатитом С.

Объекты исследования: население Омской области в возрасте от 0 лет до 90 лет.

Период исследования: с января 2004 по декабрь 2014 годы.

В работе использовались наблюдательные описательно-оценочные методы эпидемиологического исследования. Статистический анализ осуществлялся с использованием возможностей MS Excel, пакета прикладных программ STATISTICA 6.0.

Полученные результаты. На территории Омской области эпидемиологическая ситуация по вирусному гепатиту С (ВГС) остается напряженной. В период с 2004 по 2014 гг. среднемноголетний уровень заболеваемости населения ВГС составил $28,8 \pm 1,95$ на 100 тыс. населения.

Анализ данных мониторинга заболеваемости ВГС показал, что за изучаемый период в Омской области выявлено 5684 случаев хронического гепатита С, и 522 случая острого вирусного гепатита С у населения Омской области в возрасте от 0 лет до 90 лет. В том числе в г. Омске $63 \pm 1,77\%$ (3938 случаев) ВГС, в районах — $37 \pm 1,35\%$ (2295 случаев) ВГС.

По округам города Омска: Кировский округ $25\pm 1,48\%$ (985 случаев), Центральный округ — $23\pm 1,42\%$ (906 случаев), Октябрьский округ — $21\pm 1,36\%$ (827 случаев), Ленинский округ — $18\pm 1,26\%$ (709 случаев), Советский округ — $13\pm 1,07\%$ (512 случаев).

По районам Омской области выше всего заболеваемость в Марьяновском районе — $15,77\pm 2,16\%$ (362 случаев), Любинском районе — $13,77\pm 2,02\%$ (316 случаев), Омском районе — $10,94\pm 1,80\%$ (251 случаев), Москаленском районе — $10,20\pm 1,74\%$ (234 случаев).

Мужское население составило $65\pm 1,79\%$ (4060 случаев) заболеваемости вирусным гепатитом С, женское население $35\pm 1,32\%$ (2146 случаев).

Возрастная структура — дети до 1 года — $1,05\pm 0,23\%$ (65 случаев), 1–2 года — $1,02\pm 0,22\%$ (63 случая), 3–6 лет — $0,97\pm 0,22\%$ (60 случаев), 7–14 лет — $0,62\pm 0,18\%$ (38 случаев), 15–17 лет — $2,99\pm 0,39\%$ (186 случаев), 18–25 лет — $20,17\pm 1,0\%$ (1252 случая), 26–29 лет — $26,37\pm 1,14\%$ (1637 случаев), 30–35 лет — $28,95\pm 1,20\%$ (1797 случаев), 36–55 лет — $10,42\pm 0,72\%$ (647 случаев), 56–59 лет — $3,87\pm 0,44\%$ (240 случаев), старше 60 лет — $3,56\pm 0,42\%$ (221 случаев).

В клинической структуре преобладал хронический вирусный гепатит С $92\pm 2,13\%$ (5684 случая), острый вирусный гепатит С занимает $8\pm 0,63\%$ (522 случая).

По путям передачи преобладает половой — $53\pm 1,62\%$ (3289 случаев), в/в наркотики — $20\pm 1,00\%$ (1241 случай), контактно-бытовой — $17\pm 0,92\%$ (1055 случаев), неустановленные пути передачи — $10\pm 0,70\%$ (621 случай).

Выводы:

1. Остается приоритетной проблема борьбы с вирусным гепатитом С. В 2014 году заболеваемость вирусным гепатитом С (ВГС) уменьшилась в 1,13 раза, показатель заболеваемости составил 23,05 на 100 тыс. населения (2013 г. — 26,13), ниже среднего показателя по РФ 40,73 на 100 тыс. населения (2013 г. — 40,62).

2. В группу риска входят люди мужского пола, в возрастной структуре детского населения преобладает возрастная группа 15–17 лет (45%), в возрастной структуре взрослого населения преобладает возрастная группа 30–35 лет (31%).

3. Среди путей передачи преобладает половой путь (53%).

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВСПЫШКИ КРАСНУХИ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ОДНОГО ИЗ ВУЗОВ В г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Колжеко И.В. 5 к. 521 гр. МПФ

Руководитель темы: *Иванова Т.Г.* доц. каф. эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Несмотря на относительно легкое течение краснухи, она опасна своими осложнениями. В настоящее время на фоне активной вакцинопрофилактики, осуществляемой в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и в рамках национального проекта «Здоровье», заболеваемость резко снизилась. Однако около 15% населения в возрасте 20 лет остаются не иммунизированными и имеют высокий риск заражения.

Цель. Анализ вспышки краснухи среди учащихся одного из вузов в г. Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. Материалом проведенного исследования послужили отчетные данные, представленные ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербурге», данные лабораторных исследований.

Полученные результаты. Обязательная иммунизация против краснухи введена в Национальный календарь профилактических прививок детям с 1997 года, но активная вакцинопрофилактика началась с 2002 года. Это привело к резкому снижению заболеваемости во всех возрастных группах. Заболеваемость в 2013 году составила 0,93 на 100 тыс. нас. Несмотря на это, остается не иммунный контингент среди лиц старше 18 лет. В 2013 году была зарегистрирована вспышка краснухи у студентов одного из вузов г. Санкт-Петербурга. За весь период вспышки (с 12.02.13 по 06.03.13) заболело 15 учащихся мужского пола 3–6 курсов в возрасте от 19 до 25 лет. У всех заболевших инфекция протекала в среднетяжелой форме: (повышение температуры тела до $38,4^{\circ}\text{C}$, пятнисто-папулезная сыпь, лимфаденопатия). Все

заболевшие были госпитализированы в инфекционную больницу. Биоматериал от 15 человек был передан в РЦ НИИЭМ им. Пастера. Диагноз был лабораторно подтвержден у 15 человек. В ходе эпидемиологического расследования был выявлен вероятный источник инфекции: учащийся Б. и учащийся А., прибывшие в общежитие Университета после каникул с постоянного места жительства (г. Севастополь, г. Санкт-Петербург). Было установлено, что все 15 заболевших не были привиты своевременно по месту их постоянного жительства согласно национальному календарю профилактических прививок. В связи со сложившейся обстановкой были проведены противозидемические мероприятия по локализации и ликвидации вспышки.

Выводы. Данная ситуация в очередной раз доказала необходимость обязательной вакцинации населения в полном объеме (95% и выше). Благодаря внедрению программ вакцинопрофилактики резко снизилась общая заболеваемость. Такая мера профилактики позволяет предупредить появление вспышек инфекционных заболеваний, а, следовательно, сохранить здоровье нации.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО САЛЬМОНЕЛЛЕЗУ НА ТЕРРИТОРИИ ТРЕХ РАЙОНОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ЗА ПЕРИОД С 2011 ПО 2014 ГОД

Федотова И.А. 5 к. 510 гр. МПФ, *Сковородникова А.А.* 5 к. 510 гр. МПФ,

Толузакова Н.В., Морарь А.С. 5 к. 510 гр. МПФ

Руководитель темы: *Иванова Т.Г.* доц. каф. эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность обусловлена широким распространением сальмонелл в природе, ростом заболеваемости сальмонеллезами, увеличением числа серологических вариантов возбудителей, а также формированием антибиотикорезистентных штаммов сальмонелл.

Цель. Изучение особенностей эпидемического процесса сальмонеллезной инфекции в Адмиралтейском, Василеостровском и Центральной районах г. Санкт-Петербурга за период с 2011 по 2014 г.

Материалы и методы. В работе были использованы отчетные данные 4 филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии г. Санкт-Петербурга». Был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости сальмонеллезом в Адмиралтейском, Василеостровском и Центральной районах г. Санкт-Петербурга за период с 2011 по 2014 г.

Полученные результаты. Анализ показал, что в изучаемых районах заболеваемость сальмонеллезом увеличилась с 21, 05 на 100 тыс. в 2012 году до 28, 62 на 100 тыс. в 2013 году. Средний удельный вес сальмонеллезом в структуре кишечных инфекций в 2013 году составляет 7%.

В Адмиралтейском районе в 2013 году заболеваемость сальмонеллезом увеличилась на 16% по сравнению с 2012 годом. В Центральном районе с 2011 по 2013 г. заболеваемость увеличилась на 19%. Повышение заболеваемости сальмонеллезом происходит в весеннее — летний период. В Адмиралтейском и Центральном районах пик заболеваемости приходится на май, июль, а в Василеостровском — на июль, август.

В основном рост заболеваемости отмечается в возрастной группе детей 3–6 лет. В Василеостровском и Центральном районах заболеваемость в данной возрастной группе в период с 2011 по 2014 год увеличилась в 2 раза.

В результате оценки данных о факторах передачи, было выявлено, что 17% случаев связано с употреблением мяса птицы и в 11% — употреблением яиц и яицпродуктов. При оценке данных о чувствительности сальмонелл за 2011–2014 год было выявлено, что наибольшая чувствительность отмечается к фторхинолонам (98%), гентамицину (97, 7%) и ко-тримоксазолу (95,5%). Также было выявлено, что устойчивость к хлорамфениколу в период с 2011 по 2014 год увеличилась на 21%, а к цефалоспорином III поколения — на 5%. В этиологической структуре сальмонеллезом преобладают сальмонеллы группы D (*S. enteritidis*), что составляет 79% от всех диагностированных случаев, 10% относятся к группе C (*S. Infantis*), 9% — к группе B (*S. typhimurium*) и 2% — к группе E.

Выводы. Ситуация по сальмонеллезу в Адмиралтейском, Василеостровском и Центральном районах г. Санкт-Петербурга остается напряженной. Для снижения заболеваемости в данных районах необходимо усилить контроль соблюдения санитарно-гигиенического режима в медицинских учреждениях, предприятиях пищевой промышленности и общественного питания и повысить уровень гигиенического воспитания среди населения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ БЛАСТОЦИСТНОЙ ИНВАЗИИ

Вотинцев М.Н. асп. 2 года каф. эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии,

Азаров Д.В. инт. 1 года каф. эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии,

Соусова Е.В. доц. каф. эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии, к.м.н.,

Межазакис Ф.И. доц. каф. эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии, к.м.н.

Руководитель темы: *Гончаров А.Е.* доц. каф. эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии, к.м.н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Бластоцисты (*Blastocystis* sp.) — род одноклеточных эукариотических микроорганизмов, паразитирующих в кишечнике животных и человека. В настоящее время активно обсуждается этиологическая роль *Blastocystis* sp. в возникновении ряда заболеваний желудочно-кишечного тракта, включая синдром раздраженного кишечника (Мое К. et al., 1998; Stenzel D., 1996; Yoshikawa H., 2000).

Цель. Сравнение эффективности применения различных методов диагностики бластоцистной инвазии среди амбулаторных пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями методами прямой микроскопии мазка кала с окраской 2% раствором Люголя и методами основанными на амплификации различных участков генома *Blastocystis* sp. в полимеразной цепной реакции.

Материалы и методы. В ходе работы было исследовано 669 амбулаторных пациентов с различными гастроэнтерологическими заболеваниями. При микроскопическом исследовании бластоцисты были обнаружены у 13 пациентов (1,94% ДИ 1,13–3,29). Полимеразная цепная реакция с праймерми к «Barcode»-участку гена рРНК малой субъединицы (Clark C., 1997; Scicluna S., 2006; Stensvold C., 2012) была положительной в 52 случаях (7,77% ДИ 5,98–10,05). ПЦР с праймерами к ITS-последовательности (Guiehdani V. et al., 2014). ПЦР была положительной у 36 пациентов (5,38% ДИ 3,91–7,36), ПЦР в реальном времени (Stensvold C., Ahmed U., Andersen L., Nielsen H., 2012) позволило выявить 30 случаев заболевания (4,48% ДИ 3,15–6,39). В качестве «золотого стандарта», выявления инвазии, было решено принять наличие как минимум двух положительных результатов, полученных разными методами.

Полученные результаты. Результаты исследования показывают, что превалентность бластоцистной инвазии в обследованной популяции достигает, как минимум 5,38%. Подход с применением ПЦР показал более высокую чувствительность по сравнению с прямой микроскопией, 7,77% против 2,39%. Наибольшую чувствительность из ПЦР методик показала амплификация «Barcode»-участка (7,77%).

Выводы. Таким образом, для выявления бластоцистной инвазии приоритетным методом является ПЦР с амплификацией «Barcode»-участка.

РАБОТЫ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

ENDORECTAL ULTRASOUND IN RECTAL CANCER PATIENTS

Andonov B., Zlatarov A., Tonev A., Kolev N., Ignatov V., Ivanov K.

Scientific supervisor: Prof. *Kolev N.*, PhD, DSc

**Medical University of Varna, University Hospital «St. Marina» — Varna,
First Clinic of Surgery, Department of General and Operative Surgery**

Introduction.

In the last two decades, endorectal ultrasound (ERUS) has become the preferred method for locoregional staging of rectal cancer. ERUS is one of the most accurate modalities for evaluating local depth of carcinomas invasion into the rectal wall layers (T-stage). Compared to the two-dimensional ultrasound, the three-dimensional ultrasound increases the capabilities of this diagnostic tool in rectal cancer patients.

Methods

We present a literature review and a report on our experience in pre — and post-operative 3-D ERUS in rectal cancer evaluation. In a group of 71 patients, the staging of pre-operative 3D endorectal ultrasound was compared to the post-operative histopathology of the operative sample.

Results

According to the results from the 3D endorectal ultrasound staging of rectal carcinomas the pT1 stage carcinomas are 97.1% The pT2 stage has a 94.3% accuracy of 3-D endorectal sonography, while pT3 and pT4 stages represent 95.7% and 98.5%.

Conclusion

The 3D endorectal ultrasound is to become a preferred diagnostic modality for pre-operative staging of rectal carcinomas.

Introduction

Endorectal cancer since the 1980s.¹ According to the literature, in studies with more than 50 patients included, an overall accuracy of approximately 81.8% was reported.² Most of the studies present data between 85% and 95%, but in the studies with more than 200 patients, the accuracy rates are relatively lower—63.3% and 69%, respectively.^{3,4} A common disadvantage of ERUS and magnetic resonance imaging (MRI) is the overstaging of T2 tumors owing to an irregular outer rectal wall resulting from transmural tumor extension or in — flammation around the tumor. Another challenge for the ERUS, and especially the rigid probes, are the locally advanced, stenotic tumors, where the probe may not be able to pass above the lesion.⁵ The nodal staging accuracy of ERUS ranges from 70% to 75%.^{1,5,6} The metastatic lymph nodes are distin — guished by hypoechoic appearance, round shape, peritumoral location, and size >5 mm.^{7,8} Lymph nodes >5 mm have a 50% to 70% chance of being malignant, while those <4 mm have only a 20% chance.^{9,10} A new modality of endorectal ultrasound represents a three-dimensional (3-D) ERUS that provides better visual images of the tumor volume and spatial relations to the adjacent organs and structures, even better than those of MRI, which leads to better diagnostic accuracy than MRI and standard ERUS.^{11–1} The unique 3-D-ERUS longitu — dinal scan can precisely assess the tumor size and location.¹⁶ The most important feature of this upgraded modality is the ability to reduce interpreter errors and offer potential predictive value. Three-dimensional ERUS provides the possibility to distinguish blood vessels from lymph nodes and allow precise fine needle aspiration (FNA) biop — sies.^{13,17} The infiltration of circumferential margin has been proven to correlate with T category, lymph node metastasis histologic tumor differentiation, and lymphovascular invasion.^{13,17} Three-dimen-sional ERUS gives the possibility of multiplane evaluation of the tumor, allowing visualization of more subtle changes in the tumor characteristics and therefore better T and N categorizing.¹⁸ A review of 86 patients who underwent standard 3-D ERUS, ERUS and 4-channel detector computed tomogra — phy (CT) demonstrated T-category accuracy of 78%, 69%, and 57%, respectively.¹⁹ After analysis of the examiner's error, the accuracy of 3-D ERUS for T category has reached 91% for 3-D ERUS and 88% for standard ERUS, and the N category accuracy improved to 90% and 76%, respectively. Also, ERUS can be used for diagnosis of premalignant lesions such as adenomas and polyps.²⁰

The main goal is to properly identify any chance of tumor invasion in the primary lesion and involvement of the surrounding lymph nodes in case the absence of those alarming characteristics allows for endoscopic resection of the lesion. Using higher-resolution probes, ERUS can distinguish T0 from T1 lesions. According to a meta-analysis of 258 biopsy-negative tumors, ERUS identified tumor mass in 81% of the 24 lesions, which were found to be invasive tumors on morphologic examination.²⁰ Another series of 60 patients with pT0/pT1 lesions demonstrated sensitivity and specificity of ERUS 89% and 88%, respectively.²¹ As with MRI, 3-D ERUS could provide an evaluation of the mesorectal fascia.^{14,22}

The reported data lead to the position that 3-D ERUS combines the high-resolution images of the rectal wall and cost-effectiveness of standard ERUS with the multiplanar and stereoscopic imaging capabilities of MRI. Three-dimensional ERUS may be the future premier imaging modality used in rectal cancer management.

Methods

Between September 2008 and December 2010, 71 consecutive subjects with rectal cancer were admitted to Clinic of Surgery, University Hospital (St. Marina), Varna, Bulgaria. All subjects underwent 3D ERUS after verification of rectal adenocarcinoma. The patients underwent bowel preparation with laxative (hydroxyanthracene glycosides, X-prep; Mundipharma GmbH, Limburg, Germany) and 3 enemas—2 the night before and 1 the day of the examination. All patients had sigmoidoscopy prior to the ERUS for verification of good level of cleansing. In 2 patients, the results from sigmoidoscopy showed an unsatisfactory level of cleansing, and the procedure of bowel preparation was repeated. In those cases, the 3-D ERUS was scheduled for the next day. Postoperative pathologic examinations were carried out in all subjects. There were 41 men and 30 women (mean age, 61.3 $\pm$ 12.2 years; range, 39–78 years). Inclusion criterion was primary rectal cancer. Exclusion criteria included multiple primary colon cancer, synchronous or metachronous second primary malignancy, intracorporeal — poreal metal parts, severe claustrophobia, and pregnancy.

As we present the patients included in our survey, we have to underline 2 points: (1) in our country, according to the national standards for treatment of rectal cancer, it is not obligatory for a neoadjuvant radiotherapy (RT) to be prescribed, and therefore the neoadjuvant modality is strictly individualized; (2) we decided to include in our survey only patients without neoadjuvant RT. Surgical procedures for these patients were consistent with anterior resection for rectal cancer or abdominal — perineal resection. In 2 patients, anterior resection in combination with sigmoidectomy was performed because of the local progression of the carcinomas in upper third of the rectum. Postoperative pathologic examination reported adenocarcinoma in 68 cases, carcinoid tumor in 1 case, stromal tumor (low grade) in 1 case, and malignization of an adenoma in one case.

Results

Three-Dimensional ERUS

A Bruel & Kjaer ultrasound system (Nsum, Denmark) with an endoluminal biplane broadband multi-frequency probe was applied. The frequencies of the linear array ranged from 5.5 to 10 MHz, and the frequencies of the convex array ranged from 6 to 16 MHz. Three-dimensional ERUS was used to observe the location, size, and morphology of the lesion, the degree of tumoral invasion of the rectal wall, the relationship between the lesion and the perirectal organs, and the extent of perirectal lymphadenopathy. ERUS was performed preoperatively and was interpreted by one ultrasonographer with experience in endorectal ultrasonography.

The depth of transmural tumor invasion was assessed according to the tumor-node-metastasis (TNM) classifications for both 3-D ERUS and histopathologic examinations, and the results were compared prospectively. The ultrasonographic staging of rectal cancer is as follows: uT1, tumor is limited to 3 layers, and the submucosa is intact; uT2, tumor invades the muscularis propria but does not reach the serosa; uT3, tumor invades the rectal serosa and peripheral tissues; uT4, tumor invades adjacent organs and tissues; uN0, no lymph node metastasis or obvious lymph nodes are noted around the rectum, or the lymph node diameter is <5 mm; uN1, lymph node metastasis and the lymph node diameter is >5 mm.

Routine pathologic examination

Immediately after surgery, resected specimens were opened on the side opposite the tumor and fixed in 10% formalin. After fixation, we obtained serial slices through the whole tumor in Tis-T2 cases or through more than 2 sections of the deepest part of the tumor in T3 or T4 cases. The slices were

embedded in paraffin, sectioned, and examined histologically after hematoxylin and eosin (H&E) staining. The resected specimens were morphologically examined by a pathologist. Pathologic T category was identified according to the TNM Rectal Cancer Staging System.

Statistics

The data were expressed as mean±SD, and the count data were presented as a percentage proportion. The diagnostic accuracy, sensitivity, and specificity of biplane ERUS in the uT staging of rectal cancer were calculated in accordance with the postoperative pathologic results (the latter were considered the gold standard). SPSS 11.0 (IBM Corporation, Armonk, New York, USA) was used to evaluate all data. The κ identity test was applied, and a P value <0,05 was considered to be statistically significant.

Results after 3-D ERUS

The morphology of most tumors on ERUS was irregular, with uneven hypoechoic signals inside the tumor and multiple microcalcifications observed in some areas. Tumoral invasion of various layers of the rectal wall was observed. Since malignant tumors characteristically invade along blood vessels, CDFI blood flow distribution can identify the depth of infiltration of the tumor within the rectal

Table 1
Comparison of 3-D ultrasound and postoperative examination according to T Color Doppler Flow Imaging

US staging	Postoperative pathologic staging, n				Total	Overstage	Understage
	pT1	pT2	pT3	pT4			
uT1	13	1			14	7.6%	
uT2	1	27	1		29	3.4%	3.4%
uT3		1	22		23		4.1%
uT4			1	4	5		20%
Total	14	29	24	4	71	2.75%	6.87%

Fig. 1 Three-dimensional ERUS of T1 rectal cancer. The arrows show the penetration of the tumor through the lamina propria and muscularis mucosa layers in the submucosal layer.

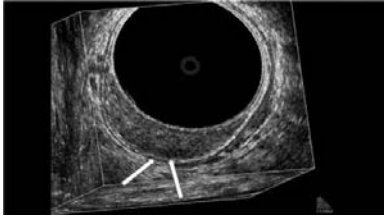
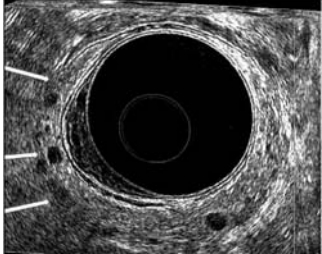


Fig. 3 Three-dimensional ERUS of T3 rectal cancer. The arrows show the penetration of the tumor through the serosal layer.



wall. Hypervascularity was noted within each tumor, and the arterial blood flow was high impedance [resistive index (RI) = 0.75 6 0.08]. Enlarged perirectal lymph nodes were found in 19 cases, with diameters ranging from 3.6 to 11.5 mm (mean, 8.4 6 0.7 mm).

Staging of rectal cancer with 3-D ERUS

Detailed results of the ERUS staging are listed in Table 1. Findings from histopathologic examinations served as the reference standards. Using 3-D ERUS, uT1 was found in 14 cases (Fig. 1), uT2 in 29 cases (Fig. 2), uT3 in 24 cases (Fig. 3), and uT4 in 4 cases (Fig. 4). Three-dimensional ERUS staging agreed with the histologic staging in 66 of the 71 (93%) patients, and the agreement on the depth of transmural invasion was good (k = 0.73; 95% CI, 0.60–0.86, P = 0.000). Accuracy rate, sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value for detection of T1 to T4 categories are shown in Table 2. In one case, a staging error was encountered at T1 (7.6%), and it was overstaged; at T2, one case (3.4%) was overstaged, and one case (3.4%) was understaged; at T3, one case (4.1%) was understaged; and at T4, one case (20%) was understaged. Histologic review of the specimens revealed

Fig. 2 Three-dimensional ERUS of T2 rectal cancer. The arrows show the penetration of the tumor through the muscularis propria layer.

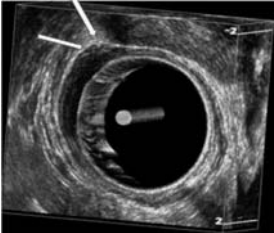


Fig. 4 Three-dimensional ERUS of T4 rectal cancer. The arrows show the penetration of the tumor in the adjacent organ, the prostate.

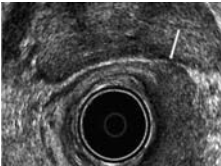


Table 2

Statistical results from 3-D ERUS in patients with rectal cancer

	pT1	pT2	pT3	pT4
Accuracy	69/71 (97.1%)	67/71 (94.3%)	68/71 (95.7%)	70 /71 (98.5%)
Sensitivity	13/14 (92.8%)	27/29 (93.1%)	22/24 (91.6%)	4/4 (100%)
Specificity	56/57 (98.2%)	40/42 (95.4%)	45/46 (97.8%)	66/67 (98.5%)

that in the total overstaged cases (2.75%), the tumor invaded close to the deeper uninvolved layer, and reactive changes were present in the connective tissue around the tumor including inflammation. Histologic review of understaged cases (6.87%) indicated that they had only microscopic invasion beyond the estimated layers and that reactive changes of the connective tissue around the tumor were slight or absent.

The metastatic status of the lymph nodes was determined with a sensitivity of 79.1% (19 of 24), specificity of 91.4% (43 of 47), and diagnostic accuracy of 87.3% (62 of 71).

Discussion

In a recent meta-analysis,²³ it was found that ERUS was the most accurate modality when compared with CT and MRI for evaluation of local invasion of rectal cancer. However, the accuracy of ERUS examination could be better for N category with numbers between 60% and 80%.²³ The introduction and adoption of 3-D ERUS is an option to increase the results from this easy, inexpensive, and effective diagnostic modality.²⁴

In the current study, the T category on 3-D ERUS correlated with histopathology in 66 of 71 patients (92.9%). The N category on 3-D ERUS correlated with histopathology in 40 of 49 patients (81.6%). Our finding was in concordance with most findings in the literature.^{19,23}

Our results demonstrated that with the reference standards of outcomes from histopathology, detection sensitivities of rectal cancer with 3-D ERUS were as shown in Table 2. Patients with T1 tumors were overstaged twice as often compared with T2 (7.6% versus 3.4%), and more T4 disease was understaged than T3 (20% versus 4.1%). The results of three-dimensional ERUS for T-category for T1, T2, T3 and T4 were 92.8%, 93.1%, 91.6% and 100%, respectively. The T3-patients had the worst results, as confirmed by Ren et al.²⁴ The total overstaged cases were 2.75% and the understaged cases were 6.75%. Specificity of 3-D ERUS categorizing from T1 to T4 was almost equal. Our results revealed that 3D ERUS enabled distinction between early and advanced rectal lesions, and this technique seemed to be more precise in distinguishing between T1 and T2; differentiation between T3 and T4 lesions remained reliable. The results regarding N category remain challenging but are comparable in the literature. The main challenge in proper staging of lymph nodes remains that potentially up to 20% of small nodes could be malignant.² Massari *et al*²⁵ found that overall accuracy by ERUS in staging the depth of infiltration was 90.7%. Overstaging occurred in 4% of the patients, whereas understaging occurred in 5.3%. In staging lymph node involvement, overall accuracy was 76%, sensitivity was 69.8%, and specificity was 84.4%. These findings were comparable with our results.

Conclusions

Three-dimensional ERUS provides better visual images (even better than those of MRI) of the tumor volume and spatial relations to the adjacent organs and structures, which leads to better diagnostic accuracy than MRI and standard ERUS. The introduction and adoption of 3-D ERUS is an option to optimize results using this easy, inexpensive, and effective diagnostic modality. The most important feature of this upgraded modality is the ability to reduce interpreter errors and offer potential predictive value. The reported data lead to the opinion that 3-D ERUS combines the high-resolution images of the rectal wall and the cost-effectiveness of standard ERUS with the multiplanar and stereoscopic imaging capabilities of MRI. The results from our study and the literature review show that 3-D ERUS is the diagnostic modality of choice in staging of cancer penetration in the rectal wall.

Three-dimensional ERUS may be the future premier imaging modality used in rectal cancer management.

MOLECULAR MARKERS IN COLORECTAL CANCER

Andonov B., Zlatarov A., Tonev A., Kolev N., Ignatov V., Ivanov K.

Scientific supervisor: Prof. Kolev N., PhD, DSc

**Medical University of Varna, University Hospital «St. Marina» — Varna,
First Clinic of Surgery, Department of General and Operative Surgery**

Introduction

The 5-year survival rate in colorectal carcinoma has not exceeded 40–45% in the last decades. Nearly half of all patients who undergo radical resection will potentially develop a metastatic relapse. The overall survival rate remains low, which strongly suggests that the proliferation of these cells occurs early in the disease process and the aggressiveness of the tumor should be evaluated with a diagnostic procedure. P-53, MUC-2, Ki-67, VEGF, Bax, Bcl-2, Stat, MMP2 are markers that can provide useful information about the biological potential and future development of the carcinoma.

Methods

We studied the expression of these markers in a group of 72 patients with colorectal cancer. We assessed the relations between: 1) type of surgical intervention; 2) histological type; 3) clinical stage; 4) individual risk index (IRI), in order to assess on the basis of the expression of tumor markers; 5) effect on the survival rate.

Results

In order to achieve 100% success rate in our study, we analyzed statistically the derived expression label data. IRI was calculated for each patient using data from immunohistochemical expression by previously mentioned molecular markers and the patients were divided in three groups. Group A was formed by 28 (38%) patients with low clinical stage and poor molecular prognosis. Group B consisted of 20 (27%) patients with low tumor expression and clinical stage III or IV and the last 26 (35%) of patients formed Group C. A correlation between the molecular and clinical stage was present. Significant differences in survival rates in groups A and B, according to the clinical stage and our IRI were observed.

Conclusions

Multivariate analysis showed that IRI is an independent predictor of the outcome of the tumor. There is ample evidence for the need of surgery behavioral change at various stages in accordance with the biological origin of the tumor. The analysis of the combination immunohistochemical molecular markers with conventional diagnostic modalities for colorectal cancer provides a better prediction of the patient's prognosis and the individual therapeutic strategy, in particular. This can lead to reduction in the incidence of recurrence, and a lower mortality rate of this disease.

Introduction

Colorectal cancer (CRC) is the second leading cause of death by cancer in the developed countries, comprising nearly 25% of all malignancies. Currently, the most important factor determining the outcome of CRC is considered the presence of metastases (1, 2) The incidence of lymph node and liver metastasis by CRC is 25–30% of all cases (2) The Tumor, Nodes and Metastasis (TNM) staging system of International Union Against Cancer (UICC) (3), which is the currently used staging system for CRC, has made a major contribution to the clinical management of patients with cancer over the past 50 years, but a growing pile of evidence suggests that it needs further improvement (4) as this system is based solely on disease-related parameters such as anatomical extent of carcinoma invasion and metastasis, and does not properly address issues such as variable outcomes in patients at the same stage (5). Factors other than those specifically incorporated in the TNM staging system can have an impact on the patient's risk of recurrence and survival. Microscopic venous or lymphatic invasion within the specimen worsens the prognosis for any stage (6). Histologic grade, histologic type, serum carcinoembryonic antigen, and cytokine levels are all independent prognostic factors (7). Additional tissue-based prognostic indicators have been sought on a molecular level, such as analysis of DNA for genotypic alterations or expression of genes involved in proliferation, apoptosis and angiogenesis (6,7). Antibodies that recognize molecules involved in the regulation of cell proliferation, apoptosis and angiogenesis, and which can be determined by immunohistochemistry, represent an attractive target to serve as molecular markers for tumor progression and outcome(8). While most studies focus on a single or a few markers, we aimed to investigate the value of a larger panel of molecules as molecular indicators of CRC progression.(7) We selected key molecules participating in various stages of tumorigenesis including cell proliferation, apoptosis, angiogenesis and extracellular matrix remodeling. Among the molecules involved in apoptosis, we selected the anti-apoptotic protein Bcl-2 and the pro-apoptotic regulator Bax. The Bcl-2 protein family members control mitochondrial permeability and the release of the apoptotic catalyst cytochrome C (9). Bcl-2 family members have been reported to be implicated in CRC. For example, Bax expression has been proposed as an independent prognostic marker of decreased overall survival in colorectal liver metastasis (10). The tumor suppressor gene p53 couples apoptosis to mitogenic signals and survival pathways, at least in part by regulating Bax activity (11). Mutation of the p53 tumour suppressor gene occurs in over 50% of sporadic CRC and represents a late step in tumorigenesis, occurring at the juncture between adenoma and carcinoma (12). We also evaluated the signal transducer and activator of transcription 3 (STAT3), a transcription factor with known oncogenic potential. Normally residing in the cytoplasm, upon its activation via

phosphorylation of the tyrosine705 residue, STAT3 dimerizes and translocates to the nucleus where it controls the transcription of several apoptosis — and cell cycle-regulatory proteins. The net effect of STAT3-mediated transcription directs the cells into cell survival and cell-cycle progression (13). Blockade of JAK3/STAT3 signaling significantly decreased viability of colon cancer cells due to apoptosis and cellcycle arrest (14). STAT3 promotes metastasis at least in part by activating proteolytic degradation of the basement membrane and the extracellular matrix mediated by members of the matrix metalloproteinase (MMP) family of enzymes (15). MMP proteins are chiefly involved in the dissemination of cancer cells by breaking down the extracellular matrix and creating an environment that supports the initiation and maintenance of tumor growth. Thus, inhibition of MMP-9 results in tumor metastasis suppression (16). Among the positive regulators of tumor angiogenesis, vascular endothelial growth factor (VEGF or VEGF-A), is the most potent angiogenic factor stimulating endothelial cell proliferation, survival, and vascular maturation (17). Recently, VEGF expression in CRC was reported as a prognostic marker of tumor behavior and to identify patients with unfavorable clinical outcome (18) Proliferating cells can be visualized by staining the Ki-67 antigen is a non-histonic protein useful for identifying the proliferative cells. A rise in Ki-67 expression indicates a rise of the mitotic activity and of the cell proliferation (19).

Here we studied the status of Bcl-2, Bax, p53, STAT3, MMP2, MMP9, VEGF, and Ki67 in resected biopsies from patients with CRC operated at the Department of Surgery, Medical University-Varna Hospital «St. Marina» in the period 2001–2007. We show evidence comparing the expression of the three markers with degree of differentiation, clinical stage of CRC, disease-free survival and overall survival rate.

Materials and methods

Patients

Between 2001 and 2007, a total of 732 patients underwent surgery for primary CRC at the Department of Surgery of University Hospital «St. Marina», Varna. Their characteristics are listed in Table 1. None of the patients had received chemotherapy or radiotherapy before surgery. Primary tumor and treatment details, hospital of initial treatment and initial TNM stage were registered. We randomly assigned one tenth of these 732 patients, namely 72 patients, to be evaluated by immunohistochemistry for a panel of molecular markers. We evaluated the primary characteristics of these 72 patients, clinical and histological parameters to predict the survival in patients with locally recurrent rectal cancer.

Histological processing

The selected specimens for molecular profiling (n=72) were processed for immunohistochemistry as previously described in our published material (20). Briefly, upon dehydration and antigen retrieval, we applied the primary antibodies, and the reaction was visualized by the peroxidase technique. We used an automatic staining procedure to avoid fluctuations (LabVision Autostainer 360, Fremont, CA, USA).

Evaluation of staining

Images were captured from three hotspots on each section (n = 3 sections per marker from each case) at $\times 40$ magnification through a Olympus BX2 microscope-mounted digital camera (Olympus Co., Tokyo, Japan) and stored digitally on a computer. Each image was independently evaluated by two pathologists and a semiquantitative method of expression was applied: 0, no expression; + (1 point), weak expression (in a few cells); ++ (2 points), moderate expression (in 20–50% of the cells); +++ (3 points), strong expression (in 50–100% of the cells). According to that, every case received an individual risk index — IRI, calculated by the morphologic data.

Statistical analysis

We divide the prognostic markers in two categories — the markers which expression provide information for initial carcinogenesis or activated carcinosuppression are put in the «good group». In this group we put: Bax, p53, where the points from the expression are measured as negative points — «-», so every marker could be evaluated a 1, 2 or 3 minuses. The markers, which are connected with advanced carcinogenesis formed the «bad group». In this group we put: Bcl-2, STAT-3, MMP9, VEGF, Ki-67, MMP2. Those will be evaluated as 1, 2 or 3 pluses — «+». We calculated a value for each patient that we name individual risk index (IRI) for progressing of the disease. Averaging the values for each marker yields the IRI. We considered the patients with a positive values (IRI>0 or IRI+) of having unfavourable prognosis, while those with negative IRI (IRI<0 or IRI-) as having

favourable prognosis. The lower is the IRI, the more favorable is the prognosis. We compared the results of the marker expression to independent prognostic factors as tumor differentiation, clinical stage of the primary disease disease-free survival and the overall survival rate.

Results

Estimation of IRI in the 72 patients and comparison with the clinical stage revealed that most of the stage I patients (19 out of 23) had a favourable IRI (i.e. $IRI < 0$) (Table 2). In four of them (4 out of 23) the molecular marker panel shows advanced levels of carcinogenesis. Representative micrographs from a case with a stage I CRC (T1NoM/G2) exhibiting moderate to strong expression of the negative markers are shown in Figure 1, compared with low expression in the positive markers. A similar discordance between clinical stage and estimated IRI was observed for stage II patients, most of which (12 out of 20, 60%) also exhibited an unfavourable IRI (Table 2). On the opposite side, patients with advanced disease — clinical stages III and IV, in which the obvious aggressiveness of the tumor is presented, the panel of molecular markers showed favorable results in 6 patients with III stage and 2 patients with IV stage of the disease. Overall, 34% (24 out of 72) cases showed discordance between clinical stage and calculated IRI, based on the expression of molecular markers. Estimation of IRI in the 72 patients and comparison with the grade of tumor differentiation revealed that in more than half of the cases — 36%, with high or moderate grade (22 out of 62), the IRI score was unfavourable. We follow-up all of the patients in our group, as part of the standard follow-up for the colorectal cancer patients. For the I stage we followed-up 23 patients with disease-free survival rate of 46 months and 5-year survival rate of 87% (20 out of 23). All of the other three patients who developed progression, died from the oncological disease — survival 19 months, 25 months and 27 months. Their average DFS was only 5 months. All of them had unfavourable IRI ($IRI +$) with 100% sensitivity. In the group with clinical stage II, we observed 5-year survival rate of 75% (15 out of 20). In four of deceased patients, the IRI was unfavourable (4 out of 5 — 80% sensitivity). In the group of patients with III clinical stage of the colorectal cancer, we found mostly $IRI \leftrightarrow$, which is expectable still the disease had proven lymph node metastases, but in 6 patients the panel of molecular markers showed not so advanced level of carcinogenesis which led to favorable IRI ($IRI <$). In five of them (5 out of 6 — 83% sensitivity) the 5-year survival was achieved, they were recognized as good responder to the applied chemotherapy and did not developed any kind of progression. One of them developed multiple liver metastases and died from the disease on the 52 month. Five year survival rate for the group was 55% (11 out of 20) and five of the survivals had a favorable IRI + (5 out of 11 — 45% sensitivity). In the group with IV clinical stage, only 2 of the patients have $IRI +$ (2 out of 9). One of them underwent aggressive approach with two-stage liver surgery and chemotherapy. He succeeded to pass the 5-year border in the survival rate. The overall survival rate for that group was 11%. As it is written above, we noticed a significant correlation between prognosis from our IRI and actual survival rate in patients with colorectal cancer. We found that our method is sensitive in 65% of the cases. It was successfully applied to all of them, but only in those numbers showed extra information about tumor behavior and potential. Due to our statistical model we receive a sensitivity rate of 65%.

Discussion

The main contribution of the present study is the usage of a panel of molecular markers rather than a single marker in order to generate a patient-specific index named individual risk index (IRI) which aims to identify the risk for developing metastasis in primary CRC. In this panel, we selected key molecules participating in various stages of tumorigenesis including cell proliferation, apoptosis, angiogenesis and extracellular matrix remodeling. Each of these molecules had been previously investigated for its involvement in the CRC progression or as an indicator of survival (14,15,21–23). Rather than evaluating each of these markers separately or correlating them with one another (24), we used their expression data as a basis of formulating an individual risk index (IRI). Comparing IRI with survival rate, we found that more than one third (34%) of the patients with favourable clinical stage (I or II) exhibited an unfavourable IRI ($IRI < 0$). Similarly, discordance was observed between the clinical stage and grade of tumor differentiation and IRI. Altogether, these findings suggest using a panel of marker rather than a single one, and calculating an index based on their integrated expression rather than correlating them with one another could provide useful information on the treatment strategies (e.g. extend of resection or type of chemotherapy) that need be taken to improve the outcome of CRC.

Table 1

Patients' characteristics. The distribution of patients according to clinical and pathological criteria as well as their age and gender are listed.

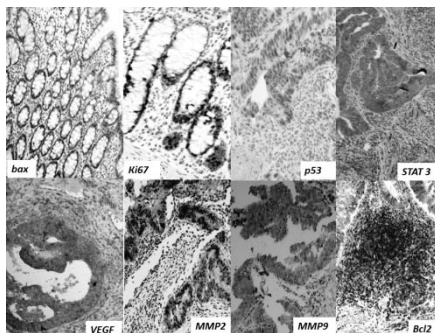
Parameter	Value	
Number of patients operated	732	
Median age of patients operated in years (range)	54.4 (26–79)	
Number of patients with molecular profiling	72	
Median age of profiled patients in years (range)	55.2 (31–79)	
Gender	Male	42
	Female	38
Surgery for primary tumor	Palliative	18
	Radical	62
Primary T stage	T1/T2	42
	T3	20
	T4	18
Primary N stage	N0	41
	N1	19
	N2	19
G	High	7
	Moderate	55
	Low	10

Table 2

Distribution of IRI cases according to clinical stage and survival rate.

Clinical Stage	Patients	IRI (+) cases	IRI (-) cases
I	23	4	19
5-year survival rate	20 out 23(87%)	1 out 4 (25%)	19 out 19 (100%)
II	20	6	14
5-year survival rate	15 out 20 (75%)	2 out 6 (33%)	13 out 14 (93%)
III	20	14	6
5-year survival rate	11 out 20 (55%)	6 out 14 (42%)	5 out 6 (83%)
IV	9	7	2
5-year survival rate	1 out 9 (11%)	0 out 7 (0%)	1 out 2 (50%)
Total	72	39	33

Figure 1. Representative immunostainings of the panel in a case with clinical stage I CRC. Note the strong expression of BAX, STAT3, VEGF, MMPs, and Ki67, while a weak staining of p53 and Bcl2. x400, counterstaining with H&E.



PET CT IN COLORECTAL CANCER

Andonov B., Zlatarov A., Tonev A., Kolev N., Ignatov V., Ivanov K.

Scientific supervisor: Prof. Kolev N., PhD, DSc

**Medical University of Varna, University Hospital «St. Marina» — Varna,
First Clinic of Surgery, Department of General and Operative Surgery**

Introduction

In colorectal cancer patients, preoperative assessment and staging may alter both preoperative and intraoperative surgical interventions due to different techniques. Tumor infiltration and regional lymph node involvement are difficult to recognize by well-known conventional imaging methods (CT, MRI). Our aim was to compare the utility of FDG-PET in the initial evaluation of colorectal carcinomas with conventional staging methods and to assess its effect on therapeutic management.

Methods

In the First Clinic of Surgery at the University Hospital «St. Marina», 104 patients were diagnosed with CRC (53 males and 51 females; mean age 66.76 ± 12.36 years), selected prospectively. All patients were evaluated using a conventional technique (CT) and FDG-PET. The reference method was histological. The effect of FDG-PET on the diagnosis and the operative treatment was studied.

Results

In 14 patients, surgery was contraindicated according to FDG-PET owing to the spread of the disease (only 6/14 suspected by CT). Four synchronous tumors were found by FDG-PET. Both techniques were highly specific for N staging but diagnostic accuracy (PET 56%, CT 60%) and sensitivity (PET 21%, CT 25%) revealed a lower number. For M evaluation, the diagnostic accuracy was 92% for FDG-PET and 87% for CT. Therapy alterations were made in 17.85% of the patients with rectal cancer and in 14.8% of the patients with colon cancer due to FDG-PET results.

Conclusion

In comparison to the conventional techniques, FDG-PET is a useful modality in pre-operative staging of colorectal carcinoma, revealing unsuspected disease and affecting the therapeutic management.

Introduction

Colorectal cancer is the third most frequently diagnosed malignant tumour and the third most frequent cause of cancer death in Western countries. In Spain, it is the second cause of cancer death in both males (after lung cancer) and females (after breast cancer) and represents 11% of all cancer deaths. The diagnosis of colorectal carcinoma is based on colonoscopy and biopsy. Surgery is the main therapeutic modality for patients with colorectal carcinoma, even in those with metastasis for whom palliative techniques may be beneficial. After initial diagnosis, accurate staging is the next important step in cancer management. Preoperative evaluation and staging should focus on techniques that might

preclude surgery entirely, alter the preoperative or intraoperative surgical plan, or indicate the need for preoperative adjuvant therapy. Depth of penetration through the bowel wall, involvement of lymph nodes, and presence of distant organ metastases are prognostic factors in patients with colorectal cancer. Morphological procedures, i.e. computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI), have shown low (although increasing) accuracy for identifying the depth of tumour infiltration within the bowel wall in colon carcinoma and are of limited value in the detection of regional lymph node involvement. Normal-sized lymph nodes may contain tumour, whereas enlarged nodes may merely be reactive. Therefore, for the vast majority of patients with colorectal cancer, a CT or MRI examination is not required for N staging, which is determined according to surgical and pathological criteria. Nevertheless, most patients undergo a preoperative CT examination of the chest, abdomen and pelvis for detection of metastatic disease. In addition to providing important prognostic information, the identification of distant metastases has been shown to benefit both the initial staging and the follow-up of patients with colorectal cancer. Accurate staging that identifies unsuspected metastatic disease assists in optimising patient management by ruling out surgery in some cases and ensuring an adequate surgical approach in others. The benefits of surgical resection and systemic chemotherapy in prolonging the survival of patients with hepatic metastases have been established in recent years. Outcomes of surgery in patients with resectable liver disease show 5-year survival rates of 40%, compared with no survival at 5 years in untreated patients. Current strategies aim to increase the number of candidates for curative hepatic resection. These strategies include the use of preoperative systemic chemotherapy and ablative therapy, which can lead to surgery with curative intent for patients initially thought to have unresectable disease. The key element in improving outcome is patient selection, which requires careful assessment of the precise location and extension of hepatic metastases and the exclusion of patients with unresectable extrahepatic disease. The preoperative demonstration of widespread metastatic disease will preclude surgery in some patients, thereby avoiding operative morbidity if the primary tumour is asymptomatic and does not cause obstruction. Fluoro-2-deoxy-D-glucose (FDG) is a glucose analogue that is phosphorylated in the cells but is not further metabolised. Most malignant tumours show increased uptake of FDG, because malignant transformation and tumour cell growth are associated with overexpression of glucose transporters and increased hexokinase activity.

Many studies have reported the value of positron emission tomography (PET) with FDG in the assessment of various malignant primary and recurrent tumours, including recurrent and metastatic colorectal cancers. In patients with the latter, FDG-PET appears to be more sensitive than ultrasound, CT or MRI for the detection of liver metastases, and additional disease sites are identified in up to 23% of patients. However, the literature on the performance of FDG-PET in the initial staging of colorectal cancer is limited and based on a small number of patients, restricting our ability to draw definitive conclusions about the utility of this technique in the staging of N, M or even T (in synchronous tumour cases) status. The aim of this study was to compare the diagnostic accuracy of FDG-PET with that of conventional staging methods in the initial staging of patients with colorectal carcinoma and to determine the repercussions of this technique for therapeutic management.

Materials and methods

The patients in this study have referred to First Clinic of Surgery at University Hospital «St. Marina» with a histological diagnosis of colorectal carcinoma between May 2008 and September 2010 and were studied following the standardised protocol for staging and establishing the most adequate treatment. This protocol consisted of: (a) clinical anamnesis, (b) haematological analyses, (c) CT of the abdomen and the thorax (d) endorectal ultrasound in cases of cancer of the lower middle third of the rectum, (e) whole — body FDG-PET. All patients were selected for elective surgery with postoperative adjuvant chemotherapy or palliative chemotherapy, depending on the stage of the disease. Patients with rectal tumour underwent radical surgery with total excision of the mesorectum when tumours were located in the middle or lower thirds. Pathological study of the primary tumour and adenopathies was performed on paraffin-embedded sections stained with haematoxylin-eosin. The most relevant impact on the surgical management of these patients derives from the detection of unsuspected tumour spread. This event has a prevalence of 20%. FDG-PET/CT would increase the detection sensitivity up to 90%, according to some authors.

One hundred and four consecutive patients from the First Clinic of Surgery with a histological diagnosis of colorectal carcinoma were enrolled in this prospective study: 53 males and 51 females aged from 28 to 83 years (mean age 66.76 years).

Exclusion criteria were:

- presence of other tumour disease,
- history of abdominal surgery,
- pregnancy or breast-feeding,
- refusal to participate.

At the time of preoperative diagnosis, tumours were located in the rectum (n=56), sigmoid colon (n=20), ascending colon (n=2), transverse colon (n=6), descending colon (n=4), caecum (n=10) and splenic flexure (n=6). The large number of rectal carcinomas may have been caused by the admission of patients from centres that do not offer surgical treatment of this type of tumour.

CT-study

All CT scans were performed with a Siemens Somatom Double Source spiral scanner after administration of oral and intravenous contrast. Reports were reviewed for the presence of masses in the colon or rectum, regional lymph node involvement, abdominal lymph node involvement, and distant metastasis. Regional lymph nodes of 1 cm or larger were scored as positive N, and other site abnormalities interpreted as probable metastatic disease were scored as M disease.

FDG-PET study

After administration of 370 MBq 18F-FDG whole-body PET-scan was performed. 5-min emission study was performed for each bed position, including the head, chest, abdomen and pelvis; immediately after the emission studies, a 3-min transmission scan was performed for each bed position. Image processing and reconstruction were performed on a SUN computer Workstation (SUN Microsystems, Mountain View, CA, USA). Images were qualitatively analysed and classified as positive or negative for malignancy by the subjective analysis of a single physician with experience of PET, considering the presence of increased (moderate or intense) glucose uptake as positive for malignancy (taking into consideration the normal biodistribution of the tracer). Semi-quantitative analysis was simultaneously performed by calculating the standardised uptake value (SUV) of problem areas, using the slice with maximum count density: $SUV = (\text{injected dose corrected by disintegration/activity concentration}) / (\text{injected dose/body weight})$. A maximal SUV >2.5 was considered positive for tumour activity. This cutoff point was for guidance purposes only, however, and the definitive report was predominantly based on qualitative analysis.

Data analysis

The diagnostic validity of the two procedures in N and M staging was analysed by comparing the information in the reports of each examination with the reference criteria, solely considering N0-N+ and M0-M+ categories. FDG-PET and CT findings were confirmed as follows: (a) by pathological study (b) by surgical exploration and biopsy; (c) in the case of extra-abdominal metastases, by pathological study after biopsy or (when pathology was not available) by clinical follow-up for at least 1 year or by CT study after at least 2 months demonstrating lesion growth (>0.5 cm) in comparison with the initial examination; or (d) in cases of death, by autopsy examination. Pathology or autopsy material was reviewed in 90 out of the 104 patients and clinical findings and subsequent imaging studies were reviewed in 14 out of the 104 patients to create a final TNM staging according to the American Joint Committee on Cancer (TNM staging system) [20]. Statistical analysis was performed using Microsoft Office Excel to determine the sensitivity, specificity, positive and negative predictive values.

Results

From 104 patients with histologically confirmed colorectal carcinoma after application of the diagnostic protocol contraindications for surgical treatment were found in 14 of them. These patients did not undergo surgical treatment because its application was contraindicated by the extent of the disease (Table 1). Of these patients, four had multiple unresectable hepatic lesions, two showed lymph node involvement, three had both of the aforementioned conditions, two had hepatic and lung metastases, one patient in stage IV had a hepatic metastasis that was only potentially unresectable but refused any type of treatment; one had no findings that contraindicated surgery but showed peritoneal

spread at laparotomy and, finally, one had a functional status that was inadequate for surgery despite having a resectable primary lesion. These patients were referred to the Oncology Department for adjuvant or palliative radiotherapy and/or chemotherapy or were referred to the Palliative Care Department. In these 14 patients, CT (6/14) and/or FDG-PET (14/14) showed the presence of extraregional lymphatic spread or distant metastases, which were confirmed by selective biopsies of problem areas in the Department of Image Diagnostics. Histological study of the primary lesions gave the following results: 59 moderately differentiated adenocarcinomas, 31 well-differentiated adenocarcinomas, two poorly differentiated adenocarcinomas, ten moderately differentiated mucinous adenocarcinomas and two well-differentiated mucinous adenocarcinomas.

Both CT and FDG-PET showed changes at the level of the primary lesion that were compatible with tumour status. Most primary tumours showed increased FDG uptake, with intense tracer accumulation in 92 cases, moderate accumulation in 11 cases and no significant uptake in one case (small well-differentiated mucinous adenocarcinoma). FDG-PET revealed synchronous tumours in four patients: moderately differentiated adenocarcinoma and several other small lesions in the sigmoid colon; moderately differentiated adenocarcinomas in the sigmoid colon and splenic angle; moderately differentiated adenocarcinomas in the sigmoid colon and transverse colon; and poorly differentiated adenocarcinomas in the rectum and sigmoid colon. These synchronous lesions were not diagnosed by endoscopy because it was impossible to pass through the primary lesion (adult and paediatric endoscope) and they were only suspected in one case on the basis of CT findings and contrast enema study. Lymphatic spread was studied in the 90 patients who underwent surgery (for whom there was therefore a pathology report), evaluating only the presence or absence of involved lymph nodes (i.e. N0 or N+). CT correctly detected the presence/absence of lymph node involvement in 54 patients, with 36 false negative and two false positive results. FDG-PET correctly detected the presence/absence of lymph node involvement in 50 patients, with 38 false negative and 2 false positive results. The diagnostic validity of the two procedures (in a population with a prevalence of locoregional lymph node tumour disease of 53%) is reported in Table 2.

a Tumour activity undetected by standard diagnostic procedures b

Staging change

c Modification of therapeutic approach

13	Rectum	0 0 0		Multiple liver metastases		
14	Rectum		++	Multiple liver metastases Multiple liver metastases retroperitoneal lymph nodes		a b c a

Tab. 1. Details of patients who did not undergo surgery

Pat	Localisation	N (TAC)	N (TAC)	M (TAC)	M (PET)	Comment	a	b	c
1	Sigmoid colon	0	0	0	Multiple liver metastases			a	b
2	Colon	0	0	0	Multiple liver metastases			a	b
3	Caecum	0	+	Multiple liver metastases retroperitoneal lymph nodes	Multiple liver metastases retroperitoneal lymph nodes				c
4	Caecum	0	+	0	0	Severe ischaemic heart disease		a	b
5	Caecum	0	0	0	Retroperitoneal lymph nodes			a	b
6	Sigmoid colon	0	0	Multiple liver metastases	Multiple liver metastases				c
7	Rectum	+	+	0	Resectable liver metastases	Patient refused treatment		a	b
8	Rectum	+	+	0	Retroperitoneal lymph nodes			a	b
9	Rectum	0	0	0	0	Laparotomy peritoneal carcinomatosis			c
10	Rectum	0	+	Multiple liver metastases	Multiple liver metastases single lymph metastases			a	
11	Rectum	+	+	+(single resectable)	Multiple liver metastases retroperitoneal lymph nodes			a	c
12	Rectum	+	+	+(single resectable)	Multiple liver metastases single lymph nodes			a	c

Tab. 2. Diagnosis accuracy in N0/N+ staging

	FDG-PET	CT	
Sensitivity	21% [11-35%]	25% [14-40%]	
Specificity	95% [83-99%]	100% [83-99%]	
Overall accuracy	56% [45-66%]	60% [49-70%]	
PPV	83% [51-97%]	100% [70-99%]	Confidence interval [CI]: 95%
NPV	51% [40-63%]	54% [42-65%]	Tumour prevalence: 53% [43-64%]

Both procedures showed a relatively high specificity but a relatively low overall diagnostic accuracy (PET 56%, CT 60%) and sensitivity (PET 21%, CT 25%). In the M staging, CT plus chest X-ray correctly classified 90 of the 104 patients, with ten false negatives and four false volumetric projection and a hypermetabolic uptake at the left ileac fossa corresponding to a sigma tumour. No other foci were observed that suggested lymph nodes or distant metastases positives, while FDG-PET correctly classified 96 of the patients, with two false negatives and six false positives. The diagnostic accuracy of the procedures (for a population with a prevalence of metastatic disease of 17%) is reported in Table 3, showing an overall diagnostic accuracy of 92% for FDG-PET and 87% for CT plus chest X-ray.

Tab. 3. Diagnosis accuracy in M0/M+ staging

	FDG-PET	CT
Sensitivity	89%[64-98%]	44% [22-69%]
Specificity	93%[85-97%]	95% [88-98%]
Overall accuracy	92%[85-96%]	87% [78-92%]
PPV	73%[50-88%]	67% [35-89%]
NPV	98%[91-100%]	89% [80-94%]

Tab. 4. Staging changes due to FDG-PET without modification of resectability

a	b	c	Localisation	Staging according to CT	Staging according to PET	Comment	Over-/understaging
a	b	c	Colon	III	IV	Resectable liver metastasis	Overstaging with surgical changes
	b	c	Rectum	II	III	Unsuspected lymph node	
	b	c	Colon	II	III	Unsuspected lymph node	
a	b	c	Rectum	II	IV	Resectable liver metastasis	
a	b	c	Colon	II	IV	Resectable liver metastasis	
a	b	c	Rectum	II	IV	Resectable liver metastasis	
a	b		Rectum	IV	II	Non-tumoral liver lesions	Understaging

a - Modification of therapeutic approach

b - Staging change

c - Tumour activity undetected by standard diagnostic procedures

The post-surgical histological examination of lymph nodes showed that 45 patients were in stage N0, 29 in stage N1 and 16 in stage N2. The definitive staging of the 104 patients was as follows: 20 patients in stage I, 22 in stage II, 34 patients in stage III (4 IIIA, 16 IIIB and 14 IIIC) and 28 in stage IV. The contribution of FDG-PET is shown in detail in Tables 1 and 4

FDG-PET modified the initial therapeutic approach (from surgery to radio/chemotherapy) in seven out of the subgroup of 14 patients who did not undergo surgery. FDG — PET revealed pathological deposits undetected by conventional diagnostic methods in 19.2% of patients (11 non-operated patients, six operated patients and three patients with unsuspected synchronous tumours). FDGPET changed the staging of the disease in 13.46% of patients (seven non-operated and seven operated). FDG-PET changed the therapeutic approach in 17.85% of the patients with rectal cancer and 14.8% of the patients with colon cancer (12/56; five non-operated patients, four operated patients and three patients with a synchronous tumour).

Discussion

The objective of preoperative staging is to identify the extent of local infiltration, the degree of lymph node involvement and the presence of hepatic or distant metastases. Correct staging allows treatment to be planned, including surgery, palliative chemotherapy or additional treatments such as neoadjuvant radio — or chemotherapy. This prospective study included 104 consecutive patients with colorectal carcinoma undergoing therapy during the study period. CT and PET were both used, in a standardised preoperative diagnostic procedure, and these two modalities were compared. Reference standard was pathological staging in 91.5% of cases and oncological follow-up protocol including imaging analysis and clinical examination in the remaining 8.5%. In the present paper, colorectal cancer is considered as a single entity, comprised of two different types of cancer, but both requiring further diagnostics and restaging. In the T staging of the colorectal cancers, the imaging techniques did not allow evaluation of the degree of infiltration of the intestinal wall by the tumour, which was determined by intraoperative observation and histopathological study of the specimen. The lack of reference anatomical structures and its limited spatial resolution makes FDG-PET especially inadequate in furnishing precise information for local staging, and it only offers useful data in cases of gross penetration with invasion of adjacent structures. In rectal tumours, only endorectal ultrasound shows good sensitivity and specificity in the detection of muscularis propria and perirectal tissue invasions. In the present study, FDG-PET correctly detected all primary tumours, identifying four synchronous tumours that had not been localised in the preoperative endoscopic study, although it did not provide information on the degree of infiltration of the intestinal wall. FDG-PET studies are not recommended in current clinical practice for the diagnosis of colorectal cancers or to evaluate their infiltration. Nevertheless, the identification of focal uptake of FDG in the colon should not be ignored, regardless of the clinical setting, since it may correspond to a malignant lesion, as in the case of the four synchronous tumours detected in our series. In more than three-quarters of patients with colorectal cancer, the disease is limited to the intestine or to regional pericolic or mesenteric lymph nodes at the time of diagnosis; therefore, most surgery of colorectal cancer is performed with curative intent. N staging requires the counting of pericolic and mesenteric lymph nodes. In colorectal carcinoma, regional lymph nodes are frequently small and found close to the primary tumour.

Moreover, pericolic nodes are often small, containing a small number of tumour cells that are only observable in immunohistochemical study. The localisation of lymphatic disease is difficult using imaging techniques only. Despite the identification of lymph nodes as small as 2–3 mm in high — resolution spatial images using multidetector-row spiral CT, the reliable detection of metastases to lymph nodes remains impossible, as the detection is related to the size of the nodes. The drawback of morphological images is that it is difficult to distinguish metastatic from reactive nodes even in case of large lymph nodes and to detect small micrometastatic. The high frequency of micrometastasis in nodes of normal size is typical for CRC in comparison to other tumors. There is a wide variation in the reported sensitivity of endorectal ultrasound (62–83%) and CT (22–73%) in the detection of lymphatic involvement, and MRI does not have better effect (39–95%) due to its volumetric limitation of the diagnostic field. In this study, CT and FDG-PET showed equally poor sensitivity in the detection of regional lymph nodes and in the evaluation of the number involved, with values of 21% for FDG-PET and 25% for CT. Nevertheless, FDG-PET was appreciably superior to CT in the identification of

metastatic disease, with a sensitivity of 89% for FDG-PET versus 44% for CT. These findings are in agreement with reports by other authors. The localisation of lymphatic involvement is determined not only by the size of nodes (in relation to the resolution of the scanner) on the metabolic image with FDG but also by the presence of tumour involvement and its cell load. One explanation for the low sensitivity of FDG-PET in the detection of involved lymph nodes may be their proximity to the primary tumour and bladder, in which the radiopharmaceutical physiologically accumulates. The application of urinary catheterization and diuretics may benefit the interpretation of the image, but this is not the subject of the present study. The presence of extra — regional lymph node metastases increases the stage of the disease to IV stage. CRC metastasize via the lymphatic system. The haematogenous spread of colorectal carcinoma can also involve (usually step by step) the liver, lungs and, to a lesser degree, bone, brain and other sites. The most relevant contribution of the proposed procedure is the identification of metastatic disease. Hepatic metastases are found in 1025% of patients at initial surgery, and 25% of these are candidates for resection. In the present series, 28 patients (26.9%) were in stage IV. CT had a sensitivity of 44% and a specificity of 95% in the diagnosis of metastatic disease, and it detected a patient with retroperitoneal lymph node involvement, while FDGPET showed a sensitivity of 89% and a specificity of 93% and revealed that six patients had unsuspected extrahepatic metastatic involvement, mainly in the form of abdominal lymph node involvement and lung metastases.

These data are similar to those reported in previous studies and confirm the additional value of FDG-PET, compared with CT, in the preoperative assessment of candidates for curative hepatic resection of colorectal metastases. Regardless of the sensitivity and specificity of FDG-PET for the detection of hepatic metastases, it does not provide sufficient anatomical information for adequate surgical planning. Besides the presence or not of metastasis, knowledge of its precise location is required to plan the appropriate surgical approach or even to exclude surgery. In this context, CT plays a complementary role in the evaluation of these patients. It is expected that new hybrid PET-CT equipment will substantially change this situation, with considerable improvements in diagnostic validity compared with that offered by separate FDG-PET and CT examinations. However, a surgical approach to hepatic disease requires extrahepatic metastatic disease to be ruled out, and it is here that FDG-PET shows its greatest value. In the present series, extrahepatic metastatic sites not detected by other techniques were found in 6.73% of the patients, leading to a change in the therapeutic strategy. There was a change in therapeutic approach in 25% of the patients with potentially resectable hepatic metastases. Various studies have also assessed the additional value of FDG-PET compared with CT in these patients, finding that PET offers more information over the provided by CT and that this information often affects the treatment. Some authors found that when FDG-PET is additional method to CT in the preoperative planning of patients with hepatic metastases as additional extrahepatic disease sites were identified in 11–23% of cases. Identification of such sites frequently leads to a change in approach from surgery to systemic chemotherapy. The sensitivity and specificity of FDG-PET for the detection of disease can be affected by various factors. False positive results have been reported in inflammation settings, such as hepatic abscesses, diverticulitis and active granulomatous disease. Physiological activity in the normal intestine and genitourinary system can also hamper the correct interpretation of certain uptake areas. According to our experience, it is desirable to perform bladder catheterisation and to administer diuretics before the examination in order to avoid accumulation of urine, containing the radiopharmaceutical, in the bladder. False negatives can be produced by tumours with low metabolic activity such as mucinous adenocarcinomas, or by small lesions, micrometastatic disease or the presence of pathological lymph nodes in the immediate vicinity of the primary tumour. The correct anatomical localisation of 18F-FDG deposits can improve their interpretation, and it is hoped that new PET-CT scanners, permitting the recording of both anatomical and metabolic information, will enhance the reliability of imaging studies. In this study, FDG-PET changed the tumour staging in 13.46% of patients, modified the scope of surgery in 11.54% and led to a change in the therapeutic approach in 17.85% of those patients with colorectal cancer. These changes were largely based on the diagnosis of previously unsuspected tumour activity, i.e. of synchronous tumours and hepatic and extrahepatic metastases that had not been detected by conventional staging studies. Therefore, FDG-PET appears to be highly useful in patients with evidence of resectable

hepatic metastasis according to the stage, provided by conventional techniques, and of less utility in the remainder of the patients. Cost-efficiency and cost-efficacy studies, the criteria for selection of patients and the influence of this method on the survivability in the different stages of the disease.

PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC BILIARY DRAINAGE — CASE REPORT

Bachvarov Ch.¹, Todorov G.¹, Nikolov D.¹, Kalinov T.¹,

Kolev N.², Tonev N.², Ignatov N.², Ivanov N.²

Scientific supervisor: Bachvarov Ch., PhD

Medical University of Varna, University Hospital «St. Marina» — Varna,

¹ Department of Imaging Diagnostics and Radiology

² First Clinic of Surgery, Department of General and Operative Surgery

Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage is a percutaneous therapeutic procedure which leads to the drainage of the obstructed biliary duct system. Physicians refer for a PTBD to aid the treatment of jaundice, if no other option is available. Other options may include endoscopy and surgery. If endoscopy is not possible and if the patient is inoperable, then percutaneous access is indicated. We present two cases of percutaneous drainage for obstructive jaundice in patients with HCC who are not candidates for surgical resection and summarize the current indications and outcomes of reported clinical use – 79 years old patient and 38 years young woman — admitted for a first time in the department with the following complaints: painless jaundice, darkened urine and light colored stool. Laboratory results case 1: Hb 99; Billirubin total 341; Direct billirubin 180; ASAT 214; ALAT 408; GGT 1573; Alkaline phosphatase 1022.

Laboratory results case 2: Hb 111, Bilirubin total 271; Direct bilirubin of 200;

• Imaging investigations results:

• US — highly dilated intrahepatic bile ducts.

• CT scan — suspicion for tumor process in the hepatic hilum.

• After a consult with hepatobiliary surgeons a decision for MRI was taken.

• MRI results: Klatckin's tumor affecting the left hepatic duct (Bismuth — Corlette IIb).

• After medical consilium a decision for PTC drainage was taken. During the injection of contrast material two defects were visualized: one in the hepatic hilum and another one in the papilla of Vater. The PTC drainage had to be placed twice, due to malpositioning and insufficient bile drainage, it was finally removed.

After medical consilium a decision for PTC drainage was taken. During the injection of contrast material two defects were visualized: one in the hepatic hilum and another one in the papilla of Vater. The PTC drainage had to be placed twice, due to malpositioning and insufficient bile drainage, it was finally removed.

PTA OF AVF WITH DRUG ELLUTING BALLONS AND STENTS — CASE REPORT

Bachvarov Ch., Todorov G., Nikolov D., Andreev Iv., Chokanov S.

Scientific supervisor: Bachvarov Ch., PhD

Medical University of Varna, University Hospital «St. Marina» — Varna,

Department of Imaging Diagnostics and Radiology

The most common types of vascular access used for hemodialysis are the arteriovenous (AV) fistula and the expanded polytetrafluoroethylene (ePTFE) graft. The direct purpose of the graft is to provide a vessel that is close to the skin (unlike the arteries) and has sufficiently high pressure to provide a sustained flow rate over 300 ml/min without collapsing (unlike the veins). The data analysis of the Dialysis Outcomes Quality Initiative panel suggests a primary patency of 85% for AV fistulas at one year and 75% at two years. Over the last thirty years, hemodialysis vascular access dysfunction has been a major cause of morbidity and hospitalization among hemodialysis patients worldwide. Venous stenosis is the result of neointimal hyperplasia and luminal narrowing or occlusion either at the site of the venous anastomosis or in the downstream (proximal) vein.

The most common types of vascular access used for hemodialysis are the arteriovenous (AV) fistula and the expanded polytetrafluoroethylene (ePTFE) graft. The direct purpose of the graft is to provide a vessel that is close to the skin (unlike the arteries) and has a high enough pressure to provide a sustained flow rate over 300 ml/min without collapsing (unlike the veins). The data analysis of the Dialysis Outcomes Quality Initiative panel suggests a primary patency of 85% for AV fistulas at one year and 75% at two years. Over the last thirty years, hemodialysis vascular access dysfunction has been a major cause of morbidity and hospitalization among hemodialysis patients worldwide. Venous stenosis is the result of neointimal hyperplasia and luminal narrowing or occlusion, either at the site of venous anastomosis or in the downstream (proximal) vein.

1. Pathogenesis of venous neointimal hyperplasia:

- surgical injury at the time of creation of the vascular access
- hemodynamic stress at the graft-vein or artery vein anastomosis, as a result of a combination of high shear stress and turbulence
- vascular access injury from dialysis needles
- differences in diameters between arteries and veins and less defined intimal layer may cause harmful fluid ebbs and backflow
- genetic predisposition of veins to vasoconstriction and neointimal hyperplasia after injury to endothelial and smooth muscle cells
- Treatment of an initial stenosis is often accomplished by balloon angioplasty. However, this treatment may inflict endothelial and smooth muscle cell injury, predisposing the vein to exaggerated VNH and repeated stenosis

Diabetes and atherosclerosis:

- Pathogenesis of atherosclerosis in diabetic patients is complex.
- The diabetic patients are with higher rates of restenoses and occlusions after PTA.
- The prognosis after PTA in that patients is poor, comparing with nondiabetic patients.
- No enough data from trials with drug-eluting balloons and stents in different arterial territories.

Case 1

- Patient — male, 58 y.o., diabetes mellitus type II
- Beginning of dialysis — 2 years ago because of terminal renal insufficiency
- AVF on the distal left forearm
- Last month before intervention with decreased in-flow during dialysis
- Diagnostic angio — subtotal occlusion of the arterial arm
- The procedure:
 - Left antegrade transbrachial approach. Arterial introducer — 6 Fr.
 - Wire — 0,014», predilatation with balloons 2 x 30 mm, 2,5 x 20 mm and stenting with DES 3,5 x 39 mm.
 - Final excellent result — flow Qb 280 ml/min.
 - Follow-up 1 month later — decreasing of the stent diameter with 0,5 mm — 16%. No difference between both arms with systolic peak of 80 cm/sec.

Case 2

- 70 y.o. patient
- Diabetes mellitus type II from 5 years. Good control.
- AVF on the left forearm.
- Diagnostic angio — severe stenosis in the venous arm with length about 16 mm. Some spastic segments on the radial artery, resolved without PTA and medicaments.
- The procedure — DEB 4,0 x 39 mm twice for 20 sec.
- Final result — without residual stenosis and excellent filling of the venous network.

Case 3 — AVF on the left forearm and multiple stenoses of the arterial vessel and thrombosis of the venous arm

- AVF from 2 months with total occlusion of the venous arm.
- Left antegrade transbrachial approach.

Case 4—Stenosis at the site of anastomosis

- Extravasation of contrast material during arterial puncture and placement of introducer
- Stenosis at the anastomosis and proximal segment of venous arm.
- Strong pain during inflating of drug-elluting baloon 3,0 x 39 mm.

CONCLUSIONS:

• Diabetic patients show diffuse atherosclerotic changes in arteries, including the both arms of arterio-venous fistulas.

Don't forget the 3D shape of the fistulas — important factor to avoid strut fractures!

PTA — percutaneous transluminal angioplasty.

AVF — arteriovenous fistula.

HODGKIN'S LYMPHOMA AND SECONDARY AMENORRHEA IN YOUNG FEMALE PATIENTS

Fartunov St., Hristova Sv., Ruseva Zh., Kosev P.,

Stefanov Y., Aleksandrova V., Madzhova V.

Department of Family Medicine, Medical University, Varna, Bulgaria

Definition: Hodgkin's disease is a malignant lymphoma characterized by cell collections (granulomas) containing the Reed-Sternberg giant cells. In the beginning, the process is localized in the lymph nodes but later invades in the whole body and affects also non-lymph organs. The disease is more likely to affect men and occurs most frequently in 20 — 30 year old people. There is a second peak of incidence in the age group between 50 and 60 years.

Etiology: The etiology, like in more neoplasms, remains unknown here. There is a discussion of the role of viruses, which is supported by some epidemiologic peculiarities like grouping cases and the appearance of several sicken of the disease in one and the same family. Antibodies to Epstein-Barr Virus (EBV) Capsid and Nuclear Antigen are often found in patients with Hodgkin's disease, and virus genome is proven in 20 to 80% of the biopsy materials. The possibility, Hodgkin's disease to be a final phase of body's reaction to various pathologic effects such as virus infections, professional hazards and other irritants, at a genetic predisposition available, is also admitted.

Clinical characteristics: Peripheral lymphadenomegaly is the initial manifestation of Hodgkin's lymphoma. In about 70 % of the cases, the left cervical and supraclavicular lymph nodes are firstly affected. Next by frequency engaged lymph nodes are the mediastinal, axillary and retroperitoneal. Splenomegaly is observed in about 50 % of the cases.

Clinical symptoms of Hodgkin's lymphoma are too diversified and depend on the size and localization of the affected lymph nodes. Following symptoms can be observed: mediastinal syndrome, pleural effusions, rhythmic disorders, osteoporotic foci in long bones, in spine. Neurological, renal and endocrine disorders are possible.

Medical treatment: The aim is full recovery through two main methods: radio — and chemotherapy. Therapeutic behaviour depends on the clinical stage. Most often used polychemotherapeutic schemes are MOPP (Mustagren, Oncovin, Procarbazine, Prednisolon) and ABVD (Adriamycin, Bleomycin, Vincristine, Dacarbazine). Sterility may occur in cases of long term MOPP-based therapy, therefore an alternating (rotating) or a hybrid application of both schemes is preferred.

Radiotherapy may be radical (supra — and subdiaphragmatic) and palliative — applied for decompression.

The successes achieved with Hodgkin's lymphoma treatment in most patients at young age and a good long life prognosis forced oncologists and other physicians to take more and more notice of these patients' quality of life. A natural wish for delivery and child raising occurs in women of childbearing age who have fought off this severe diagnose.

Amenorrhea is observed in 28 % of the followed up women younger than 25 years, subject to medical treatment, 86 % of the women, older than 25, and almost 100 % of female patients aged more than 40 years. Accelerated death of ovarian follicles is observed during chemo — and radiotherapy, leading to ovarian damage and premature ovarian insufficiency: dysfunction and/or amenorrhea.

The term ovarian reserve includes the current stock of egg cells (oocytes) in woman's ovary and is clinically connected with the ovarian response to stimulation. Ovarian reserve evaluation gives an

opportunity to every woman to be informed of her chances of achieving pregnancy and to plan birth of own children. Certain diseases, such as malignancies, may also lead to reproductive system declines.

Ovarian Reserve Testing

Determining Basal FHS Serum Levels

Follicle-stimulating hormone (FSH) serum levels above 12.5 mIU/ml are linked with poor ovarian response to stimulation.

Determining Basal Values of Serum Inhibin B Levels

Reduction in Inhibin B serum values is linked with advancing reproductive age in women. Values between 33 pg/ml and 190 pg/ml are determined as Inhibin B reference range.

Basal Serum Levels of Anti-Müllerian Hormone

Anti-Müllerian hormone (AMH) is produced by granulosa cells in preantral and lesser antral follicles and its levels can be established in the serum. AMH decreases upon decrease of the number of follicles in the ovary. We may speak of ovarian structures having a sound reserve where hormone values exceed 2.0 ng/ml. Results between 1.0 and 2.0 ng/ml show a trend towards declining ovarian function.

Ultrasound testing the number of antral follicles (AFC) produces objective information on the ovarian reserve. The test is conducted at an early follicular phase (between the second and fourth day of the menstrual cycle), by detecting follicles with sizes between 2 and 10 mm in both ovaries. Where the average number of antral follicles is under five, a significantly reduced ovarian reserve is available.

Determining the mean ovarian diameter (MOD).

This is performed in the early follicular phase (second to fourth day of the cycle). Values of mean ovarian diameter below 20.6 mm indicate a great probability of reduced ovarian reserves.

Clomiphene Citrate Challenge Test (CCCT)

This test is based on the possibility of restoring the reproductive system after clomiphene citrate (CC) application. FSH values below 10 IU/ml are deemed normal, threshold limit values are 10 to 12 IU/ml and values exceeding 12 IU/ml are deemed abnormal.

GnRH Agonist Stimulation Test (GAST)

This test assesses estradiol (E2) changes on the third day after GnRH agonist application on the second day of the menstrual cycle. The test result depends on hypophyseal production of gonadotropins and ovarian response to stimulation.

Gonadotropin Stimulating Ovarian Reserve Test (EFORT)

This test is based on the application of gonadotropins and on estradiol (E2) dynamics as a function of ovarian response. Women whose E2 rises by more than 30 pg/ml have adequate ovarian response in comparison to those whose E2 levels are lower than 30 pg/ml.

A Clinical case

A 25 years old female patient with a secondary amenorrhea. Hodgkin's lymphoma diagnosed at the age of 19. Put on combined chemo — and radiotherapy. Full remission of the disease occurred in result of the medical treatment but completely missing menstruation too. FHS serum levels, Inhibin B and basal serum levels of Anti-Müllerian hormone tested; these indicators showed reduced ovarian reserve. Ultrasound diagnostics at an early follicular phase showed decreased mean ovarian diameter and 5 — 6 antral follicles sized up to 5 mm.

The patient underwent an ovulation induction with myo-inositol for 10 days and clomiphene citrate 50 mg for 5 days. Ultrasonography of both ovaries performed on the 14th day, a dominant follicle with sizes of 18 mm found in the one ovary. Ovulation occurred two days later. Treatment with oral contraceptives recommended to the patient, aiming to preserve the reduced ovarian reserve.

Ovarian reserve evaluation through tests enables every woman to be aware of her chance to achieve contraception and to plan birth of own children more effectively. In case of doubt or diagnosed reduced ovarian function, the patient should be advised that it wouldn't be a good idea to postpone her reproductive plans for a distant future.

References:

1. Clinical Immunology, Publisher: Znanie EOOD (Ltd.), author: Prof. Dr. Bozhko Bozhkov, MD, and Prof. Dr. Mihail Ognyanov, MD
2. Clinic of Internal Diseases, volume 3, Publisher: Znanie EOOD, author: Prof. Dr. Kanyo Kanev, MD

3. <http://www.zachatie.org>
4. <http://www.plus.bg>

LEVEL OF AWARENESS ON FAMILY PLANNING AMONG MEDICAL STUDENTS AND GENERAL PRACTITIONERS

Hristova Sv., Ruseva J., Kosev P., Fartunov St., Stefanov J., Aleksandrova V., Madjova V.

Supervisor: Prof. *Madjova V.*, MD, PhD, Head Department of Family Medicine
Department of Family Medicine, Medical University — Varna, Bulgaria

Introduction

Family planning is a sensible activity of individuals and couples of reproductive age whose purpose is not only to regulate the number and time of birth. The term covers not only the right to procreate, as well as sexual education of people, preventing sexually transmitted infections (STI) and diseases, how to prevent unwanted pregnancies and measures against infertility. Family planning is a complex process combining various aspects of reproductive health. In recent decades there has been a tendency to reduce the average age of the first sexual contact, which in turn is associated with a greater number of sexual partners and thus increase the risk of contracting sexually transmitted diseases. In literature each year STIs are diagnosed in more than 400 million adults. Approximately 60% of these are in people under the age of 25 years.

Adolescent sexual behavior is irrepressible and difficult process, because of the lack of sufficient and often a smattering of this category of people, inadequate attitudes and insufficient number of trained professionals providing services in this area, social norms and attitudes regarding sex, sexuality and contraception. On the other hand, early detection and elimination of risk factors, prevention and continuous through modern methods of health education and health counseling are an effective method of birth control and factor that could allow procreate, and at the same time to ensure access to information and services to improve sexual and reproductive health.

The aim of our study was to evaluate the level of awareness and attitudes among students and general practitioners (GPs) with respect to family planning in order to determine the need for additional training on this issue.

Materials and methods

We conducted individual survey among medical students IV year in our Medical University — Varna and GPs perform a specialization in General Medicine. The study involved a total of 103 people, including 56 students of middle age of 23.5 years and 47 GPs an average age of 42.4 years. The survey included 25 types of MCQ (Multiple Choice Questionnaire).

Questions included in the survey were divided into 4 main categories:

1. Reflecting the general knowledge of family planning.
2. Detailed knowledge of methods of contraception.
3. Attitude to work with patients in need of counseling.
4. Provision of services in the field of family planning with a view to preventing sexual and reproductive health.

Results

In about 75% of the students and 35% of the GPs are established insufficient knowledge regarding family planning. Demonstrated knowledge of all aspects included in the concept of family planning. Sexual and reproductive health are concepts known to both groups of respondents, but the awareness of students on methods of contraception is superficial and lacked depth of knowledge. In both groups of respondents, there are no accurate idea of the volume of activities included in family planning, but the group of GPs are clearly better informed. Most of the respondents are interested in the problem and would like additional training. GPs recognize the need and declare their desire to join the groups for training in order to hold discussions among their patients, especially among adolescents.

Conclusions

Most students and part of general practitioners realize that they are well informed and they need additional knowledge of family planning.

Feel insufficiently prepared, most future doctors and almost all of the GPs are willing to provide services in the field of family planning.

For both groups of participants there are lacking depth information and detailed knowledge of matters concerning contraception, which necessitates the introduction of additional training on the issue.

Availability of good communication and built trust between patients and general practitioners, as well as frequent contacts with them, enable real implementation of activities on prevention of sexual and reproductive health.

Adequate training of health professionals, both in medical schools and in postgraduate courses should be part of a national strategy for reproductive health and improving the sexual culture among the population.

References

1. Bersamin M, Todd M, Remer L. Does Distance Matter Access to Family Planning Clinics and Adolescent Sexual Behaviors. *Maternal and Child Health Journal*. 2011;
2. Sahin NH. Male university students' views, attitudes and behaviors towards family planning and emergency contraception in Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2008;
3. Kuzman M, Šimetin Pavić I, Pejnović Franelić I. Early sexual intercourse and risk factors in Croatian adolescents. *Coll Antropol*. 2007;
4. Mercier J McD, Hughes RP. Attitudes of Selected Secondary Students toward Family Planning Education. *Home Economics Research Journal*. 2009;
5. Agima Ljaljevic, Natasa Terzic, Marija Palibrk, Boban Mugosa. Behavior of Young People Regarding Family Planning. *Mat Soc Med*. 2013 Jun 25(2): 93–95
6. Family planning, reproductive health and contraception. Analysis of practices and attitudes in seven countries in Eastern Europe and Central Asia: Armenia, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Macedonia, Serbia, Azerbaijan and Kazakhstan; Fund of the United Nations Population, International Planned Parenthood Federation, Bulgarian Association for Family Planning and Sexual Health.

ARTERY — AND LYMPHATIC-SPARING LAPAROSCOPIC VARICOCELECTOMY IS AN EFFECTIVE TREATMENT OF IDIOPATHIC VARICOCELE

*Kosev P., Hristova Sv., Ruseva J., Fartunov St.,
Stefanov J., Alexandrova V., Hinev Al., Madjova V.*

Supervisor: Prof. *Hinev Al.*, MD, PhD, Clinic of Urology, University Hospital «St. Marina», Varna, Bulgaria

Department of Family Medicine — Medical University

Introduction & Objectives

Varicocele is defined as varicose enlargement of plexus pampiniformis. This disorder is the most common cause (35%) of male infertility, and is generally subjected to surgical treatment. Varicocele repair includes a variety of surgical options: open retroperitoneal, inguinal or scrotal varicocelectomy, microsurgical inguinal or subinguinal varicocelectomy, laparoscopic varicocelectomy and retrograde or antegrade sclerotherapy. Although microsurgical varicocelectomy has been favored by most surgeons, none of these methods has been yet proven by well-designed clinical trials to be superior to the others. The aim of this prospective study was to evaluate the surgical technique of laparoscopic varicocelectomy and to determine the invasiveness and the efficacy of the procedure.

Material & Methods

Between 2005 and 2015, a total of 110 consecutive male patients with left-sided (106), right-sided (1), and bilateral (3) idiopathic symptomatic varicocele (grade II — III) were enrolled in the present study. The demographic patient parameters, clinical and color Doppler ultrasound grade of disease, semen analysis, operative data, and follow-up data were recorded and then analyzed. All patients underwent laparoscopic varicocelectomy (LAVE), implemented via three 5-mm abdominal ports, used for insertion of the camera and the working instruments. Facilitated by the camera magnification of the surgical field, a microsurgical dissection of the spermatic cord was performed. The testicular vein and its main branches were isolated, clipped by 3-mm titanium clips, and resected, while the testicular artery and the lymphatic vessels were spared.

Results

Surgery was performed without any major peroperative complications, within a mean operative time of 32 ($\pm$ 12.5 SD) min. The patients stayed overnight and were discharged on the following day. At follow up, fast and complete patient recovery with a cosmetic wound healing was documented in all patients. Apparent reduction of the varicose veins in the scrotum was observed 1 to 3 months after surgery in 93% of the cases. There were two late complications: 1 case of hydrocele formation and 1 postoperative hematoma in a patient with Thalassemia minor, which required surgical revision.

Conclusions

In our view, artery — and lymphatic-sparing laparoscopic varicocelectomy is a mini-invasive, safe and effective treatment of idiopathic varicocele that should be currently regarded as the surgical method of choice.

Introduction

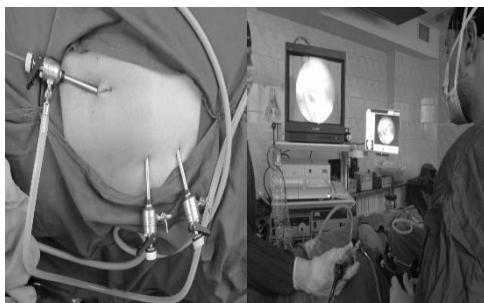
Whilst there is general agreement in considering varicocele as a major cause of male infertility, there is still no consensus on what might be the best treatment method. Published studies comparing more than a technique applied (laparoscopy, microsurgery, interventional radiology) have definitively shown that microsurgical subinguinal or microsurgical inguinal procedures offer the best outcome in terms of increased fertility, decreased postoperative complications and recovery time. Therefore, it seems simple and reasonable that varicocele should be treated in infertile men with varicocele. However, the role of varicocele repair for the treatment of subfertile men has been questioned during the past decades. There are many variety of surgical options, including open retroperitoneal, inguinal or scrotal varicocelectomy, microsurgical inguinal or subinguinal varicocelectomy, laparoscopic varicocelectomy and retrograde or antegrade sclerotherapy. Microsurgical varicocelectomy has been regarded as the gold standard compared to other surgical techniques. At present, varicocele repair is regarded in influential clinical guidelines as a standard treatment modality in infertile men with clinical varicocele and abnormal semen parameters. Not all varicocele is worthwhile to treat as we already know. Generally accepted indications for the treatment of varicocele are men with infertility and scrotal pain or discomfort. Varicocele repair is not necessarily recommended for all infertile men with varicocele, and currently existing guidelines suggest some considerations for selecting candidates for surgical treatments. The basis of varicocele treatment is blockade of the internal spermatic venous drainage of the testicle while preserving the internal spermatic artery, the vasal and deferential vessels, and the spermatic cord lymphatics. Various techniques have been practiced for varicocele repair. Surgical treatment can be classified variously on the basis of different criteria. There are conventional open, microsurgical, and laparoscopic methods applied by means of surgical instruments. Meanwhile, there are retroperitoneal, inguinal, subinguinal, and scrotal approaches according to the level of access. Radiological treatment has been used as an alternative for surgical repair with the merits of less invasiveness and better opportunity to control the small collaterals that may not be detected during surgery. The aim of this prospective study was to evaluate the surgical technique of LAparoscopic VaricoElectomy (LAVE) and to determine the invasiveness and the efficacy of the procedure.

Material & methods

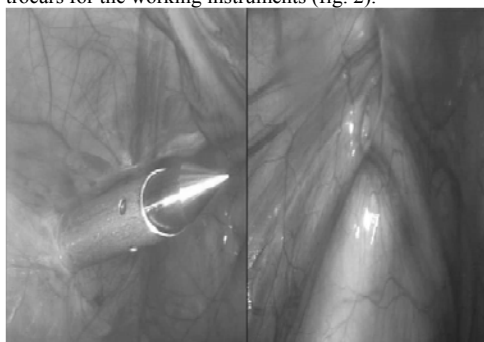
Between 2005 until now, a total of 110 consecutive male patients with left-sided (106), right-sided (1), and bilateral (3) idiopathic varicocele (grade II — III) were enrolled. Leading for most of the patients were scrotal pain and cosmetic defects. The demographic patients parameters, clinical and color Doppler ultrasound grade of disease, semen analysis, operative data, and follow-up data were recorded and then analyzed. Pre — and post-operative testicular volume was measured in all cases. All patients underwent laparoscopic varicocelectomy (LAVE). Facilitated by the camera magnification of the surgical field, a microsurgical dissection of the spermatic cord was performed. The testicular vein and its main branches were isolated, clipped and resected, while the testicular artery and the lymphatic vessels were spared.

Surgical technique

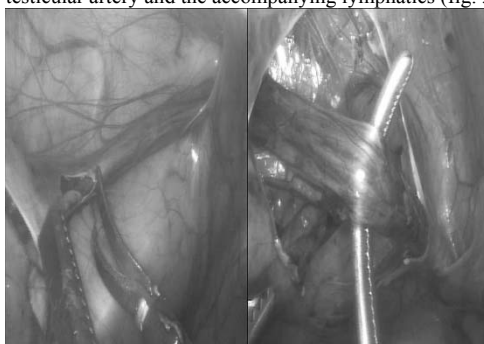
Minimal (5–6-mm) paraumbilical skin incision was made for the insertion of the Veress needle and creation of the pneumoperitoneum. Then insertion of 5-mm trocar for the camera (fig. 1).



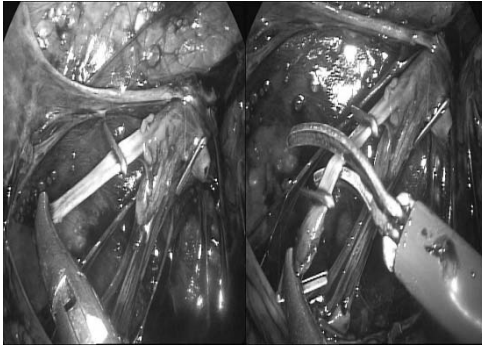
Inspection of the abdominal cavity and identification of the main anatomical markers. Making two small pararectal skin incisions at the right side and insertion under visual control of the other two 5-mm trocars for the working instruments (fig. 2).



A transverse peritoneal incision 3 cm above the internal inguinal ring to expose the spermatic vascular bundle. Identification and isolation of the testicular vein and its branches with preservation of the testicular artery and the accompanying lymphatics (fig. 3).



Clipped by 3-mm titanium clips, and resected, while the testicular artery and the lymphatic vessels were spared. Extraction of all instruments and trocars (fig. 4)



Intradermal skin sutures (without suturing the fascia). At follow up, fast and complete patient recovery with a cosmetic wound healing (fig. 5).



Results

Surgery was performed without any major perioperative complications, within a mean operative time of $32 (\pm 12,5 \text{ SD})$ min. The patients stayed overnight and were discharged on the following day. At follow up, fast and complete patient recovery with a cosmetic wound healing was documented in all patients. Apparent reduction of the varicose veins in the scrotum was observed 1 to 3 months after surgery in 93% of the cases. There were two late complications: one case of hydrocele formation and one postoperative hematoma in a patient with Thalassemia minor, which required surgical revision.

Conclusions

The optimal method of varicocele repair is still a matter of debate. Our study have shown that there is less postoperative pain and faster return to normal activities following laparoscopic surgery and that it is safe and efficacious when performed by experienced surgeons. Artery — and lymphatic-sparing laparoscopic varicocelectomy is a mini-invasive, safe and effective treatment of idiopathic varicocele that should be currently regarded as the surgical method of choice.

Conflicts of interest

The authors have nothing to disclose.

References

1. Diegidio P, Jhaveri JK, Ghannam S, Pinkhasov R, Shabsigh R, Fisch H. Review of current varicocelectomy techniques and their outcomes. *BJU Int* 2011;108:1157–72.
2. Kang DH, Lee JY, Chung JH, Jo JK, Lee SH, Ham WS, et al. Laparoendoscopic single site varicocele ligation: comparison of testicular artery and lymphatic preservation versus complete testicular vessel ligation. *J Urol* 2013;189:243–9.

3. Ding H, Tian J, Du W, Zhang L, Wang H, Wang Z. Open non-microsurgical, laparoscopic or open microsurgical varicocelectomy for male infertility: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BJU Int* 2012;110:1536–42.
4. Jungwirth A, Giwercman A, Tournaye H, Diemer T, Kopa Z, Dohle G, et al. European Association of Urology guidelines on Male Infertility: the 2012 update. *Eur Urol* 2012;62:324–32.
5. Masson P, Brannigan RE. The varicocele. *Urol Clin North Am* 2014;41:129–44.
6. Choi WS, Kim SW. Current issues in varicocele management: a review. *World J Mens Health* 2013;31:12–20.
7. Aaberg RA, Vancaillie TG, Schuessler WW. Laparoscopic varicocele ligation: a new technique. *Fertil Steril* 1991;56:776–7.
8. Abdulmaaboud MR, Shokeir AA. Treatment of varicocele: a comparative study of conventional open surgery, percutaneous retrograde sclerotherapy, and laparoscopy. *Urology*. 1998;52:294–300.
9. Wong J, Chan S, Pagala M, Friedman S. Lymphatic sparing microscopic retroperitoneal varicocelectomy: a preliminary experience. *J Urol*. 2009;182:2460–3.
10. Sarteschi LM, Bertozzi A, Chiechi A, et al. Tridimensional ultrasonography in andrology. *Arch Ital Urol Androl*. 2000;72:168–73.
11. Borruto FA, Impellizzeri P, Antonuccio P, et al. Laparoscopic vs open varicocelectomy: review of the recent literature and meta-analysis. *J Pediatr Surg*. 2010;45:2464–9.
12. Al-Kandari A, Shabaan H, Ibrahim HM, Elshebiny YH, Shokeir AA. Comparison of outcomes of different varicocelectomy techniques: open inguinal, laparoscopic, and subinguinal microscopic varicocelectomy: a randomized clinical trial. *Urology*. 2007; 69:417 — 20.

CASE OF WELL — DIFFERENTIATED PANCREATIC NEUROENDOCRINE CARCINOMA

*Stefanov J., Kosev P., Hristova Sv., Ruseva J., Fartunov St.,
Alexandrova V., Zgurova N., Madjov R., Madjova V.*

Supervisor: Prof. *Madjov R.*, MD, PhD, DSci, Department of Abdominal Surgery,
University Hospital «St. Marina», Varna, Bulgaria
Department of Family Medicine — Medical University of Varna

Neuroendocrine carcinoma accounts for less than 5% of cancers of unknown primary site. When primary pancreatic cancer is diagnosed, 95% of cases are classified as aggressive adenocarcinoma and the remaining 5% of cases are caused by indolent behaving neuroendocrine carcinoma. May arise from pluripotential ductal cells with capacity to differentiate along neuroendocrine lines, so terminology «islet cell tumors» is discouraged.

We present a case of well-differentiated neuroendocrine carcinoma of the pancreas. The patient had a one-year history of midepigastic abdominal pain that sent him to the Emergency Department and clinic of Gastroenterology. Included in this case report, we further emphasize the importance of examining patients thoroughly especially when vague symptoms are chronic.

Case presentation

A 66-year-old female with initials G.I.G presented to clinic of Gastroenterology complaining of vomiting, diarrhea, epigastric pain and acid reflux. Past medical history included diabetes mellitus, ketoacidosis, Hypertensive disease and erosive gastritis. His medications consisted of insulin and antihypertensives drugs. Review of systems was negative except for gastrointestinal complaints as described above. The patient not denied weight loss, fever and icter. He not denied about allergy medications. On physical examination, the abdomen without acute abdominal pain, only pain that is localized in the region of the upper abdomen immediately below the ribs (was direct and rebound tenderness noted in all four quadrants but worse in the epigastric area.) On admission, the patient had a complete laboratory workup involving all systems. All examinations were in order expect: gastrin 726

pg/ml (13–115). Gastroenteroscopy findings were acute gastritis, esophagitis and ulcer duodeni.

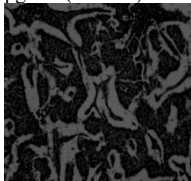


Fig. 1. Histological demonstration of the well-differentiated neuroendocrine carcinoma of pancreas

Abdominal Ultrasound: the size and shape of the abdominal organs appear normal. The liver, spleen, and pancreas appear normal in size and texture. No abnormal growths are seen. No fluid is found in the abdomen. After consult with oncology the patient was held for somatostatin receptor scintigraphy (SRS) 20mCi Tetrotyd. It was noted expression on somatostatin reception in regio of pancreas and conclusion for neuroendocrine tumor (NET). After that manipulation patient was operated electively.

Exploratory laparotomy: Found tumor formation in regio of proc. Uncinatus in pancreas, size 2/2 cm., partial pancreatectomy performed. There was no evidence of metastases in the liver, pelvis, omentum.

Overall, the surgery was successful. Gross specimens were sent to pathology. On histological exam: markedly cellular with mostly dispersed tumor cells, also some loose clusters, acinus-like formations, small sheets, rosette like formations and ribbons. Cells are small and regular with moderate cytoplasm, fairly uniform and round / oval nuclei, often plasmacytoid with eccentric nucle, mitoses $<2/10$ HPF, no evidence for necrosis. Immunohistological stains were performed with the following results: the epithelial component was positive for Synaptophysin(+), Chromogranin(+), CDX2(+), TTF1(-), Ki67 $<2\%$. Histological demonstration of the well-differentiated neuroendocrine carcinoma of pancreas — Fig 1 and Fig 2.

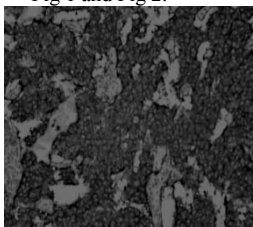


Fig. 2. Histological demonstration of the well-differentiated neuroendocrine carcinoma of pancreas

Overall, the patient tolerated the procedure and hospital stay well. During the course of hospitalization his pain was well controlled with lydol and his glucose was well controlled. On sixth days post-admission the patient was discharged from the hospital.

Discussion

Neuroendocrine carcinomas falls into three broad categories: poorly, moderately and well-differentiated neuroendocrine carcinomas. Poorly-differentiated neuroendocrine carcinomas usually have a high grade malignancy and are characteristically small cell undifferentiated or morphologically anaplastic by light microscopy. Moderately-differentiated neuroendocrine carcinomas, such as atypical carcinoid tumors, manifest cellular pleomorphism, nuclear atypia, frequent mitosis, and necrosis. In contrast, well-differentiated neuroendocrine carcinomas have variable and most often indolent biologic behaviors. Subtypes of well-differentiated neuroendocrine carcinomas in pancreas include typical carcinoid tumors, pancreatic islet cell (neuroendocrine) tumors, paragangliomas, pheochromocytomas, and medullary thyroid carcinomas.

The clinical manifestations in functional tumors may result from the distinctive metabolic effects of the polypeptide(s) secreted by the cancer cells rather than from tumor bulk or metastatic disease. Functional tumors may even be too small to be detected by conventional imaging techniques. Although

nonfunctional tumors do not produce specific clinical syndromes, they may secrete inactive amine and peptide products.

Cellular classification of pancreatic neuroendocrine tumor islet cells tumor are present in table below.

Interacinar Cells	Secreted active agent	Tumor and Syndrome
Alpha	Glucagon	Glucagonoma (diabetes? Dermatitis)
Beta	Insulin	Insulinoma (hypoglycemia)
Delta	Somatostatin	Somatostatinoma (mild diabetes): diarrhea/steatorrhea: gallstones
D	Gastrin	gastrinoma (peptic ulcer disease)
A>D	VIP and/or other undefined mediator	WDHA
	5-HT	
	ACTH	
	MSH	Carcinoid
		Cushing syndrome
		Hyperpigmentation
Interacinar Cells	Secreted Active Agent	Tumor and Syndrome
F	Pancreatic polypeptide	Multiple hormonal syndrome
EC	5-HT	Carcinoid
ACTH = adrenocorticotropin; MSH = melanocyte-stimulating hormone; VIP = vasoactive intestinal peptide; WDHA = watery diarrhea, hypokalemia, and achlorhydria; 5-HT = serotonin		

Diagnostic of NET's include imaging with computed tomography (CT) with or without magnetic resonance imaging (MRI), and endoscopic ultrasound. In addition, somatostatin-receptor scintigraphy and single-photon emission CT may be useful adjuncts. However, somatostatin-receptor scintigraphy has diminished utility in localizing insulinomas versus other pancreatic NETs, since insulinomas often have a low density of somatostatin receptors. If the noninvasive tests do not reveal a tumor, but clinical suspicion remains high, more invasive and technically demanding tests, such as selective arteriography or selective arterial stimulation (with a secretagogue specific for the suspected tumor type), may be useful. Standard treatment options for single lesion in head of the pancreas:

- Enucleation
- Parietal cell vagotomy and cimetidine
- Total gastrectomy (rarely used with the advent of current therapies)

Treatment of localized disease involves surgical resection with curative intent. Given the rare nature of these tumors, surgical approaches are based upon case series and expert opinion rather than randomized controlled trials.

References:

- Hainsworth JD, Wright EP, Johnson DH, Davis BW, Greco FA: Poorly differentiated carcinoma of unknown primary site: clinical usefulness of immunoperoxidase staining. *J Clin Oncol* 1991, 9:1931.
- Wenig BM, Hyams VJ, Heffner DK: Moderately differentiated neuroendocrine carcinoma of the larynx. *Cancer* 1998, 62:2658–2676.
- Warren WH, Welker M, Gattuso P: Well-Differentiated Neuroendocrine Carcinomas: The Spectrum of Histologic Subtypes and Various Clinical Behaviors. *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery* 2006, 18:199–205.
- National Cancer Institute. Islet Cell Tumors (Endocrine Pancreas) Treatment — Patient Version. Available at: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/isletcell/patient/allpages>. Accessed Aug. 8, 2012.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Афак М.Т., Абдулаев. М.А., Плотников Ю.В., Абдуллаев М.А.

Научный руководитель — д.м.н., проф. *Плотников Ю.В.*

Кафедра госпитальной хирургии имени В.А. Опеля

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель. Изучить возможности диагностики и лечения осложнений дивертикулеза ободочной кишки в современных условиях.

Материалы и методы. С 2011 по 2014 год в Александровскую больницу и в клинику госпитальной хирургии поступило 515 больных с дивертикулярной болезнью ободочной кишки. В экстренном порядке поступило 484 больных, в плановом порядке 31. Причинами госпитализации стали: дивертикулит — 59,8 %, кровотечение — 19,6%, перфорация дивертикула — 10,6%, передивертикулярный инфильтрат — 10%. Диагностика дивертикулярной болезни включает общеклинические, рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые и другие методы. Рентгенологический метод является ведущим методом диагностики дивертикулярной болезни ободочной кишки. Ирригография выполнена 98,4%. При этом дивертикулы встречались в нисходящем отделе (25,7%), сигмовидной кишки (32,4%) левосторонняя локализация — 33,1%, тотальный дивертикулез 6,2%, единичные дивертикулы — 2,6%. В остром периоде для дифференциальной диагностики мы использовали КТ с контрастированием толстой кишки, а использование в 3D реконструкции позволяет получить пространственное изображение пораженного участка кишки. Фиброколоноскопию мы проводили на 7–10-е сутки заболевания, после стихания воспалительного процесса с целью профилактики осложнения данного исследования. Оперированы 140 больных по экстренным показаниям (28,9%). Из плановой госпитализации оперированы 19 (61,3%). Всего оперированы 159 больных. Адекватная своевременная начатая терапия позволяет в 71 % случаях купировать осложнения дивертикулеза без хирургического вмешательства. В этой работе мы будем анализировать 140 больных оперированных в экстренном порядке.

Диагностическая лапароскопия, дренирование брюшной полости — 30; диагностическая лапароскопия, лапаротомия, резекция сигмовидной кишки по типу Гартмана — 20; диагностическая лапароскопия, формирование двустольного ануса, дренирование брюшной полости — 19; диагностическая лапароскопия, левосторонняя гемиколэктомия по типу Гартмана — 37; диагностическая лапароскопия, резекция сигмовидной кишки — 34. Послеоперационная летальность 8 (5,7%). Причины летальности: перитонит, интоксикация — 3; пневмония — 2; тромбоэмболия легочной артерии — 2; тромбоз мезентериальных сосудов — 1.

Выводы.

1. Адекватная антибактериальная и комплексная терапия позволяет более чем 71% случаев купировать осложнения дивертикулярной болезни ободочной кишки.
2. Лапароскопия позволяет избежать неоправданных лапаротомий (35%).

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО НАРУШЕНИЕМ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ

Абдухалимов К.С., Абдулаев М.А., Афак М.Т., Айб Э., Абдуллаев З.Т., Абдуллаев М.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Абдулаев М.А.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель. Исследовались возможности эндовидеохирургии в диагностике и лечении рака ободочной кишки, осложненной нарушением кишечной проходимости.

Материалы и методы. Произведен анализ 48 историй болезней больных в возрасте от 35 до 85 лет, оперированных в Александровской больнице и на кафедре госпитальной хирургии по поводу нарушения кишечной проходимости с 2003 по 2015 гг. с использованием лапароскопии. Нарушение проходимости с локализацией опухоли в левой половине толстой кишки было заподозрено на дооперационном этапе у 41 (85,4%) больных, у 2 (4,2%) диагноз установлен только во время операции. 5 (10,4%) пациентам диагноз установлен во время экстренной фиброколоноскопии, проведенной в предоперационном периоде. Основной задачей лапароскопического вмешательства являлось визуализация вызывающего нарушение кишечной проходимости опухолевого инфильтрата и возможных метастазов брюшной полости. Во время операции удалось визуализировать опухоль левой половине ободочной кишки, являющейся причиной острой кишечной непроходимости у 48 больных. Им выполнена лапароскопически ассистированная колостомия. Второй и заключительный этап оперативного лечения с устраниванием колостомы и наложением межкишечного анастомоза выполнялся нами на 6–8-е сутки. Умерла одна больная (.2,1%). Средний койко-день у пациентов с раком ободочной кишки 24,0 дня.

Выводы:

1. Лапароскопия позволяет исключить другие заболевания имитирующие картину «острой кишечной непроходимости».
2. 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.
3. Лапароскопия способствует значительному сокращению времени диагностики при подозрении на кишечную непроходимость. При установлении диагноза кишечной непроходимости снижает риск развития осложнений и уменьшает летальность.

ПОЛИМОРФИЗМ RS 622342 ГЕНА SLC22A1: ВОЗМОЖНО ЛИ ПРОГНОЗИРОВАТЬ ОТВЕТ НА ТЕРАПИЮ МЕТФОРМИНОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА?

Абуллула М., Баранов В.Л., Загородникова К.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Баранов В.Л.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Метформин представляет собой гидрофильную молекулу, обладающую плохой растворимостью в жирах, вследствие чего её пассивная диффузия через мембраны клеток резко ограничена. По этой причине ключевую роль в фармакокинетике препарата играют белки, осуществляющие его транспорт через клеточные мембраны. Одним из ключевых белков-переносчиков, определяющих фармакокинетику метформина, является OCT1. Полиморфизм rs622342 в гене SLC22A1 (OCT1) может снижать экспрессию этого белка.

Цель. Определить клиническое значение полиморфизма A>C rs622342 в гене SLC22A1 при применении метформина для лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа).

Материалы и методы. Обследовано 94 пациентов (50 % мужчин) с впервые выявленным СД 2 типа, получавших метформин. У всех больных имелись избыток массы тела или ожирение, ИМТ был 31,9 [30,3; 34,3] кг/м². Уровень HbA1c составил 9,8 [9,1; 10,5] %. У всех больных

изучена динамика основных показателей гликемического контроля и индекса массы тела на протяжении 6 месяцев лечения.

Проведен молекулярно-генетический анализ образцов крови на выявление полиморфизма A>C rs622342 в гене SLC22A1(OCT1) методом полимеразной цепной реакции в реальном времени на анализаторе ДТ-96.

Полученные результаты. У обследованных генотипы распределились следующим образом: 49 (52,1%) пациентов имели вариант AA, 39 (41,5%) человек с AC генотипом и остальные 6 (6,4 %) имели CC генотип, что соответствует правилу Харди–Вайнберга.

К числу пациентов, у которых метформин оказался эффективен, были отнесены больные по итогам исследования получавшие этот препарат в любой дозе и имевшие уровень HbA1c менее 7,0%. Их оказалось 33 человека (67,3%) в группе с диким типом rs622342 (AA-генотип) и 17 (37,7%) среди пациентов с полиморфными вариантами гена SLC22A1 (AC — и CC-генотип). Пациенты, у которых потребовалось назначение второго сахароснижающего препарата либо уровень HbA1c по результатам исследования был 7,0% и более, были отнесены к группе, не ответивших на терапию метформином. Их было 16 (32,6%) в группе с AA-генотипом и 28 (62,2%) в группе лиц с полиморфным аллелем C в гомо — или гетерозиготном состоянии.

Выводы: Определение генетического полиморфизма rs622342 в начале терапии позволит выявить пациентов, у которых метформин будет эффективен, а также тех, кому следует заранее рассматривать другие виды сахароснижающей терапии для достижения скорейшего эффекта терапии и уменьшения необходимости дополнительного обращения за медицинской помощью.

ИСПЫТАНИЕ БЕСПРОВОДНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ

Айб Э., Абдулаев М.А., Плотников Ю.В.

Научный руководитель: д.м.н, проф. *Абдулаев М.А.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель. Оценить технические возможности использования портативного эндовидеохирургического комплекса в примитивных условиях (поле боя, зона массового поражения, место дорожно-транспортного происшествия с большим числом пострадавших и технически затрудненной эвакуацией) для диагностики повреждений и определить достоверность полученной при этом информации.

Материал и методы. На 11 трупах непосредственно перед патологоанатомическим вскрытием в секционном зале производилось исследование брюшной полости с помощью беспроводного эндовидеохирургического комплекса, состоявшего из беспроводной портативной камеры диаметром 12 мм, с автономным источником питания. Вводимая в брюшную полость портативная видеокамера имеет рабочий звуковой канал и источник холодного света. Изображение с камеры транслируется на компактный портативный монитор. Камера вводилась в брюшную полость через разрез передней брюшной стенки в околопупочной области. Фиксация камеры в брюшной полости и изменение направления и угла наклона видеокамеры осуществлялись либо зажимом для лапароскопических операций, которые вводились в брюшную полость через околопупочную рану. Данные осмотра фиксировались. Затем в брюшную полость вводился дополнительный инструмент (зажим для лапароскопических операций) через 5-мм троакар. На 6 трупах троакар установлен в правом подреберье, на 5 — в левой боковой области. Использование двух зажимов одновременно во время второго этапа ревизии органов брюшной полости расширяло возможности осмотра органов брюшной полости. Появилась возможность подвести видеокамеру к труднодоступным участкам, осматривать органы с близкого расстояния, под другим углом, при этом на втором этапе ревизии оценивались возможности детального осмотра всех отделов брюшной полости. Для создания необходимого для работы видеокамеры свободного пространства в брюшной полости использована методика лапаролифтинга. Для контроля положения видеокамеры в брюшной полости к видеокамере фиксировалась стерильная нить длиной 1 метр. Исследуемое тело находилось в стандартном положении лёжа на спине, без возможности перемещения в пространстве в ходе исследования.

Выводы. Исследование показало, что во всех случаях качество изображения, полученного с помощью портативного видеохирургического комплекса, удовлетворительное. По своим качественным характеристикам изображение сопоставимо с изображением, получаемым с помощью стандартной эндовидеохирургической стойки.

Данное оборудование и исследованная методика его использования позволяют достоверно оценить состояние кишечной стенки при мезентериальном тромбозе. В ходе исследования часто бывают необходимы дополнительные данные о кровоснабжении органов и о перистальтике кишечника. Теоретически их можно получить при использовании звукового канала у живых людей. Возможна настройка звукового канала на частоты, которые не воспринимаются ухом человека. При оценке шумов возможна синхронизация с данными кардиомонитора. Отдельный вопрос — влияние шумов, возникающих при работе наркозной аппаратуры, и другой шумовой фоновой нагрузки в операционной. Например, возможна тестовая аускультация при создании моментов режима тишины, когда будут убраны звуковые наводки за счет кратковременной остановки всей создающей звуковой фон аппаратуры. Теоретически существует возможность оценки состояний паренхиматозных органов при прохождении через ткань паренхиматозного органа звукового сигнала.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИТОГОВ ШУНТИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

*Акулов Е.С., Захаров Е.А., Коростелев Д.С., Скопин С.Д.,
Суровцева Н.С., Бондаренко П.Б.*

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Иванов М.А.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель. Сравнительная оценка результатов оперативных вмешательств у пациентов, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда с использованием различных методик.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за 45-ю больными, которым осуществлялись шунтирующие вмешательства на коронарных артериях. В 28 случаях (62%) использовалась методика маммарокоронарное шунтирование (МКШ) «off pump» из миниторакотомного доступа (MIDCAB) (основная группа), в 17 наблюдениях (38%) — аорто — и маммарокоронарное шунтирование (АКШ — МКШ) с использованием аппарата искусственного кровообращения (АИК) через срединную стернотомию (контрольная группа). Оценивались пол, возраст, антропометрические данные, основные показатели гемодинамики, стаж курения, сопутствующие заболевания, наличие или отсутствие сахарного диабета 2 типа; результаты Эхо-КГ, коронароангиографии; эритроциты, гемоглобин, тромбоциты, общий белок, глюкоза, фибриноген; особенности течения и осложнения раннего послеоперационного периода. Результаты были разнесены по шкале среднеарифметических значений (mean) $\pm$ стандартное отклонение (SD). Сравнение групп средних арифметических значений было проведено посредством использования непараметрического критерия Манна–Уитни. Разница в категориальных переменных была проанализирована посредством χ^2 Пирсона и критерия Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Математическую обработку проводили с использованием пакета программ STATISTICA 10.

Полученные результаты. Хирургическое лечение ИБС по методике MIDCAB достоверно чаще применялось у пациентов, имеющих сопутствующее нарушение ритма сердца и цереброваскулярную болезнь ($p < 0,05$). В основной группе кровопотеря составила $233,2 \pm 60,9$ мл, а в контрольной $627,6 \pm 132,5$ мл ($p < 0,05$). Длительность операции у пациентов основной группы составила — $138,4 \pm 26,3$ мин, в отличие от контрольной — $224,6 \pm 49,7$ мин ($p < 0,05$). Пациенты основной группы были экстубированы через $655,5 \pm 204,9$ мин, контрольной группы достоверно позже — в среднем, через $1210,9 \pm 572,6$ мин ($p < 0,05$). При оценке лабораторных данных нужно отметить развитие тромбоцитопении ($146,6 \pm 35,8 \times 10^9/\text{л}$) у 13 пациентов (76,5%) контрольной группы и 1 случай в основной группе (3,6%) ($p < 0,05$). Гипопротеинемия ($48,7 \pm 6,4$ г/л) наблюдалась в 15 наблюдениях (88,2%) контрольной группы, а в основной группе — у 4 больных (14,3%). Уровень гликемии в послеоперационном периоде у пациентов основной

группы был достоверно ниже ($6,6 \pm 1,7$ ммоль/л), чем в контрольной группе ($9,2 \pm 3,7$ ммоль/л) ($p < 0,05$). Структура осложнений ближайшего послеоперационного периода представлена в таблице 1.

Вывод. Операция малоинвазивной реваскуляризации миокарда через миниторактомный доступ на работающем сердце (MIDCAB) является более безопасной и эффективной методикой, сопровождающейся меньшим количеством осложнений в раннем послеоперационном периоде в отличие от стандартного метода лечения — АКШ — МКШ в условиях ИК.

Таблица

Осложнения в послеоперационном периоде, абс. (%)

Осложнения	Основная группа (n=28)	Контрольная группа (n=17)	p
Количество осложнений	4 (14,3)	14 (82,3)	<0,05
Инфаркт миокарда	—	1 (5,9)	<0,05
Пневмония	—	3 (17,6)	<0,05
Опасное нарушение ритма сердца	1 (3,6)	1 (5,9)	<0,05
СВР	3 (10,7)	9 (52,9)	<0,05

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА В ПРОИЗВОДСТВЕ ГРАНИТНЫХ БЛОКОВ И ЩЕБНЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

Александрович Г.Е., Давыденко Т.О.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Гребеньков С.В.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Распространенность среди работников профессиональных заболеваний (ПЗ) является одним из важнейших показателей профессионального риска. Однако, как известно, официальная регистрация ПЗ сильно занижена по сравнению с действительностью. Поэтому оценка истинной величины этого показателя в различных производствах является весьма актуальной.

Цель. Прогнозирование истинной распространенности ПЗ в производстве гранитных блоков и щебня.

Материалы и методы. Нами проанализирована медицинская документация по итогам периодических медицинских осмотров (ПМО), проводившихся с участием высококвалифицированных специалистов медицинского ВУЗа на крупном предприятии указанного профиля в течение 10 лет. На предприятии за год проходили медицинские осмотры до 635 работников, занятых во вредных условиях труда. Основными вредными производственными факторами (ВПФ), воздействовавшими на работников, были: пыль, общая и локальная вибрация, шум, физические перегрузки, неблагоприятный микроклимат. Нами обобщены и проанализированы сведения о выявлении больных с подозрениями на ПЗ.

Полученные результаты. Среди осмотренных за год выявлялось от 3 до 57 больных с подозрением на ПЗ, что составляет от 2 до 12,2% работников, подверженных воздействию ВПФ. Суммарно за 10 лет среди работников были выявлены 180 человек, на которых приходилось 189 диагнозов предположительно ПЗ. У работников выявлялись подозрения на следующие ПЗ: пневмокониоз (абс. — в % ко всем диагнозам): 106 — 56,1%, хронический пылевой бронхит: 22 — 11,6%, вибрационная болезнь: 41 — 21,7%, нейросенсорная тугоухость: 8 — 4,2%, патология опорно-двигательного аппарата: 10 — 5,3%, вегетативно-сенсорная полиневропатия: 2 — 1,1%. Чаще всего подозрения на ПЗ выявлялись в следующих профессиях и профессиональных группах. Первая группа включает рабочих гранитного карьера, использующих ручное и стационарное оборудование для добычи и обработки блоков. Типичные ВПФ: пыль, общая и локальная вибрация, шум, физические перегрузки, неблагоприятный микроклимат. Среди них выявлено 7 больных (3,9% от всех больных с вероятно ПЗ). Во вторую группу включены машинисты специальных карьерных и транспортных машин. Типичные ВПФ: пыль, общая и

комбинированная вибрация, шум. Подозрения на ПЗ отмечены у 69 человек (38,3%). Из них у двух больных были заподозрены два ПЗ. В третью группу включены операторы специальной техники по обработке щебня. Типичные ВПФ: пыль, общая и комбинированная вибрация, шум, физические перегрузки. Численность больных с вероятно ПЗ — 51 человек (28,3%). Число больных с подозрением на два ПЗ — 4. В четвертую группу объединены вспомогательные профессии по обслуживанию промышленного оборудования. Типичные ВПФ: пыль или сварочный аэрозоль, шум, физические перегрузки. Вероятно, ПЗ выявлены у 38 человек (21,1%). Число больных с подозрением на два ПЗ — 3. К пятой группе отнесены прочие профессии. Среди них отмечено 15 человек с подозрением на ПЗ (8,3%).

Помимо ПЗ у работников на ПМО также регулярно выявлялись общие заболевания, из них высокую распространенность имели заболевания сердечнососудистой системы (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь), органа слуха (непрофессиональная сенсоневральная тугоухость) и нервной системы (вегетативно-сенсорная полиневропатия верхних и нижних конечностей). Их высокая распространенность может быть объяснена неспецифическим действием ВПФ на здоровье работников.

Вывод. Полученные данные подтвердили прогнозы, ранее сделанные В.М. Ретневым и соавторами в промышленности строительных материалов на предприятиях иного профиля, что при тщательном проведении ПМО хотя бы у 2–7% работников, занятых в условиях воздействия ВПФ, выявляются признаки ПЗ, что свидетельствует о высокой степени профессионального риска.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ С УЧЕТОМ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Атаманченко Е.В. 523 гр. МПФ

Руководитель: к.м.н. доц. *Самодова И.Л.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В настоящее время растет количество пациентов, страдающих нервной анорексией. Нервная анорексия — болезненная убежденность в каком-либо мнимом переоцениваемом недостатке собственной внешности и очень упорным стремлением это исправить, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и поддерживаемым самим пациентом. Одним из проявлений которой является наличие болевого синдрома. Болевые ощущения изменяют субъективную оценку пациентами различных показателей здоровья и качества жизни, оценку удовлетворенности своим состоянием здоровья.

Цель. Изучить особенности показателей здоровья и качества жизни у пациентов с нервной анорексией с различной выраженностью болевого синдрома.

Материалы и методы. В исследовании использовались методы медико-социологического изучения здоровья и качества жизни по специально разработанной программе, опросники пищевого поведения, опросники качества жизни (n=49). По выраженности проявлений боли все пациенты были разделены на три группы: группа благополучия, относительного и абсолютного риска.

Полученные результаты. Анализ ограничительного пищевого поведения показал, что большинство обследованных (76,4%) жестко контролируют количество съеденной пищи, пациенты едят меньше обычного при нарастании веса, часто отказываются от еды из-за беспокойства о своем весе, выбирают пищу преднамеренно для похудения. Результаты исследования показали, что среди респондентов группы абсолютного риска по выраженности болевых ощущений значительная часть (33,3%) при нарастании веса меньше едят, стараются есть меньше, чем хотелось бы, часто отказываются от еды и питья, аккуратно контролируют количество еды, стараются есть меньше, чтобы не поправляться. Выявлено, что среди респондентов с сильно выраженными болевыми ощущениями значительная часть (78,0%) выбирают пищу преднамеренно для похудения, большая часть (66,7%) при переедании едят меньше, стараются есть меньше чтобы не поправляться. Анализ результатов показал, что среди респондентов группы абсолютного риска выраженности боли значительная часть (33,3%)

стараятся не есть между приемами пищи, стараются не есть вечером. Оценка эмоциогенной линии поведения показала, что значительное число пациентов имеют склонность к заеданию эмоций, пациенты испытывают желание есть при раздражении, тревоге, разочаровании, испуге, волнении, напряжении, утомлении. Анализ психоэмоциональных особенностей показал, что у респондентов с сильно выраженными болевыми ощущениями (67,0%) иногда возникает желание есть при раздражении, при бездействии, при подавленном состоянии, при одиночестве. Оценка по шкале тревожности показала, что у части пациентов (33,3%) с болевым синдромом часто возникает желание есть при препятствии, при предчувствии неприятности, при тревоге, когда все валится из рук, испуге. У значительной части пациентов с болью (48,5%) возникает частое желание есть при разочаровании, при волнении, скуке. Анализ экстерналичного пищевого поведения показал, что большинство респондентов (72,2%) поддаются искушению съесть вкусную пищу, пациенты испытывают желание съесть что-либо вкусное в компании, в кафе, при приготовлении пищи. Оценка показателей пищевого поведения показала, что у большинства пациентов с выраженными болевыми ощущениями (89,7%) часто возникает желание есть больше обычного при вкусной еде, желание есть больше, если еда хорошо выглядит и пахнет, вкусную еду съедают немедленно. Выявлено, что среди всех пациентов с сильно выраженными болевыми ощущениями (100,0%) очень часто возникает желание похудеть, несмотря на нормальный вес, у большинства (86,7%) возникает страх перед увеличением веса. Все пациенты (100,0%) ощущают агрессивность от пищи, подавленность и тревогу.

Выводы. Выявленные закономерности и особенности оценки боли пациентами с нервной анорексией позволяют изучить показатели качества жизни и здоровья пациентов с учетом выраженности болевых проявлений и разработать мероприятия по улучшению здоровья и показателей качества жизни пациентов.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ВЛИЯНИЯ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Баракров Я.Д., Козачёк О.О.

Научный руководитель: *Дрогомирецкая Е.И.* доц. каф. госпитальной хирургии им. В.А. Опеля
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность. На данный момент известно большое количество факторов, способствующих канцерогенезу, к одним из них относятся вирусы. Знания о влиянии вируса папилломы человека (HPV), поможет в разработке скрининговых методов обследования, патогенетического лечения онкологических больных и выявлении групп риска. Нельзя забывать и о возможном наличии других вирусов в организме человека и их влиянии на канцерогенез как отдельно, так и совместно с HPV.

Цели и задачи. Определение значимости наличия в анамнезе пациентов вируса папилломы человека на риск возникновения онкологических заболеваний. Данное исследование является первым этапом для выявления групп риска онкологических больных скрининговым методом.

Материалы и методы. Нами было проведено исследование методом анкетирования 115 пациентов возрастной категории от 50 до 70 лет. Исследование проводилось в двух группах: в контрольную группу вошли 50 человек без онкологических заболеваний терапевтического профиля; в исследуемую группу вошли 65 человек с различной онкологической патологией хирургического профиля. Впервые применялась, созданная авторами данной научной работы, методика анкетирования, позволяющая за короткий период времени выявить наличие в анамнезе и при осмотре вирусных поражений кожных покровов. Анкета состоит из 10 вопросов, которые помогают выявить наличие в анамнезе вирусного инфицирования, а также определить влияние другие факторы риска онкологических заболеваний.

Полученные результаты. В исследуемой группе, состоящей из: 40 мужчин, средний возраст которых составил 60,7 года, и 25 женщин, средний возраст 64,2 года. У опрошенных лиц были следующие онкологические заболевания: рак толстой кишки — 20 (31%), рак прямой кишки —

19 (29%), рак матки — 10 (16%), рак желудка — 8 (12%), рак легких — 4 (6%), рак молочной железы — 2 (3%) и рак поджелудочной железы — 2 (3%). В исследуемой группе HPV наблюдался у 77%, из которых 50% отмечали наличие папиллом в прошлом и 27% на момент сбора данных. Методом корреляционного анализа была установлена положительная связь ($p<0,05$) между наличием в анамнезе HPV и онкологической патологии. В контрольной группе HPV наблюдался в 23 случаях (46%). Также было установлено, что 42 пациента (64,6%) из исследуемой группы помимо HPV, отмечали у себя высыпания по типу герпеса.

Выводы. Имеется высокая вероятность того, что HPV оказывает негативное влияние у пациентов старшей возрастной группы на возникновение и развитие онкологических заболеваний. Также свое негативное влияние могут оказывать и другие вирусы, в том числе вирусы герпеса. Комбинация вируса герпеса и HPV могут потенцировать друг друга, что является отягощающим фактором в развитии онкологических заболеваний. Дальнейшее изучение данного вопроса позволит выявлять группы риска и проводить профилактику против онкологических заболеваний, что позволит снизить развитие данной патологии.

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ С УЧЕТОМ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Бековец В.В. 523 гр. МПФ, Лантеева Е.С. 438 гр. ЛФ.

Руководитель: к.м.н. доц. Самодова И.Л.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Актуальность изучения нервной анорексии определяется значительной распространенностью, трудностью диагностики, неясностью механизмов патогенеза и высоким уровнем смертности пациентов. Оценка удовлетворенности пациентов своим состоянием здоровья, особенности показателей качества жизни, социогенное и эмоциогенное пищевое поведение пациентов с нервной анорексией зачастую связаны с различным уровнем физической активности.

Цель. Изучить особенности показателей здоровья и качества жизни у пациентов с нервной анорексией с учетом показателей физической активности.

Материалы и методы. При проведении медико-социологического и клинко-статистического исследования использовались опросники пищевого поведения, опросники изучения качества жизни (EuroQol-5D), специально разработанная программа изучения состояния здоровья (Голландский опросник). По уровню физической активности пациенты были разделены на три группы: группа благополучия, относительного и абсолютного риска.

Полученные результаты. Сравнительный анализ показателей пищевого поведения группы пациентов с благополучной физической активностью (группа благополучия) и группы пациентов с ограничениями в физических возможностях (группа риска) показал, что удельный вес опрошенных, которые стараются есть меньше при нарастании веса наиболее велик (43,3%) в группе благополучия. Установлено, что 80,0% пациентов группы благополучия стараются есть меньше, чем хотелось бы, в отличие от группы риска по физической активности (66,6%). Установлено, что очень часто стараются не есть между приемами пищи пациенты группы риска (44,4%) и часть пациентов группы благополучия (26,7%).

Анализ психоэмоциональных аспектов пищевого поведения показал, что в группе благополучия по физической активности у пациентов не возникает желание есть при раздражении (100,0%), тогда как в группе риска у значительной части (62,5%) возникает подобное желание. При возникновении одиночества, грусти, страхе, тревоге и депрессии часто испытывают желание есть пациенты группы риска (83,2%) и лишь часть (9,2%) группы благополучия.

Оценка экстерналичного поведения показала, что чаще испытывают желание есть при виде вкусной и ароматной пищи пациенты с ограничениями в физической активности (67,6%), тогда как только 33,5% группы благополучия испытывают подобное желание.

Анализ социогенного пищевого поведения показал, что желание есть когда едят другие чаще испытывают пациенты группы риска (66,7%), часть пациентов группы благополучия по физической активности (33,3%). Пациенты группы риска чаще избегают общественных мероприятий (74,4%).

Исследование при помощи данного опросника показало, что на аппетит влияет степень физической активности, а также физическая активность влияет на эмоциональный фон, что может косвенно влиять на аппетит и желание перекусить. Изучение показателей качества жизни выявило, что большинство пациентов группы риска испытывают трудности при уходе за собой (85,5%), испытывают трудности в повседневной жизни (56,3%) и при ходьбе (75,1%). В группе благополучия по физической активности лишь часть пациентов (15,6%) испытывают трудности при передвижении и в повседневной деятельности.

Выводы. Исследование выявило особенности различных аспектов пищевого поведения пациентов с нервной анорексией в зависимости от уровня физической активности. Выявленные особенности позволяют врачам разработать мероприятия по совершенствованию диагностики и лечебно-реабилитационных программ для пациентов с нервной анорексией.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Белоногова Е.Ю., Романова Я.Ю.

Научный руководитель: к.м.н. доц. *Самодова И.Л.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В последнее время удельный вес пациентов с нервной анорексией заметно увеличился. Всемирной организацией здравоохранения определена обязательность оценки эффективности и реализации лечебно-реабилитационных и медико-оздоровительных программ на основе современных клинико-статистических методов, ведущим является метод изучения показателей качества жизни, связанного со здоровьем. Большое теоретическое и практическое значение для общественного здоровья имеет раннее выявление факторов риска, определение диагностических и прогностических критериев на до манифестном этапе в связи с возможностью своевременной профилактики и лечения нервной анорексии, а также медико-социальной реабилитации больных.

Цель. Изучение особенностей пищевого поведения и показателей качества жизни среди пациентов специализированного отделения стационара (n=49) с учетом возраста.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие преимущественно женщины (95,4%) в возрасте от 16 до 35 лет. Для изучения состояния здоровья все пациенты были условно разделены на три возрастные группы (до 20 лет, 21–29 лет, более 30 лет). В исследовании использовался опросник EuroQoL-5D, включающий шкалы оценки уровня физической активности, трудностей при уходе за собой, анализ привычной повседневной деятельности, наличие боли, дискомфорта, чувства тревоги или депрессии. В исследовании использовались специально разработанная программа медико-социологического изучения состояния здоровья, опросники пищевого поведения.

Полученные результаты. Анализ ограничительного пищевого поведения показал, что в возрастной группе до 20 лет в 40,0% случаев опрошенные испытывают желание похудеть, несмотря на то, что вес соответствует норме по возрасту. Лица в возрасте от 20–29 лет часто (66,67%) испытывают желание похудеть, несмотря на то, что вес соответствует норме по возрасту.

Оценка эмоциональной линии поведения показала, что подавляющее большинство пациентов в возрасте 20–29 лет (88,4%) не имеют склонности к заеданию эмоций. Пациенты не испытывают желания есть при раздражении, тревоге, разочаровании, испуге, волнении, напряжении, утомлении. При этом в возрастной группе до 20 лет большая часть пациентов (56,5%) испытывают подавленность, ощущение тревоги, в возрастной группе свыше 30 лет почти все пациенты (98,3%) испытывают тревогу и чувство подавленности, депрессии.

Анализ экстернального пищевого поведения показал, что большинство респондентов группы 20–29 лет (72,2%) не поддаются искушению съесть вкусную пищу. Однако в возрастной группе до 20 лет значительная часть пациентов (46,8%) испытывают желание поесть вкусную пищу, в компании или кафе, при приготовлении пищи, в возрастной группе свыше 30 лет почти все пациенты (98,3%) испытывают подобные желания.

Анализ показателей качества жизни показал, что большинство пациентов старше 30 лет (66,7%) периодически испытывают трудности при ходьбе, иногда испытывают трудности при уходе за собой. Анализ привычной повседневной деятельности на работе, учебе, уходе по дому показал, что у трети опрошенных (29,8%) периодически возникают затруднения в привычной деятельности. Оценка наличия болезненных ощущений или дискомфорта установила, что часть пациентов (18,5%) испытывают болезненные ощущения и дискомфорт. В возрасте 20–29 лет преимущественно (80,0%) пациенты испытывают трудности при передвижении, в повседневной жизни, испытывают боль и дискомфорт.

Выводы. Результаты исследования выявили возрастные особенности показателей качества жизни, здоровья и пищевого поведения пациентов с нервной анорексией, что дает возможность врачам выявлять факторы риска, диагностические и прогностические критерии заболевания.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОНЕЧНОГО РОСТА У ДЕТЕЙ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СОМАТОТРОПНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СРАВНЕНИИ С БОЛЬНЫМИ С МНОЖЕСТВЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ГИПОФИЗАРНЫХ ГОРМОНОВ, ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ ГОРМОНОМ РОСТА

Берсенева О.С.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Башина Е.Б.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель. Провести сравнительный анализ эффективности лечения гормоном роста среди пациентов с изолированной недостаточностью гормона роста и пациентов с множественной недостаточностью гипофизарных гормонов.

Материалы и методы. Проанализировано 25 историй болезни пациентов, получавших лечение гормоном роста.

– первая группа пациентов — 15 больных с изолированной соматотропной недостаточностью;

– вторая группа — 10 больных с множественным дефицитом гормонов гипофиза.

Пациенты и в первой, и во второй группе получали лечение гормоном роста в дозе 0,033 мг/кг массы/сут (пациенты получали препарат «Растан», Россия). В группе пациентов с множественной недостаточностью гормонов гипофиза проводилась коррекция соответствующих дефицитов других гипофизарных гормонов (левотироксин, глюкокортикоиды, половые стероиды). Длительность лечения в каждой группе составила от 1 года до 5 лет. В каждой группе показатели окончательного роста были определены в соответствии с достижением костного возраста 16 лет (вычислен по атласу Грейлиха).

Полученные результаты. При средней длительности лечения от 1 года до 5 лет в независимости от степени дефицита соматотропного гормона в обеих группах (с изолированным дефицитом соматотропного гормона и с множественным дефицитом гормонов гипофиза) окончательный рост пациентов не имеет отличий.

Средний рост в группе пациентов с изолированной соматотропной недостаточностью составил $159,753 \pm 1,69$ см. Средний рост в группе пациентов с множественным дефицитом гормонов гипофиза составил $156,6 \pm 2,79$ см. Коэффициент достоверности = 0,96. Следовательно, разница в окончательном росте в двух группах не доказана, носит случайный характер, статистически не подтверждается. Соответственно, независимо от того, имеется ли у пациента дефицит только гормона роста или других гормонов гипофиза, возможно достижение социально приемлемого роста при соответствующей заместительной терапии.

Средний хронологический возраст окончания лечения, то есть достижения пациентом костного возраста 16 лет в первой группе составил $16,3 \pm 0,27$ года, во второй группе — $17,5 \pm 0,32$ года. Коэффициент достоверности — 8,8823, по сравнению с табличным значением 1,72. Значит, разница достоверна. То есть социально приемлемый рост в группе больных с множественным дефицитом гормонов гипофиза достигается позже.

Средний рост мальчиков в группе пациентов с изолированным дефицитом соматотропного гормона составил $161,1 \pm 1,54$ см, в группе с множественным дефицитом гормонов гипофиза — $160,2 \pm 3,74$ см. Рост девочек соответственно — $151 \pm 4,99$ см и $148 \pm 1,8$ см. Разница в конечном

росте между мальчиками в первой и во второй группе, и между девочками в первой и во второй группе статистически не подтверждается.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АТЕРОТРОМБОЗОМ

Бондаренко П.Б., Винничук С.А., Пиханова Ж.М.

Научный руководитель: д.м.н., доц. *Иванов М.А.*

**Кафедра общей хирургии
СЗГМУ им. И.И. Мечникова**

По существующим представлениям атеросклеротический процесс может играть роль промотора в развитии венозных тромбозов на фоне активации коагуляционного каскада, агрегации тромбоцитов и снижения фибринолитической активности.

Цель. Выявить взаимосвязь между неблагоприятными артериальными событиями и хронической венозной недостаточностью (в том числе на фоне посттромботического синдрома).

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за 64 пациентами с хронической венозной недостаточностью на фоне варикозного расширения вен нижних конечностей, у которых имели место венозные тромботические события (18 человек — основная группа), либо таковых не было зарегистрировано (46 человек — контрольная группа).

Всем больным осуществлялось клиническое обследование, изучались показатели коагулограммы, анализировались факторы риска атеросклероза, регистрировались признаки артериальной гипертензии, сахарного диабета, висцерального ожирения, а также осуществлялось дуплексное сканирование магистральных сосудов. Период наблюдения составил до трех лет.

Полученные результаты. Исследование состояния брахиоцефальных сосудов на предмет атеросклеротических изменений показало наличие ассоциации между выраженностью хронической венозной недостаточности (ХВН) и изменениями интимы сонных артерий ($p < 0,05$).

Признаки редукции коронарного кровотока также были связаны с выраженностью ХВН: при легкой степени ХВН проявления ишемической болезни сердца отмечались вдвое реже, чем при более выраженных нарушениях венозного оттока ($p < 0,05$).

Для лиц с легкой степенью ХВН не были свойственны факторы риска атеросклеротического процесса (ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет); они встречались в 1,5–2 раза реже, чем при выраженных отклонениях венозного оттока ($p < 0,05$).

Выводы. Наиболее выраженные разновидности ХВН отмечаются у пациентов с высоким риском неблагоприятных кардиоваскулярных событий (инфаркт миокарда, ишемический инсульт, ТЭЛА), что определяет направленность реабилитационных мероприятий у указанной категории больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНЕВРИЗМАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ АОРТЫ

Борта К.Е., Бондаренко П.Б.

Научный руководитель: д.м.н. *Иванов М. А.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Одним из грозных осложнений аневризмы аорты являются тромботические осложнения, проявляющиеся в виде ОИМ, ОНМК, ТЭЛА, тромбозов (в том числе мезентериального тромбоза), которые зачастую являются одними из первых признаков наличия данной патологии в связи с довольно скудной клинической картиной.

Цель. Изучение итогов оперативного вмешательства по поводу аневризм аорты.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за 45 больными, которым были выполнены реконструктивные вмешательства в связи с аневризмами грудной (19 человек —

I группа) и брюшной (26 человек — II группа) аорты. В первой группе выполнено 16 операций протезирования аорты и 3 эндоваскулярных вмешательства, во второй группе соответственно 20 и 6 операций. Анализировалась частота артериальных и венозных тромботических событий (АТЕ и ВТЕ), осложнения и исходы оперативных воздействий.

Полученные результаты. Первую группу преимущественно составили пациенты в возрасте до 60 лет, что обусловлено встречаемостью расслоения аорты на фоне медианекроза ($OR=3,2$; $p<0,05$). Вероятность развития аневризмы аорты атеросклеротического генеза были выше у больных с нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) и ВТЕ в анамнезе ($OR=1,2$; $p<0,05$). В послеоперационном периоде вероятность ВТЕ многократно возрастает у больных с ОНМК ($OR=8,25$; $p<0,05$). Из несмертельных осложнений у 7 пациентов выявлены инфекция области хирургического вмешательства, в 25 наблюдениях — инфаркт миокарда, в 8 случаях — ОНМК. Наиболее частой причиной смерти явились АТЕ: ОНМК — 3 пациента в I группе и 1 пациент во II группе; инфаркт миокарда — 2 пациента в I группе и 3 пациента во II группе. Среди других причин смерти выявлены такие патологии, как сердечная недостаточность, острая почечная недостаточность.

Выводы. При эндоваскулярных воздействиях летальность составила 33,3% (3 случая, 1 — не связан с оперативным вмешательством — отравление суррогатами алкоголя), при традиционных операциях 36,1% (13 случаев, 3 — не связаны с оперативным вмешательством: 1 — желудочно-кишечное кровотечение, 1 — перфорация язвы желудка, 1 — открытая ЧМТ). АТЕ остаются основной причиной неудовлетворительных исходов. Перспективным направлением развития хирургии аневризм аорты являются эндоваскулярные вмешательства.

СТРЕССОВАЯ РЕАКЦИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ПРИ ГИПОДИНАМИИ И МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ТАКИХ БОЛЬНЫХ

Востриков Н.А.

Научный руководитель: д.м.н. доц. *Еликов А.В.*

Кировская ГМА, Киров

Цель. Изучение состояния липидного обмена у больных, находящихся в условиях резкого ограничения двигательной активности, а также формирование новых подходов в лечении таких больных.

Была поставлена задача: изучить состояние обмена холестерина в плазме крови и эритроцитах при вынужденном ограничении двигательной активности у больных с переломом костей голени и бедра в зависимости от срока иммобилизации. Обосновать целесообразность применения убихинона в комплексной терапии таких больных.

Материалы и методы. Исследования были проведены на 20 мужчинах с переломами костей голени и бедра в возрасте от 18 до 50 лет, без сопутствующей патологии, находящихся на лечении в Кировской областной травматологической больнице. В качестве лечения был выбран способ скелетного вытяжения, подразумевающий достаточно продолжительный строгий постельный режим, т. е. вынужденное существенное ограничение двигательной активности. Контрольную группу составили 15 практически здоровых мужчин аналогичного возраста. Достоверность результатов подтверждена с помощью критерия Стьюдента по формуле $M \pm S$ при $p<0,05$, где M — среднее значение, S — стандартное отклонение.

Полученные результаты. Полученные данные, свидетельствуют о неблагоприятном влиянии ограничения двигательной активности на состояние органов и систем, что сопровождается увеличением в плазме крови таких показателей как общий холестерол, свободный холестерол и холестерол в липопротеинах низкой плотности, на фоне снижения холестерола в липопротеинах высокой плотности. Выявленные изменения со стороны данного показателя в скелетной мышце позволяют нам объяснить неблагоприятные изменения обмена холестерола, в плазме и эритроцитах, как компенсаторную реакцию, направленную на стабилизацию мембран мышечных клеток и эритроцитов. Данное предположение подтверждается разнонаправленными сдвигами содержания холестерола и фосфолипидов в эритроцитарных мембранах.

Выводы. Полученные данные можно использовать для контроля за развитием обменных процессов и стрессовых реакций у больных с ограничением двигательной активности, а также рекомендовать включение антиоксидантов и антигипоксических средств в комплексную терапию таких больных. В качестве антиоксидантного средства рекомендуется использовать жирорастворимый кофермент Q10. Данный кофермент проявляет антиоксидантные свойства и регенерирует плазменный витамин Е тем самым восстанавливая его антиоксидантную активность. Показано, что с ограничением двигательной активности его уровень в организме резко снижается, в связи со снижением уровня энергозатрат. Прием кофермента, вместе с витамином Е помогут улучшить состояние антиоксидантной системы и предотвратить развитие атерогенных проявлений. Кроме того, данный кофермент улучшает практически все процессы метаболизма, возникающие при гиподинамии. Нормальный уровень коэнзима Q10 в крови у взрослых составляет около 1 мг/мл. Для получения терапевтического эффекта взрослым требуется принимать не менее 100мг/день, что приведет к увеличению уровня кофермента в крови приблизительно до 2 мг/мл или более. Употребление такого количества коэнзима Q10 с продуктами затруднено.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ИНЦИДЕНТАЛОМАМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ РАЗЛИЧНЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ

Григорян К.Х.

Научные руководители: д.м.н., проф. *Ворохобина Н.В.*, д.б.н., проф. *Великанова Л.И.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель. Выявить гормональную активность и признаки злокачественности у больных с инциденталомами надпочечников (ИН) в сочетании методов иммуноанализа с высокоэффективной жидкостной хроматографией (ВЭЖХ) и газовой хромато-масс-спектрометрией (ГХМС).

Материалы и методы. Обследовано 57 пациентов с ИН (18 мужчин и 39 женщин) и 23 здоровых (11 мужчин и 12 женщин). У 5 больных по результатам гистологического заключения диагностирован аденокортикальный рак. Определяли уровни АКТГ, кортизола в 9 час (Ку) и 21 час (Кв), дегидроэпандростерон-сульфата (ДЭА-С), 17-ОН-прогестерона, альдостерона (АЛД), ренина (Р) в крови и активность ренина плазмы (АРП), свободный кортизол в слюне (Ксл). Проводили пробы с физиологическим раствором (ПФР) и 2 мг дексаметазона (ПД). Методом ГХМС исследовали стероидные профили мочи (СПМ). Всего идентифицировано 60 стероидов. Методом ВЭЖХ определяли уровни в крови кортизола (F), кортизона (E), кортикостерона (B), 11-дегидрокортикостерона (A), 18-гидроксикортикостерона (18-ОНВ), 11-дезоксикортикостерона (DOC), 11-дезоксикортизола (S) и экскрецию с мочой свободного кортизола (UFF), свободного кортизона (UFE), 6 β -гидроксикортизола (6 β -ОНФ) и U18-ОНВ. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программной системы STATISTICA for WINDOWS (версия 7).

Полученные результаты. У 57 больных с ИН уровни АКТГ, АЛД, Ку, Кв и ДЭА-С не отличались от здоровых. При проведении ПД у 9 больных с ИН уровень К в крови был больше 70 нмоль/л ($126,6 \pm 18,6$ нмоль/л, $p < 0,001$), отмечено увеличение Ксл ($13,3 \pm 1,3$ нмоль/л, $p < 0,01$) и Кв, что позволило диагностировать субклинический синдром Иценко–Кушинга (СКСИК). Методом ВЭЖХ у больных СКСИК установлено увеличение уровня В в крови, UFF и UFE, соотношений В/А и UFF/ UFE, снижение уровня в крови В, UFF и UFE менее 50% при ПД. У 12 человек с ИН отмечено увеличение предшественников альдостерона в крови (В и DOC), снижение Р и АРП, уменьшение уровня АЛД в крови при проведении ПФР меньше чем на 50%. У 9 человек были повышены экскреция с мочой 6 β -ОНФ (больше 300 мкг/24 ч) и соотношение 6 β -ОНФ/UFF, что свидетельствовало об увеличении активности изофермента CYP3A4. При исследовании СПМ методом ГХМС у больных СКСИК отмечено повышение экскреции с мочой тетрагидрокортикостерона (ТНВ), гексагидрокортикостерона и соотношений ТНВ/ТНА и (ТНФ+allo-ТНФ)/ТНЕ, снижение ДЭА и соотношений allo-ТНФ/ТНФ и alloТНВ/ТНВ. Увеличение экскреции с мочой тетрагидро–11-дезоксикортизола (ТНС) и ННС, уменьшение соотношения

(THF+allo-THF+THE)/THS (<30) свидетельствовали о снижении активности 11β -гидроксилазы, увеличение тетрагидро-21-дезоксикортизола и 11 -окспрегнантриола (P3-on), снижение соотношения (THF+allo-THF+THE)/ P3-on (<50) были критериями дефекта 21 -гидроксилазы у больных с ИН. Методом ГХМС у 5 больных с АКР установлено увеличение экскреции с мочой THS (1135 ± 215 мкг/24ч), этиохоланолона (2316 ± 515 мкг/24ч), 17β -андростендиола (4223 ± 1422 мкг/24ч), DEA (4419 ± 1026 мкг/24ч), 16 -ОН-DEA (2758 ± 218 мкг/24ч), андростентриола (2420 ± 597 мкг/24ч), P3-on (100 ± 20 мкг/24ч), прегнендиола (2914 ± 384 мкг/24ч), прегнентриола (1607 ± 267 мкг/24ч), 16 -гидроксипрегнендиола (970 ± 188 мкг/24ч), 16 ОН-прегненолона и 21 ОН-прегненолона, соотношения $3\alpha 16\text{OHdP}2/3\beta 16\text{OHdP}2 < 3,0$, $3\alpha d\text{P}3/3\beta d\text{P}3 < 9,0$. У больных с АКР отмечено снижение активности 21 -гидроксилазы, 11β -гидроксилазы и 5α -редуктазы. Только у 8 (14%) пациентов с ИН не установлено увеличения гормональной активности коры надпочечников.

Выводы. Повышение гормональной активности установлено у 86%, субклинический синдром Иценко–Кушинга — у 15,8%, недостаточность ферментов 21 -гидроксилазы и 11β -гидроксилазы — у 24,5%, увеличение активности CYP3A4 — у 15,8%, признаки адренокортикального рака — у 8,8% больных с инциденталомой надпочечников на основании иммуноанализа и исследования стероидных профилей крови и мочи методами высокоэффективной жидкостной хроматографии и газовой хромато-масс-спектрометрии.

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕМЬИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ КОМПЕТЕНЦИЙ

Зелионко А.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Лучкевич В.С.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В настоящее время одной из важнейших медико-социальных причин невысокой медицинской грамотности населения является недостаточный уровень качества жизни и неудовлетворительные условия жизнеобеспечения.

Цель. Выявить особенности социально-гигиенического функционирования городских и сельских жителей, влияющие на формирование компетенций и комплаентности в сфере здоровьесбережения.

Материалы и методы. Анализ проводился среди жителей Санкт-Петербурга (18 районов — 1150 человек) и Ленинградской области (3 района — 560 человек). Для изучения качества жизни, связанного со здоровьем, был использован специальный универсальный многомерный опросник. Статистическая обработка материалов исследования проводилась при помощи программ MS Excel 2010 и Statistica 6.0 с расчетом относительных и средних величин, выявлением корреляционных связей, оценкой достоверности различий при помощи рангового дисперсионного анализа Краскела-Уоллиса и факторного дисперсионного анализа (ANOVA).

Полученные результаты. Среди городских (66,3%) и сельских (87,9%) жителей преобладали женщины. В возрастной структуре горожан наибольший удельный вес принадлежит жителям 20–29 лет (55,3%). Около трети сельских жителей составили обследуемые 40–59 лет (27,9%), более трети — 20–29 лет (34,3%). При этом был выявлен достоверно ($F=12,003$, $p=0,001$) более высокий показатель социально-гигиенического функционирования в группе сельских жителей ($70,3\pm 0,6$), по сравнению с городскими ($62,5\pm 0,5$). Наиболее благоприятные показатели социально-гигиенического функционирования были выявлены у городских и сельских жителей 30–59 лет. У сельских женщин обнаружено более благоприятные показатели социально-гигиенического функционирования ($F=79,45$, $p=0,0001$) по сравнению с мужчинами. Также среди городских ($F=35,85$, $p=0,0001$) и сельских ($F=88,59$, $p=0,0001$) жителей с высшим образованием выявлены достоверно более высокие показатели социально-гигиенического функционирования. Было выявлено влияние типа семьи на показатели социально-гигиенического функционирования среди городских ($F=20,94$, $p=0,0001$) и сельских жителей ($F=91,56$, $p=0,0001$). В процессе исследования при помощи рангового дисперсионного анализа

Краскела-Уоллиса были обнаружены приоритетные медико-социальные факторы, влияющие на степень медицинской компетентности городского и сельского населения в вопросах индивидуального здоровьесбережения: пол (соответственно: $N=5,0$; $p=0,025$ и $N=10,72$; $p=0,001$), возраст (соответственно: $N=13,41$; $p=0,02$ и $N=5,84$; $p=0,21$) и уровень образования (соответственно: $N=15,32$; $p=0,001$ и $N=13,83$; $p=0,001$). Женщины по сравнению с мужчинами оказались более грамотны в вопросах медицинской информированности. Также более информированными об основах здоровьесбережения оказались и городские жители в возрасте 20–29 лет по сравнению с другими возрастными категориями. Контингент лиц, имеющих высшее образование, имел более высокий уровень медицинской информированности. Среди одиноких жителей наблюдался более низкий уровень знаний, умений и навыков в сфере здоровьесбережения, чем среди лиц, состоящих в браке. Было установлено, что характер и условия трудовой деятельности влияют на степень компетентности городского (соответственно: $N=30,73$; $p=0,0001$ и $N=11,84$; $p=0,003$) и сельского (соответственно: $N=16,84$; $p=0,01$ и $N=9,56$; $p=0,048$) населения в сфере охраны здоровья.

Выводы. Сельские жители имели более благоприятные показатели социально-гигиенического функционирования по сравнению с городскими. Жители 30–59 лет, женщины и лица с высшим образованием имели достоверно более высокие показатели социально-гигиенического функционирования. В процессе медико-социального и клинико-статистического анализа установлено, что на уровень медицинской информированности оказывают влияние такие факторы как пол, возраст, уровень образования, а также характер и условия трудовой деятельности.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ИНДЕКСОВ ДЛЯ СКРИНИНГА ТАЛАССЕМИЙ

Жиленкова Ю.И., Зенина М.Н.

Научные руководители: д.м.н., проф. *Козлов А.В.*, д.м.н., проф. *Бессмельцев С.С.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Российский НИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА России

По данным ВОЗ, на долю пациентов с анемиями, связанными с гемоглобинопатиями, может приходиться до 10% всех случаев наблюдений. В современных алгоритмах выявления гемоглобинопатий, включающих различные лабораторные методы, входит анализ эритроцитарных параметров и индексов для дифференциальной диагностики различных микроцитарных гипохромных анемий.

Цель. Оценить чувствительность и специфичность отдельных эритроцитарных индексов для выявления пациентов с гемоглобинопатиями.

Материал и методы. В исследование были включены 80 пациентов различных возрастных групп, находившиеся на обследовании и лечении в СПб ГУЗ ДКДЦ и ФГБУ «Российский НИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА России». Выделены 2 группы больных. Основную группу составили 40 пациентов (М. 19, Ж. 21) с талассемиями от 2 до 58 лет. Критериями для включения служили: наличие микроцитарной гипохромной анемии с типичными морфологическими изменениями эритроцитов и концентрацией железа и ферритина в сыворотке крови в пределах референтных значений; семейный анамнез гемоглобинопатии. Диагноз гемоглобинопатии был подтвержден с помощью определения фракций гемоглобина и молекулярно-генетическим методом. В группу сравнения было включено 40 человек с микроцитарными гипохромными анемиями (М. 17, Ж. 23) в возрасте от 2 до 54 лет. Критерии включения — наличие доказанной микроцитарной гипохромной анемии, связанной с железodefицитом.

Материалом для исследования служили образцы венозной крови. С помощью анализатора Sysmex XT-4000i определяли следующие эритроцитарные параметры: Hb, RBC, MCV, MCH. Концентрацию железа и ферритина в сыворотке крови устанавливали с использованием анализатора Cobas 6000 и тест-систем производителя. Определение фракций гемоглобина проводили методом капиллярного электрофореза (MINICAP, Sebia, Франция). Расчет

эритроцитарных индексов проводили по формулам: $E = MCV - (10 \cdot RBC)$; $E \&F = MCV - RBC - 5 \cdot Hb - 3.4$; $G \&K = MCV \cdot 2 - RDW / 100 \cdot Hb$; $M = MCV / RBC$; $Si = MCV - RBC - 3 \cdot Hb$; $S = MCH / RBC$; $RDWDI = MCV \cdot RDW / RBC$. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программ STATISTICA 10 (StatSoftRussia) и MedCalc (MedCalcSoftware, Belgium).

Полученные результаты. При сравнении чувствительности и специфичности гематологических параметров и их способности распознавать наличие талассемии определили, что наибольшей чувствительностью обладали: MCV (97,5%), E (97,5%), Si (97,5%), E&K (95%), RDWDI (92,5%), а специфичностью — M (97,5%) и G&K (90%). Специфичность других параметров колебалась от 85 до 42,5%. Значение LR(+) — способность положительных результатов этих тестов распознавать наличие заболевания — для M=34, расценивалась как отличная, для G&K= 9 и для Si=7,8, как удовлетворительная. Величина отношения правдоподобия LR(-) позволила расположить исследуемые тесты по способности отрицательного результата предсказывать отсутствие заболевания. Поскольку значение LR[-] для Si и E=0,02 и MCV=0,03, их способность распознавать отсутствие заболевания признана отличной, RDWDI=0,08-хорошей. Для G&K величина LR[-] равная 0,098, S=0,12, MCH=0,13, M=0,15 позволила отнести эти тесты к «удовлетворительным». Показатель RDW%, для которого LR[-]=0,72, обладал неудовлетворительной способностью распознавать отсутствие болезни.

Выводы.

1. Представленные расчетные индексы являются интегральными показателями и могут служить дополнительными критериями характеристики размеров эритроцитов и распределения в них гемоглобина.
2. Чувствительность и специфичность представленных индексов превосходят диагностические возможности показателей Hb, MCV, MCH, RDW.
3. Использование расчетных эритроцитарных индексов позволяет предположить наличие гемоглобинопатии и производить отбор пациентов для дальнейшего обследования.

ПОЧЕМУ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОТРОМБОЗОМ НЕОБХОДИМО ИЗУЧАТЬ РИСК ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЭМБОЛИЗМА

*Ибрагимов С.А., Максимкина Е.С., Петров Д.А.,
Бондаренко П.Б., Хвостова М.С., Миценко А.А.*
Научный руководитель: д.м.н., проф. *Иванов М.А.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Длительное время обсуждается взаимосвязь между венозным тромбозом (VTE) и артериальными тромботическими событиями (АТЕ).

Цель. Изучение хронической венозной недостаточности, в том числе на фоне флеботромбозов (DVT), у пациентов с АТЕ.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за 43 больными с АТЕ, из которых у 25 пациентов в анамнезе зарегистрированы VTE или имела место хроническая венозная недостаточность (ХВН) С□ стадии и выше по СЕАР (I группа); у 18 больных VTE не отмечен, зарегистрирована ХВН С□ стадии и ниже (II группа). В сроки до 10 лет после VTE изучалось возникновение инфаркта миокарда (ИМ), нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), периферических артериальных тромбозов и/или эмболий (ПАТ). Анализировалось влияние компонентов метаболического синдрома на развитие VTE.

Полученные результаты. Частота выраженных проявлений ХВН и упоминания об эпизодах VTE среди больных с неблагоприятными кардиоваскулярными событиями составила 58,1%. Изучение итогов 1316 аутопсий за пять лет показало, что среди 941 пациента без АТЕ отмечено 93 наблюдения VTE, что составило 10%. В сравнении с лицами, у которых регистрировались артериальные и тромбозомболические события, частота тромбозов только на уровне венозного русла была достоверно меньше ($p < 0,05$). Среди факторов риска VTE отмечена тенденция к ассоциации с ожирением, артериальной гипертензией и сахарным диабетом.

Выводы. Неблагоприятные артериальные тромботические события подразумевают высокую вероятность хронической венозной недостаточности и VTE в анамнезе, что отражается на профилактике ТЭЛА.

ОЦЕНКА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II

Иванов С.В.

Научный руководитель: д.х.н., проф. *Васнецова О.А.*

ПМГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

Цель. Выявить наиболее конкурентоспособный препарат из группы блокаторов рецепторов ангиотензина II — Лозартан (Лозап, Zentiva a.s и Лориста, КРКА) и Телмисартан (Микардис, Boehringer Ingelheim Pharma) методом экспертных оценок с позиции провизоров аптеки путем выбора экспертов и проведения их анкетирования.

Материалы и методы. Данный метод включает в себя отбор экспертов для анализа и собственно оценку конкурентоспособности. На первом этапе было проведено анкетирование провизоров — работников аптеки №20 ГБУЗ «Аптеки Столицы» с целью выявления их опыта работы с анализируемыми препаратами. Из десяти провизоров, участвующих в опросе, семь были признаны экспертами (коэффициент компетентности от 0,6 до 1,9). Авторами метода (Васнецова О.А. и соавт., 2002) рекомендовано использовать таблицу Е.С. Вентцель (1958), согласно которой участие семи экспертов будет обеспечивать доверительную вероятность, равную 80% с задаваемой до начала опроса предельно допустимой ошибкой $E=0,5$.

На втором этапе экспертам были предложены анкеты для прямого ранжирования и оценки факторов конкурентоспособности сравниваемых препаратов. При составлении анкет учитывалось максимально возможное количество факторов, которые могли быть оценены провизорами.

Полученные результаты. Математическая обработка данных анкетирования проводилась путем вычисления ряда показателей:

- веса фактора конкурентоспособности (W_i), показывающего его значимость для респондента, и средневзвешенного веса фактора ($W_i \text{ ср}$), учитывающего компетентность опрошенного;
- средневзвешенной оценки каждого фактора ($A_i \text{ ср}$);
- параметрического индекса фактора конкурентоспособности (P_i), необходимого для характеристики оценки фактора конкурентоспособности товара в контексте его значимости;
- сводного параметрического индекса ($\sum P_i$).

Анализируя полученные результаты, можно сказать, что наибольшее значение для респондентов имеют такие факторы, как средняя цена за стандартную упаковку ($W_i \text{ ср}=0,044$), срок годности препарата, его биодоступность ($W_i \text{ ср}=0,035$ и $0,031$ соответственно), а наименьшее — престижность торговой марки и симптомы передозировки ($W_i \text{ ср}=0,011$ и $0,017$). Это объясняется спецификой профессии провизора. При этом наименьшую цену из анализируемых препаратов имела Лориста (330 руб. за упаковку 30 табл. против 350 руб. за аналогичное количество Лозапа и 1000 руб. — Микардиса, $P_i=0,220$; $0,210$; $0,074$ соответственно). Наибольший срок годности также у Лористы — 5 лет ($P_i=0,155$). В то же время Лозап превосходит своих конкурентов по наличию ряда эффектов, которые будут полезными для пациентов, страдающих артериальной гипертензией с сопутствующими заболеваниями (снижение протеинурии, задержка развития гипертрофии миокарда, $P_i=0,085$ и $0,160$). Лозап не влияет на способность вождения автомобиля ($P_i=0,160$), а Лориста имеет доказанную эффективность как у мужчин, так и женщин в возрасте старше 65 лет ($P_i=0,130$). В поддержку Микардиса экспертами были присуждены высокие оценки за предоставление производителем полной информации о количестве вспомогательных веществ ($P_i=0,104$), более высокой биодоступности ($P_i=0,143$) и низких дозировках ($P_i=0,110$). Однако он проигрывает аналогам из-за высокой цены, исключительно печеночного метаболизма ($P_i=0,030$) и отсутствия данных о дополнительных эффектах.

Выводы. Конкурентоспособными препаратами из анализируемой группы являются Лозап и Лориста, имеющие близкие значения сводного параметрического индекса — $\sum P_i = 3,753$ и $3,755$ соответственно. Данные образцы превосходят аналог Микардис по ряду факторов, среди

которых — одинаковая эффективность как у мужчин, так и женщин разных возрастов, диуретическое действие, незначительное количество противопоказаний, разнообразие форм выпуска, приемлемая цена.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Ворохобина Н.В., Ряснянский В.Ю., Капляня М.В.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Диабетическая нефропатия — основная причина смертности лиц с сахарным диабетом 1 типа. Во многих развитых странах мира диабетическая нефропатия занимает первое место в структуре диализной службы, достигая 35–45%. У больных сахарным диабетом 1 типа частота диабетических осложнений, как микрососудистых, так и макрососудистых, возрастает по мере прогрессирования патологии почек. В России, как и во многих странах мира, диагностика и профилактика поражения почек у больных сахарным диабетом идут с определенным опозданием, что и приводит к необратимым последствиям.

Цель. Усовершенствовать раннюю диагностику поражений почек у пациентов сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы. Обследовано 25 пациентов сахарным диабетом 1 типа в возрасте старше 18 лет со стажем заболевания более 4 лет. Наличие тяжелых поздних микро — или макрососудистых осложнений сахарного диабета, любая кардиоваскулярная патология, а также инфекция мочевыводящих путей являлись критериями исключения. Всем пациентам проводилась комплексная стандартная оценка азотовыделительной функции почек.

Полученные результаты. Средний возраст пациентов составил 38,6 (28,5; 50,5) года, стаж сахарного диабета 1 типа — 8,9 (4,5; 12,0). У 6 пациентов выявилась гиперфилтрация при подсчете скорости клубочковой фильтрации (СКФ) с помощью формулы Кокрофта — Голта, а при подсчете СКФ по MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) — у 12. Стойкую микроальбуминурию выявили в 3 случаях. В первом было снижение СКФ по обеим формулам (ниже 60 мл/мин), высокий уровень гликированного гемоглобина (9,2%), длительный стаж сахарного диабета (11 лет), но изменений на глазном дне не диагностировано. Во втором — стойкая микроальбуминурия сопровождалась развитием диабетической непролиферативной ретинопатии обоих глаз, стаж диабета составил 12 лет, однако, показатели СКФ и гликированного гемоглобина были в норме. В третьем случае микроальбуминурия сопровождалась нормальными показателями СКФ и нормальным уровнем гликированного гемоглобина при стаже сахарного диабета 6 лет.

Выводы. Анализ полученных промежуточных результатов показал, что необходимо усовершенствовать патогномоничные доклинические критерии диагностики диабетической нефропатии у больных сахарным диабетом 1 типа в связи с отсутствием взаимосвязи стандартных показателей.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА КАК ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Кебрыков А.В., Бондаренко П.Б., Белоказанцева В.В.,

Бестаева Д.И., Бестаева Д.И., Кицбабаишвили Р.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Иванов М.А.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Сахарный диабет (СД) существенно усугубляет течение и прогрессирование атеросклероза. Кроме того, при СД нарушается регуляция артериального давления (АД), что в большинстве случаев приводит к возникновению артериальной гипертензии (АГ). Выраженное нарушение гомеостаза при оперативном вмешательстве у пациентов с вышеуказанными патологическими

состояниями способствует неблагоприятному течению послеоперационного периода, возникновению гемодинамической вариабельности, которая, в свою очередь, совместно с СД, может привести к тромботическим осложнениям.

Цель. Изучить взаимосвязь между вариабельностью систолического артериального давления (САД), СД, АГ, а также влияние данных состояний на течение послеоперационного периода и возникновение тромботических осложнений у больных, перенесших оперативное лечение по поводу распространенного атеросклероза.

Материалы и методы. Обследовано 58 больных, оперированных по поводу атеросклеротического поражения магистральных артерий. Средний возраст больных составил $63,6 \pm 9,2$ лет. Основную группу составили 30 больных, критерием включения в нее служило наличие вариабельности САД и отклонения от нормальных значений частоты сердечных сокращений, требующих медикаментозной коррекции в 1-е сутки после операции. Вариабельность САД рассчитывалась путем выявления среднего значения из 10 колебаний САД за каждый часовой промежуток времени в период с 19 часов до 5 следующего дня. Контрольную группу составили 28 пациентов, которым медикаментозная коррекция гемодинамики не потребовалась. Показатели гемодинамического профиля регистрировались с помощью аппаратуры для инвазивного и неинвазивного мониторинга. Коррекция АД проводилась посредством изменения объема инфузии, введения кардиотонических или вазодилатирующих средств.

Полученные результаты. СД 2 типа следует считать фактором риска возникновения вариабельности САД в 1-е сутки после операции. У 57% больных СД 2 типа длительностью более 3 лет в ночные часы отмечена тенденция к гипертензии, потребовавшая медикаментозной коррекции. При оценке общей вариабельности САД выявлено, что 78% колебаний САД в ночное время на 1-е сутки после операции относятся к гипотонии. На фоне СД 2 типа выявлено достоверно большее количество случаев вариабельности САД, которые потребовали медикаментозной коррекции. Последняя необходима в случае средней вариабельности САД более 20 мм рт. ст.

Вывод. СД 2 типа в сочетании с АГ приводит к возникновению гемодинамической вариабельности в ночное время суток после реконструктивных операций по поводу распространенного атеросклероза, что может явиться фактором развития тромботических осложнений.

РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА АОРТО-ПОДВЗДОШНОМ СЕГМЕНТЕ У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Козырева А.Б. 442 гр. ЛФ, Герасименок Г.А. 352 гр. ЛФ,

Бондаренко П.Б. 544 гр. ЛФ, Кожевников Д.С.

Руководитель темы: д.м.н. *Иванов М.А.*, каф. общей хирургии

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В настоящее время разработано огромное количество реконструктивных вариантов операций на аорто-подвздошном сегменте. Вопрос о выборе наиболее подходящего способа оперативного вмешательства, остается актуальным и сейчас.

Цель. Сравнить результаты традиционных (открытых) и эндоваскулярных оперативных вмешательств на аорто-подвздошном сегменте.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за итогами реконструктивных операций на аорто-подвздошном сегменте у 222 пациентов, оперированных в отделении ангиохирургии СЗГМУ им. И.И. Мечникова в 2011–2014 гг. Из них у 80 пациентов было выполнено аорто-бедренное шунтирование, у 74 пациентов — стентирование подвздошной артерии и у 68 — эндартерэктомия. В качестве метода исследования результатов операции использовался опрос пациентов, а также изучение итогов дуплексного сканирования, ангиографии, КТ — и МРТ-ангиографии.

Полученные результаты. Из 222 человек летальные исходы зарегистрированы у 0,8% пациентов после ангиопластики и стентирования и у 1,6% — после шунтирующих операций. После эндартерэктомии летальные исходы не зарегистрированы.

Инфекционные осложнения отмечалось у 4% лиц, которым выполнялись шунтирующие вмешательства и у 1,5% лиц после ангиопластики и стентирования. Вслед за энтертерэктомией данное осложнение не зафиксировано.

После эндоваскулярных вмешательств дополнительная установка стентов потребовалась 15% пациентов и 12% — после энтертерэктомии. Тогда как после шунтирующих операций подобные вмешательства не понадобились ($p < 0,05$). Только в группе шунтирующих операций были отмечены острая почечная недостаточность (1,6%) и инфаркт миокарда (1,6%).

Тромбоз оперированного сегмента развился в группе ангиопластики и стентирования — у 2, 5% лиц и в группе шунтирующих операций — у 1,6% больных. После энтертерэктомии тромбозов не зафиксировано. При этом после эндоваскулярных вмешательств потери конечности не отмечены, а после шунтирования и энтертерэктомии были выполнены ампутации у 3,2% и 1,4% лиц, соответственно ($p < 0,05$).

Дополнительные открытые вмешательства выполнены в группе ангиопластики и стентирования 5% пациентов. Подобный вид оперативного вмешательства после энтертерэктомии и шунтирования не потребовался ($p < 0,05$).

Выводы. Сравнительный анализ реконструктивных вмешательств на аорто-подвздошном сегменте показал, что энтертерэктомия характеризуется наименьшим количеством ранних послеоперационных осложнений. В плане негативных последствий менее травматичным является стентирование, что дает возможность выполнять данные операции у больных с сопутствующими заболеваниями.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ КОНТРОЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕСТИЦИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ МЕТАЗАХЛОРА И КВИНМЕРАКА ПРИ ОБРАБОТКЕ ПОСЕВОВ РАПСА

Кондратюк Н.В., Благая А.В.

Научный руководитель: член-корреспондент НАМН Украины, д.м.н., проф. *Бардов В.Г.*

НМУ им. А.А. Богомольца, Киев

День здоровья в 2015 году ВОЗ посвятила безопасности пищевых продуктов. Выращивание сельскохозяйственных культур в наши дни сопровождается интенсификацией процесса получения большего количества урожая. Одним из таких методов на сегодняшний день является применение химических средств защиты растений. Однако исторические данные о применении таких веществ свидетельствуют об их потенциальном негативном воздействии на здоровье людей и состояние окружающей среды. В структуре производства Украины сельское хозяйство занимает немаловажное место и одной из культур, интенсивно выращиваемых на сельскохозяйственных угодьях, является рапс. Поэтому необходимо обеспечить безопасность работников агропромышленного комплекса, задействованных в обработке посевов сельскохозяйственных культур, в частности рапса.

Цель. Гигиеническая оценка применения нового (незарегистрированного в Украине) пестицида Султан Твин на основе метазаклора и квинмерака для защиты посевов рапса.

Материалы и методы. Материалы — почва с участков, обработанных пестицидом; воздух рабочей зоны над участком обработки и на расстоянии 300 м и 100 м от края поля (с подветренной стороны); действующие вещества (д.в.) препарата квинмерак (7-хлор-3-метил-8-квинолинкарбоновая кислота) и метазаклор (2-хлор-N-(2,6-диметилфенил)-N-(1H-пирозол-1-илметил)ацетамид). Методы — натурный гигиенический эксперимент, газожидкостная хроматография (ГЖХ), статистические методы.

Полученные результаты. В день обработки и через 3 суток содержание д.в. препарата в воздухе над участком для квинмерака составило $< 0,5 \text{ мг/м}^3$ и для метазаклора $< 0,5 \text{ мг/м}^3$; в воздухе на расстоянии 300 м от края поля после обработки и в 100 метрах от края поля на 3 и 7 сутки после обработки — $< 0,015 \text{ мг/м}^3$ и $< 0,008 \text{ мг/м}^3$, соответственно для квинмерака и метазаклора (при пределе количественного определения метода ГЖХ для метазаклора в воздухе рабочей зоны $< 0,05 \text{ мг/м}^3$; в атмосферном воздухе $< 0,008 \text{ мг/м}^3$, для квинмерака в воздухе рабочей зоны (р.з.) — $0,5 \text{ мг/м}^3$, атмосферном воздухе — $0,015 \text{ мг/м}^3$). Необходимо отметить,

что эти значения не превысили рассчитанные гигиенические нормативы (ориентировочно безопасные уровни воздействия (ОБУВ), которые составляют для метазакхлора в воздухе р.з. — $1,0 \text{ мг/м}^3$, в атмосферном воздухе — $0,01 \text{ мг/м}^3$, для квинмерака в воздухе р.з. — $1,0 \text{ мг/м}^3$; в атмосферном воздухе — $0,02 \text{ мг/м}^3$. Исследование проб почвы показало, что содержание квинмерака на 3 сутки после обработки не превышало установленный для этого вещества гигиенический норматив ориентировочно допустимой концентрации (ОДК для квинмерака — $0,2 \text{ мг/кг}$). Однако при исследовании проб почвы было отмечено превышение ОДК для метазакхлора. Так, на 3 сутки после обработки его содержание в почве составило $0,1 \pm 0,01 \text{ мг/кг}$ (ОДК метазакхлора в почве $0,03 \text{ мг/кг}$, предел определения методом ГЖХ — $0,03 \text{ мг/кг}$). Учитывая изложенное, был проведен расчет возможного поступления метазакхлора в системе почва — воздух. При расчете учитывали содержание метазакхлора в почве через 3 суток после опрыскивания, величину ПДК почвенной пыли в воздухе рабочей зоны (6 мг/м^3) и предполагаемое ее превышение в 10 раз. Рассчитано, что концентрация метазакхлора, сорбирующаяся на пылевых частицах, через 3 суток составит $0,0000072 \text{ мг/м}^3$ и, соответственно, не будет превышать ОБУВ метазакхлора в воздухе рабочей зоны (ОБУВ метазакхлора — $1,0 \text{ мг/м}^3$) и атмосферном воздухе (ОБУВ метазакхлора — $0,01 \text{ мг/м}^3$).

Выводы. Приведенные данные свидетельствуют об отсутствии опасности загрязнения метазакхлором и квинмераком объектов окружающей среды за пределами зоны обработки. На основании полученных результатов, рекомендуем установить сроки выхода на обработанные территории для проведения механизированных работ 3 дня. Контроль применения препаратов на основе квинмерака и метазакхлора рекомендуем проводить по метазакхлору.

РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСА 3D ЛАЗЕРНОЙ ТИМПАНОПЛАСТИКИ

Афитонов М.А., Кудлахмедов Ш.Ш., Шевелев И.В.

Научный руководитель: асс. Кузьмин Д.М.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В настоящее время наиболее эффективным паллиативным способом хирургического лечения хронического гнойного мезотимпанита является операция тимпаноластика. Операция достаточно инвазивна и требует стационарного пребывания пациента, что требует разработки надежных, эффективных а самое главное амбулаторных малоинвазивных методов устранения хронического гнойного процесса среднего уха.

Цель. Разработать малоинвазивную методику устранения хронического гнойного мезотимпанита использующую хирургические лазерные и 3D биопринтинг-технологии.

Материалы и методы. Твердотельный коллимированный лазер 510–580 нм с прецизионной программой 3D навигации. 3D принтер. Бинокулярный микроскоп с функцией фото и видеозахвата. Программное обеспечение для 3D принтера. Abs пластик разной цветовой гаммы для 3D принтера. 8 прицизионных макетов наружного слухового прохода с имитацией барабанной перепонки человека. Набор для микрохирургических вмешательств на ухе человека. Пакет программ для 3D моделирования и статистической обработки: MicrosoftExcel 2010, Statsoft Statistica 10,0, AutoCAD for Mac.

Полученные результаты. Создано модифицированное программное обеспечение для лазерного дебридмента эпидермиса барабанной перепонки и наружного слухового прохода. В 93,3% случаев удавалось выполнить дезпитеализацию по заданным координатам ($p < 0,001$). Создано модифицированное программное обеспечение для 3D принтинга фиброзного слоя барабанной перепонки. В 91,7% случаев удавалось выполнить синтез по заданным координатам ($p < 0,001$). Разработан способ позиционирования головы объекта исследования для процедур лазерного дебридмента эпидермиса и 3D принтинга фиброзного слоя.

Выводы. Разработана методика 2-этапной 3D лазерной тимпаноластики:

1-й этап: лазерный дебридмент эпидермиса барабанной перепонки 93,3% ($p < 0,001$) эффективности.

2-й этап: 3D принтинг фиброзного слоя барабанной перепонки 91,7% ($p < 0,001$) эффективности.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОБИЛЬНЫХ ПРИЛОЖЕНИЙ ДЛЯ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХА

Кузьмин Д.М., Пащинин А.Н., Повышев А.А., Стародубцев Р.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Пащинин А.Н.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Стремительная урбанизация городов с повышением шумовой нагрузки на человеческое ухо неизбежно ведет к развитию у людей сенсоневральной тугоухости. По данным ВОЗ в 2012 году выявлено около 360 млн. людей страдающих от снижения слуха по разным причинам. Примерно в одной трети случаев это была постепенная пресбиакузия у людей старше 65 лет. Повсеместное использование мобильных телефонов и портативных музыкальных плееров так же ведет к повышению порогов слуха. Таким образом, доступная скрининговая самодиагностика людей со снижением слуха, позволит улучшить или продлить их качество жизни путем своевременного выявления и лечения.

Цель. Оценка эффективности использования мобильных приложений для скринингового исследования слуха.

Материал и методы. Обследовано 23 нормально слышащих студента (46 ушей). Из них 14 человек составляли женщины, 9 — мужчины. Возраст обследуемых колебался от 21 до 27 лет. Всем обследуемым выполнялась скрининговое исследование слуховой функции, которое сравнивали с контрольными данными, полученными при проведении профессиональной тональной аудиометрии. Скрининговое исследование слуха проводилось при помощи мобильного приложения заданного на основе операционной системы «Android» со стандартными наушниками, идущими в комплекте с мобильным телефоном (смартфоном). При проведении скринингового исследования слуха при помощи мобильного приложения выполнена предварительная биологическая калибровка устройства, так за «акустический ноль» принимали значение в 10 дБ. Контрольное исследование слуховой функции выполнялось проведением тональной пороговой аудиометрии на аудиометре «GSI 61». Статистическая обработка данных выполнялась при помощи офисного пакета MS Excel и статистической программы «SPSS statistics 20,0».

Полученные результаты. При проведении тональной пороговой аудиометрии на аудиометре «GSI 61», средние пороги воздушного звукопроводения 46 обследованных ушей составили $8,54 \pm 3,05$ дБ, костно-воздушный интервал всех обследуемых не превышал 10 дБ. Полученные средние значения порогов воздушного звукопроводения при скрининговом обследовании составили $7,11 \pm 1,98$ дБ. Недостатком скринингового обследования является отсутствие возможности определения порогов костной проводимости. В результате сравнения средних данных параметров слуха полученных на профессиональном аудиометре и данных параметров слуха полученных при помощи мобильного приложения для проверки слуха, статистической значимости не выявлено ($p > 0,05$). Таким образом, мы можем говорить о равенстве средних порогов воздушного звукопроводения, полученных разными способами выполненной диагностики слуха в одной выборке.

Выводы. Мобильные приложения для проверки слуха могут быть использованы для скринингового обследования населения после предварительной биологической калибровки.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПОСЛЕ СТАПЕДОПЛАСТИКИ

Кузьмин Д.М., Пащинин А.Н., Жорина А.С.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Пащинин А.Н.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Хорошие функциональные результаты стапедопластики при отосклерозе с сокращением костно-воздушного интервала менее 10 дБ в разных литературных источниках колеблются от 70% до 96% случаев. Отсутствие в недавнем прошлом методов детальной визуализации структур среднего и внутреннего уха позволяло судить о качестве проведенного оперативного

вмешательства только по косвенным признакам. Компьютерная томография высокого разрешения делает возможным использовать данную методику для диагностики отосклероза уже на до операционном этапе, путем выявления очагов оссификации в структурах внутреннего уха в 85% случаев. При неудачных исходах оссификации, сопровождающихся смещением установленного титанового протеза — компьютерная томография позволяет использовать метод, для контроля качества оперативного лечения, как на ранних, так и поздних сроках после операции.

Цель. Оценка эффективности диагностики хирургического лечения отосклероза при помощи компьютерной томографии.

Материал и методы. В исследование включены 9 пациентов (2 мужчин, 7 женщин) больных отосклерозом после выполнения стапедопластики. Оценка функциональных результатов кохлеовестибулярной функции стапедопластики выполнялась при помощи пороговой тональной аудиометрии в расширенном диапазоне частот и компьютерной видеонистагмографии. Исследование височных костей проводилось на 64-срезовом компьютерном томографе (МСКТ) с толщиной среза 0.5 мм, интервалом реконструкции 0.3 мм. Проводилась визуальная оценка качества изображения и оценка локализации протеза, наличия других патологических изменений 9 височных костей. Методы функциональной и визуальной оценки качества оперативного лечения использовались в ранние сроки на 7–10 сутки после стапедопластики.

Полученные результаты. Функциональные результаты стапедопластики оцениваемые методами тональной пороговой аудиометрии и видеонистагмографии коррелировали с данными полученными при помощи МСКТ височных костей. По данным МСКТ височных костей на оперированной стороне во всех 9 наблюдениях отмечалось правильное положение протеза фиксированного на длинном отростке наковальни с погружением в овальное окно преддверия улитки. Глубину погружения титанового протеза в вестибулю улитки рассчитывали от перпендикулярно проведенной линии, соединяющей крайние точки подножной пластины стремени. Соотношение функциональных результатов стапедопластики с данными МСКТ позволило определить наличие возможной причины нежелательных последствий операции. Так в 5 случаях средняя глубина погружения титанового протеза в преддверие улитки составила $0,39 \pm 0,09$ мм, костно-воздушный интервал регистрировался на уровне менее 10 дБ, скорость медленного компонента спонтанного нистага составила $0,7 \pm 0,1^\circ/\text{с}$, что соответствовало хорошему функциональному результату операции. В 3 случаях глубина погружения титанового протеза составила $0,73 \pm 0,08$ мм, величина КВИ этих пациентов колебалась от 10–20 дБ, СМК спонтанного нистага составила $1,4 \pm 0,31^\circ/\text{с}$, что соответствовало удовлетворительному функциональному результату операции. В 1 наблюдении, у пациента с неудовлетворительным исходом стапедопластики, глубина погружения титанового протеза составила 1,1 мм, КВИ 35 дБ, СМК спонтанного нистага регистрировалась на уровне $2,31^\circ/\text{с}$.

Выводы. Положение титанового протеза и глубина его погружения в преддверие лабиринта, по данным компьютерной томографии (МСКТ), позволяет давать визуальную оценку функциональному исходу стапедопластики.

КЛЕТОЧНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ РЕДКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАРУШЕНИЯ РЕПАРАЦИИ ДНК

Куранова М.Л., Спивак И.М., Михельсон В.М.

Институт цитологии Российской академии наук, Санкт-Петербург

Атаксия-телеангиэктазия (АТ) — тяжелое наследственное нейродегенеративное заболевание с признаками преждевременного старения и резко повышенным риском развития опухолей (ОМIM: 208900), возникающее в результате мутаций в гене ATM (ОМIM: 607585). Ген ATM кодирует киназу ATM (Ataxia Telangiectasia Mutated), играющую ключевую роль в ответе клетки на повреждение ДНК при образовании двунитевых разрывов в ответ на действие генотоксических агентов или конформационных изменений хроматина, фосфорилируя более 600 белков-мишеней, таких как транскрипционный фактор белок p53, γH2AX, CHK2, BRCA1 и

др. В некоторых случаях функцию ATM по фосфорилированию p53 может выполнять киназа ATR (Ataxia Telangiectasia and Rad3 related), одной из основных функций которой, является стабилизация остановившихся вилок репликации. Мутация в гене ATR (601215) приводит к развитию тяжелого редкого рецессивного наследственного заболевания (210600) Синдрома Секкея 1 типа (SCKL1).

Цель. Используя метод непрямой иммунофлуоресценции и клеточные линии от пациентов с АТ и синдромом Секкея, выявить клеточные особенности пациентов для использования их в клеточной диагностике данных заболеваний.

Материалы и методы. Работа проводилась на клеточных линиях фибробластов кожи от пяти пациентов с АТ разных форм и одного пациента с синдромом Секкея. В качестве повреждающего агента использовались рентгеновское излучение в дозе 2 Гр (установка РУМ-17 или РАП-150/300-14), или радиомиметик блеомицин (50–100 мкг/мл). В качестве контроля использовали клетки здорового донора 11 лет и линии от пациентов с другими наследственными заболеваниями.

Выводы. В ответ на повреждение ДНК в ядрах клеток фибробластов детектируется активная форма киназы ATM — фосфо-ATM (p-ATMSer1891), при АТ — не активируется. Используя эту особенность, удалось описать две мозаичные формы АТ, при которых в 24,8 и 31,8% ядер клеток соответственно p-ATMSer1891 не детектировалась. У пациента с SCKL1 в ответ на повреждение ДНК не выявлялась активная форма киназы ATR — p — ATRSer428, у пациента с SCKL неустановленного типа — детектировалась. Так же в ядрах клеток пациентов с АТ разных форм уровень экспрессии деацетилазы SIRT6 и триметилированной форме гистона H3K27me3 выше, чем в других исследуемых линиях. Описанные особенности позволяют использовать их в клеточных методах диагностики данных заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ИЦЕНКО–КУШИНГА

Кухианидзе Е.А.

Научные руководители: д.м.н., проф. *Ворохобина Н.В.*, д.б.н., проф. *Великанова Л.И.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель. Исследовать стероидные профили с помощью методов иммуноанализа, высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) и газовой хромато-масс-спектрометрии (ГХМС) у больных синдромом Иценко–Кушинга (СИК) для поиска критериев злокачественной кортикостеромы.

Материалы и методы. Обследовано 33 больных СИК в возрасте от 21 до 55 лет (средний возраст $44,5 \pm 4,3$ года), среди которых у 8 пациентов был диагностирован аденокортикальный рак (АКР) при гистологическом исследовании удаленной опухоли. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц в возрасте от 22 до 45 лет (средний возраст $33,2 \pm 5,5$ лет). Проводилось определение в сыворотке крови уровней АКТИГ, кортизола в 9 час (Ку), К в 21 час (Кв) и при проведении пробы с 2 мг дексаметазона (Кдмт), DEA-S, свободного К в слюне (Ксл). Методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) определяли уровни кортизола (F), кортизона (E), кортикостерона (B), 11-дегидрокортикостерона (A), 18-гидроксикортикостерона (18-OHB), 11-дезоксикортикостерона (DOC), 11-дезоксикортизола (S) в крови и экскрецию с мочой свободного кортизола (UFF), свободного кортизона (UFE), U18-OHB, 6 β -OHF. Методом ГХМС определяли экскрецию стероидов с мочой. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программной системы STATISTICA for WINDOWS (версия 7). Сравнение средних значений количественных показателей осуществлялось с использованием критерия Манна–Уитни.

Полученные результаты. Информативными критериями классических тестов диагностики СИК были увеличение Ксл (больше 14 нмоль/л) и Кдмт (больше 200 нмоль/л). Методом ВЭЖХ установлены следующие критерии СИК: увеличение уровней B и S в крови, UFF и UFE, соотношений F/E, B/A, UFF/UFE, снижение соотношения 6 β -OHF/UFF. При проведении пробы с дексаметазоном экскреция с мочой UFF (252 ± 109 мкг/с) и UFE (209 ± 63 мкг/с) была выше

верхних референтных значений, а уровни В ($6,1 \pm 1,4$ нг/мл) и S ($19,1 \pm 1,9$ нг/мл) в крови были снижены меньше чем на 50%. У больных СИК с АКР в отличие от пациентов СИК с АКА были повышены уровни ДОС и 18-ОНВ в крови, уровень S в крови был больше 20 нг/мл, увеличена экскреция с мочой U18-ОНВ и 6 β -ОНФ. По данным ВЭЖХ получены следующие критерии АКР у больных СИК: S>20 нг/мл, ДОС>5,0 нг/мл, 18-ОНВ>5 нг/мл, (UFF+UFE)>500 мкг/с, 6 β -ОНФ>500 мкг/с, U18-ОНВ>50 мкг/с. При исследовании стероидных профилей мочи методом ГХМС у больных СИК с АКА и у 5 пациентов СИК с АКР отмечено повышение экскреции с мочой тетрагидрокортизола (THF), allo-THF, тетрагидрокортизона (THE), тетрагидрокортикостерона (THB), THS и соотношений THF/THE, (THF+allo-THF)/THE, снижение DEA и соотношения allo-THF/THF в сравнении с группой здоровых лиц. У больных СИК с АКР в отличие от больных с СИК с АКА установлено повышение экскреции с мочой 17-ОН-прегнанолон, прегнантриола (P3), 11-оксо-прегнантриола (P3-on), прегнендиола (DP2), прегнентриола (DP3), 3 α ,16-ОНDP2. У больных СИК с АКР детектированы прегнены, не обнаруженные у здоровых и больных СИК с АКА — 3 β ,16-ОНDP2 (1419 ± 812 мкг/с), 3 β DP3 (343 ± 166 мкг/с), 16-ОН-прегненолон (555 ± 239 мкг/с), 21-ОН-прегненолон (414 ± 115 мкг/с). У больных СИК с АКР установлены соотношения 3 α ,16-ОНDP2/3 β ,16-ОНDP2 меньше 6,0 и 3 α DP3/3 β DP3 меньше 5,0. У 3 больных СИК с АКР кроме перечисленных выше признаков злокачественности, отмечено повышение экскреции с мочой DEA (>18000 мкг/с) и его метаболитов (17 β -андростендиол>2000 мкг/с, 16-ОНDEA>6000 мкг/с, андростентриол >1500 мкг/с).

Выводы. Установлены биохимические критерии двух форм аденокортикального рака у 24,2% больных синдромом Иценко–Кушинга при исследовании стероидных профилей биологических жидкостей методами высокочувствительной жидкостной хроматографии и газовой хромато-масс-спектрометрии.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

Лейнеман Я.А., Файзенберг Р.М.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Мазуров В.И.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

На ранних этапах поражения дыхательной системы при СКВ в большом проценте случаев стандартная рентгенография и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) не позволяют установить причину жалоб пациента и вовремя скорректировать тактику лечения.

Цель. Изучить возможности различных методов постпроцессинговой обработки в верификации и дифференциальной диагностики патологии органов грудной клетки при СКВ.

Материалы и методы. С 2013 по 2015 гг. на базе Клиники имени Э.Э. Эйхвальда СЗГМУ имени И.И. Мечникова 70 пациентам возрастом от 29 до 56 лет с достоверным диагнозом СКВ, индексом активности SLEDAI-SELENA 12.45 ± 3.62 , длительностью заболевания 9.3 ± 7.9 лет, в анамнезе без данных о патологии органов грудной клетки, профессиональных вредностях и курении проведено комплексное обследование с уточнением функций внешнего дыхания, параметров сердечно-сосудистой системы и с лучевой диагностикой (рентгенографией, МСКТ, ангиографией и перфузионной скintiграфией). Методом случайной выборки были отобраны пациенты, которым была проведена функциональная МСКТ (инспираторно-экспираторная проба), а для анализа МСКТ сканов впервые использованы методы постпроцессинговой обработки (MPR, MIP, mIP, цветное картирование). Исследование взаимосвязи между наблюдениями проводилось с помощью корреляционного и дисперсионного анализа («StatSoft Statistica v.10»).

Полученные результаты. Патология дыхательной системы, установленная по данным функции внешнего дыхания, МСКТ и дополнительных методов исследования, представлена в таблице.

Таблица

Патология органов дыхания в группе пациентов с СКВ

Параметр (n, %)	Количество пациентов, абс. (%)	
	предъявляющие респираторные жалобы	без респираторных жалоб
Изменения по данным МСКТ	48 (68.5%)	6 (8.5%)
Изменения по данным ФВД:		
с изменениями по нативной МСКТ	28 (40%)	8 (11.4%)
без изменений по нативной МСКТ	23 (82.2%)	6 (75%)
Функциональная МСКТ:	5 (17.8%)	2 (25%)
с изменениями по ФВД	19 (27.1%)	7 (10%)
без изменений по ФВД	16 (84.2%)	1 (14.3%)
Признаки васкулита по данным цветового картирования:	3 (15.8%)	6 (85.7%)
со снижением диффузионной способности легких	23 (40%)	5 (7.1%)
без снижения диффузионной способности легких	18 (78.2%)	1 (20%)
Изолированное снижение диффузионной способности легких	5 (21.7%)	4 (80%)
Изолированное снижение диффузионной способности легких	7 (10%)	6 (8.5%)

Использование функциональной МСКТ и постпроцессинговых методов анализа нативной МСКТ позволяет увеличить чувствительность на 6,4% и 8,7% соответственно, специфичность на 4,8% и 6,5%, точность на 5,7% и 7,2% при легочном васкулите и вентиляционных нарушениях. Результаты цветового картирования коррелируют с диффузионной способностью ($rs=0,882$, $p=0,038$), гипоксемией ($rs=0,795$, $p=0,047$) и легочной гипертензией ($rs=0,675$, $p=0,003$). А данные функциональной МСКТ — с показателем СОС25–75 ($rs=0,789$, $p=0,015$). Параметрами, значимо ассоциирующимися со снижением трансфер-коэффициента, служили: индекс повреждения SLICC (0,042), индекс активности SLEDAI-SELENA (0,037), антитела к двуспиральной ДНК (0,001), форсированная жизненная емкость легких (0,005), дозозависимый прием глюкокортикостероидов (0,003).

Выводы. Постпроцессинговые методы позволили максимально дополнить результаты нативной МСКТ в выявлении ранних признаков вентиляционных нарушений и легочного васкулита, вовлечения плевры, при проведении дифференциальной диагностики при симптоме «матового стекла» между интерстициальным и сосудистым компонентом. Проведение диффузионного теста, как индикатора вовлечения дыхательной системы на ранних этапах, и использование постпроцессинговой обработки МСКТ сканов рекомендовано во включение в алгоритм лучевого обследования пациентов с подозрением на вовлечение органов дыхания при СКВ.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЯСНИЧНОГО СПИНАЛЬНОГО СТЕНОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИМПЛАНТИРУЮЩИХ УСТРОЙСТВ

Микаилов С.Ю., Берснев В.П., Драгун В.М.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Берснев В.П.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель. Оценить клинические и радиологические результаты применения межостистых динамических имплантов и заднего поясничного межтелового спондилодеза при хирургическом лечении поясничного стеноза позвоночника.

Материалы и методы. В ретроспективном исследовании был проведен анализ 80 пациентов с дегенеративным поясничным стенозом в период с 2011 года по 2013 года. Из них 40 пациентов лечили с имплантацией межостистых устройств после декомпрессионной ламинэктомии и 40 пациентов лечились с помощью широкой декомпрессивной ламинэктомией, дополненным задним поясничным межтеловым спондилодезом. Оценивали динамику неврологического статуса, интенсивности болевого синдрома по 10-балльной шкале VAS, а также выраженность

нарушений функциональной активности пациентов по индексу Освестри (ODI). Рентгенологическим критерием оценки исследований была соотношение высоты диска (DH). Распределение пациентов обеих групп по уровням поражения: L4–L5 (37,5%), L5–S1 (51%), L3–L4 (3,4%), L4–L5, L5–S1 (7,9%).

Средний возраст группы динамических имплантов (46,2 года) был ниже среднего возраста группы поясничного межтелового спондилодеза (50,4 года).

Полученные материалы. Обе группы показали значительное клиническое улучшение баллов по VAS и ODI в течении двухлетнего наблюдения. До операции показатели индекса ODI в группе динамических имплантов варьировались от 48 до 68%, составляя в среднем 55%. Динамика значения индекса изменялась в зависимости от сроков послеоперационного периода: 24–25% в первый месяц с регрессом до 19–20% к двенадцати месяцам, и составляя 14% в сроки до двух лет после операции. В группе межтелового спондилодеза динамика ODI (55%–26%→18%→15% соответственно). Показатели VAS в группе динамических имплантов до операции (5,9±1,9) после 24 месяцев наблюдения (2,2±1,2), в группе межтелового спондилодеза (6,9±1,5) после 24 месяцев наблюдения (2,7±1,5). Установка межкостистых имплантирующих устройств уменьшает время оперативного вмешательства, послеоперационную потерю крови в отличие от межтелового спондилодеза. В группе межкостистых имплантов, соотношение высоты диска (DH) увеличилось в послеоперационном периоде (15,7±4,5% → 18,6±5,9%), а в группе заднего поясничного межтелового спондилодеза (DH) (14,7±4,5% → 15,6±5,9%).

Выводы. Динамическая фиксация показывает аналогичные клинические результаты по сравнению с задним поясничным межтеловым спондилодезом, но с биомеханической точки зрения применения межкостистых динамических устройств считается более физиологичной, поскольку сохраняет уровень подвижности позвоночных сегментов одновременно снижая нагрузку на задние отделы межпозвоночных дисков и межпозвоночные суставы. Главные особенности динамической фиксации: малая инвазивность, простота выполнения. Клинические результаты показали, что данная методика может широко применяться как для устранения, так и для профилактики. Нужно отметить, что эффективность межкостистых динамических устройств оценена в краткосрочном периоде наблюдения и требует дальнейшего анализа результатов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КИСЛОРОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРЕСТЕЗИЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА В ПРОЦЕССЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Михайлова В.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Цимбалистов А.В.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В настоящее время отсутствует единое мнение об этиологии и механизмах развития парестезии слизистой оболочки рта. Многие авторы отводят большую роль расстройству микроциркуляции с последующей тканевой гипоксией.

Цель. Оценка показателя эффективности кислородного обмена в области поражения ПСОР у пациентов на различных этапах ортопедического лечения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 39 пациентов в возрасте от 57 до 74 лет (63,8±1,0 года). Все пациенты нуждались в ортопедическом лечении в связи с наличием дефектов зубных рядов, сопровождающихся повышенной снижением межальвеолярного расстояния. Ранее пациенты прошли лечение у специалистов смежных специальностей, что не привело к стойкому клиническому эффекту.

Для диагностики транспорта кислорода в микроциркуляторном русле и его потребление тканью использовался показатель эффективности кислородного обмена (ЭКО), получаемый комплексным использованием нескольких методов (лазерной доплеровской флуометрии, оптической тканевой оксиметрии и лазерной флуоресцентной диагностики). Эффективность кислородного обмена определялся по формуле:

$ЭКО = M \times U \times \text{ПФК}$,

где М — среднее значение перфузии, U — индекс удельного потребления кислорода, ПФК — флуоресцентный показатель потребления кислорода ферментов, участвующих в дыхательной цепи.

Полученные результаты. В результате проведенного исследования обнаружено, что у пациентов с парестезией слизистой оболочки рта в области поражения показатель ЭКО снижен на 34% ($12,7 \pm 1,59$ отн. ед.) по сравнению с контралатеральной стороной ($19,2 \pm 0,69$ отн. ед.).

Ортопедическое лечение проводили в два этапа — определение центрального соотношения челюстей помощи съемных индивидуальных капп (с использованием аппаратов «АОЦО» и Freecorder® BlueFox) и протезирование постоянными конструкциями после уменьшения парестетических ощущений.

При обследовании пациентов через 3 месяца после использования капп выявлено достоверно значимое ($p < 0,001$) увеличение показателя ЭКО на 25,9% по сравнению с исходными данными в области поражения. При этом 33 пациента (84,6%) отметили уменьшение парестетических ощущений вплоть до полного исчезновения. Этой группе пациентов было проведено ортопедическое лечение постоянными конструкциями. У 6 пациентов (15,4%) интенсивность парестетических ощущений 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 слизистой оболочки рта имеются достоверные отличия на стороне поражения по сравнению с контралатеральной стороной, что выражается в снижении показателя эффективности кислородного обмена на 34%. При коррекции окклюзионных взаимоотношений наблюдается улучшение оксигенации вследствие оптимизации микроциркуляции в очаге поражения, что клинически проявляется уменьшением парестетических явлений. Это указывает на то, что тканевая гипоксия играет важную роль в патогенезе парестезии слизистой оболочки рта. Однако, учитывая, что данное заболевание является многофакторным с различными пусковыми механизмами, в ряде случаев (15,4%) для достижения стойкого положительного эффекта требуется консультация и лечения у врачей других специальностей.

ИССЛЕДОВАНИЕ СТЕРОИДНЫХ ПРОФИЛЕЙ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ МЕТОДАМИ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОЙ ЖИДКОСТНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ И ГАЗОВОЙ ХРОМАТО-МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С АДРЕНОКОРТИКАЛЬНЫМ РАКОМ

*Объедкова Е.В., Стрельникова Е.Г., Кривохижина Н.С., Шафизуллина З.Р., Великанова Л.И.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова*

Цель. Исследовать стероидные профили биологических жидкостей методами высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) и газовой хромато-масс-спектрометрии (ГХМС) у больных с образованиями коры надпочечников (КН) и разработать биохимические критерии аденокортикального рака (АКР) и дефектов адреналового стероидогенеза.

Материалы и методы. Обследовано 107 больных с образованиями КН, из которых у 19 пациентов диагностирован АКР на основании гистологического анализа послеоперационного материала. 20 здоровых лиц составили контрольную группу. Методом ВЭЖХ определяли в крови кортизол (F), кортизон (E), 21-дезоксикортизол (21-DF), кортикостерон (B), 18-гидроксикортикостерон (18-OHB), 11-дегидроксикортикостерон (A), 11-дезоксикортизол (S), 11-дезоксикортикостерон (DOC) и экскрецию с мочой свободного кортизола (UFF), свободного кортизона (UFE), 6 β -гидроксикортизола (6 β -OHF), 18-гидроксикортикостерона (U18-OHB). Стероидные профили мочи (СПМ) исследовали методом ГХМС (60 стероидов) в ресурсном центре «Методы анализа состава веществ» СПбГУ. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программной системы STATISTICA for WINDOWS (версия 7). Применен непараметрический критерий Манна-Уитни.

Полученные результаты. В результате исследования стероидных профилей методом ВЭЖХ у больных АКР установлено увеличение уровней F и 18-OHB в крови, UFF, UFE и U18-OHB,

методом ГХМС установлено повышение экскреции с мочой этиохоланолонa (Et), дегидроэпиандростерона (DEA), 17 β -ОН-андростендиола (17 β -ОНdA2), 16-ОНДЭА, андростенриола (dA3), THE, THF, THS, гексагидро-11-дезоксикортизола (HNS), THDOC, THB, гексагидрокортикостерона (HNB), прегнандиола, прегнантриола, прегнендиола (dP2), прегненриола (dP3), 3 α ,16ОНdP2, прегнантриолона (P3-on), получены соотношения 3 α ,16ОНdP2/3 β ,16ОНdP2<6,0 и 3 α dP3/3 β dP3<10, которые являются основными признаками АКР. У больных АКР обнаружены стероиды, не детектируемые у пациентов с аденокортикальной аденомой: 16-ОН-прегненолон, 21-ОН-прегненолон, 21-ОН-прегнендиол, 3 β ,16ОНdP2, 3 β dP3. У 6 больных злокачественной кортикостеромой (форма 1) отмечено снижение андрогенной и повышение глюкокортикоидной и минералокортикоидной функции КН, увеличение метаболитов прегненов. Были получены следующие дополнительные критерии по данным ВЭЖХ: повышение в крови S (>20 нг/мл), В (>6,5 нг/мл), DOC (>3 нг/мл) и 18-ОНВ (>5 нг/мл), U18-ОНВ (>50 мкг/24 ч), (UFF+UFE)>600 мкг/24 ч и 6 β -ОНФ (>600 мкг/24 ч). Методом ГХМС отмечено повышение экскреции с мочой THS (>700 мкг/24ч), THB (>500 мкг/24 ч), THDOC (>150 мкг/24 ч) и (THE+THF+alloTHF)>10000 мкг/24 ч, снижение экскреции с мочой DEA. У 8 больных с АКР (форма 2) отмечено увеличение экскреции с мочой THS (>450 мкг/24ч), Et (>3000 мкг/24 ч), DEA (>2000 мкг/24 ч), 17 β -ОНdA2 (>1000) и dA3 (>1500 мкг/24 ч). У 5 пациентов с АКР (форма 3) отмечено повышение экскреции с мочой метаболитов глюкокортикоидов, минералокортикоидов и андрогенов. У пациентов с АКР установлено снижение активности 21-гидроксилазы на основании увеличения уровня 21-DF в крови (9,3 $\pm$ 3,5 нг/мл, p<0,01), экскреции с мочой TH-21DF (947 $\pm$ 305 мкг/24ч, p<0,001) и P3-on (330 $\pm$ 82 мкг/24ч, p<0,0001), уменьшения соотношения (THF+allo-THF+THE)/P3-on (<50). Снижение соотношения (THF+alloTHF+THE)/THS (9,5 $\pm$ 2,3, p<0,0001), увеличение экскреции с мочой THS (>500 мкг/24ч) и HNS (>200 мкг/24 ч) свидетельствовали о недостаточности 11 β -гидроксилазы, уменьшение соотношений An/Et (0,4 $\pm$ 0,1, p<0,0001) и allo-THF/THF (0,4 $\pm$ 0,1, p<0,0001) свидетельствовали о недостаточности 5 α -редуктазы у больных с АКР.

Выводы. По данным ВЭЖХ и газовой хромато-масс-спектрометрии получены биохимические критерии 3 форм аденокортикального рака, основными признаками которых были увеличение экскреции с мочой метаболитов прегненов, повышение андрогенной, глюкокортикоидной и минералокортикоидной функции коры надпочечников, соотношения 3 α ,16ОНdP2/3 β ,16ОНdP2 меньше 6,0 и/или 3 α dP3/3 β dP3 меньше 10, недостаточность 21-гидроксилазы, 11 β -гидроксилазы и 5 α -редуктазы.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ГРИБОВ РОДА *TRICHOPHYTON* ПО ГЕНОМНЫМ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЯМ

Пчелин И.М., Руднева М.В., Чилина Г.А., Тараскина А.Е.

Научный руководитель: к.б.н. Тараскина А.Е.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Около четверти человеческой популяции имеет кожную микотическую инфекцию, и в большей части случаев она обусловлена присутствием дерматомицетов. Плесени видов *Trichophyton rubrum* и *T. mentagrophytes sensu lato* являются основными возбудителями микозов стоп в России, включая онихомикозы. Также представители рода *Trichophyton* занимают важное место среди возбудителей микозов гладкой кожи и волосистой части головы. Определение вида представителей рода *Trichophyton* имеет большое значение для эпидемиологических исследований, а также с точки зрения этики (точное определение биологической природы возбудителя заболевания). Наиболее надёжный и точный метод определения видовой принадлежности грибов основан на секвенировании региона ITS генов рРНК с последующим выравниванием полученной последовательности с последовательностями из баз данных, но непосредственное применение даже такого подхода не всегда гарантирует безошибочное определение. Трудности видовой идентификации *Trichophyton* spp. — актуальная тема современных молекулярно-биологических исследований.

Цель. Поиск оптимального подхода к анализу и интерпретации данных, полученных при секвенировании ITS региона дерматомицетов рода *Trichophyton*.

Материалы и методы. В работу были включены 40 штаммов *Trichophyton* spp. из Всероссийской коллекции патогенных грибов. Видовая идентификация основывалась на определении нуклеотидной последовательности региона ITS, с использованием праймеров ITS5: gga-agt-aaa-agt-cgt-aac-aag-g и ITS4: tcc-tcc-gct-tat-tga-tat-gc. Определение последовательности ДНК выполнялось по методу Сэнгера на секвенаторе ABI Prizm 3500 (Applied Biosystems, США). В анализ были взяты 415 нуклеотидов, кодирующих фрагмент транскрибируемого спейсера ITS1, ген 5.8S рибосомной РНК и фрагмент спейсера ITS2.

Полученные результаты. Наибольшую сложность для видовой идентификации представлял комплекс видов *T. mentagrophytes* в связи с недавними изменениями в номенклатуре и слабой генетической дивергенцией. Разработанный подход в себя включает следующие этапы: для «простых» случаев, за пределами данного комплекса, как правило, достаточно сравнения полученной последовательности региона ITS с референсными последовательностями, через использование сервисов выравнивания, расположенных на сайтах баз данных ISHAM <http://its.mycologylab.org>, UNITE <https://unite.ut.ee/analysis.php> и CBS <http://www.cbs.knaw.nl/Collections/BioLMICSSequences.aspx>. В случаях, когда при помощи сервиса выравнивания не удается получить однозначный ответ, необходимо прибегать к самостоятельной сборке выравнивания, например, в программе SeaView с типовыми последовательностями. Наиболее полный список типовых последовательностей региона ITS дерматомицетов представлен в статье Gräser и соавт. The new species concept in dermatophytes — a polyphasic approach // Mycopathologia. — 2008. — Vol. 166. — P. 239–256. Наибольшее значение для определения трихофитонов, изолируемых в С.-Петербурге, имеют последовательности *T. tonsurans* EF043270; *T. interdigitale* (антропофильный вариант) AF168124, AF506033; *T. interdigitale* (зоофильный) AY062119, AF506034, AF170452 и AB246678; *T. mentagrophytes sensu stricto* (= *T. quinckeanum*) Z97995; *T. benhamiae* Z98016; *T. rubrum* Z97993; *T. violaceum* AJ270811.

Выводы. При проведении рутинного определения вида дерматомицетов через секвенирование ДНК следует пользоваться специализированными базами данных. В сложных случаях можно прибегать к более чувствительному филогенетическому анализу, который, однако, требует больших временных затрат и знания специальной литературы.

КОРРЕЛЯЦИЯ Д-ДИМЕРА И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЭЛА

Половинчикова И.Д.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Парцерняк С.А.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

ТЭЛА — это жизнеугрожающее состояние, которое требует немедленной диагностики и лечения. Среди всех инструментально — лабораторных методов выявления ТЭЛА немаловажным является определение Д-Димера, как показателя наличия тромбоза. В настоящий момент не известно есть ли прямая корреляция величины показателя Д-димера и клиники ТЭЛА.

Цель. Определение корреляции Д-димера при диагнозе ТЭЛА и клинических проявления.

Методы исследования: анализ данных историй болезней и протоколов вскрытия, умерших от ТЭЛА или других причин с известным уровнем Д-димера.

Материалы и методы. Были проанализированы 18 медицинских карт стационарного больного и протоколов вскрытия. Распределение по полу: мужчин было 11, женщин — 7. Возраст 78±12 лет. Детально проанализированы особенности анамнеза, клинических проявлений, в частности, свидетельствующие о высокой клинической вероятности ТЭЛА (тахикардия, одышка, артериальная гипотензия, боль за грудиной, кашель кровохаркание, слабость).

Результаты Получены следующие данные: одышка была у 83% больных, тахикардия в сочетании с гипотензией у 22%, боль за грудиной 17%, слабость у 44%, кашель —

11%, тахикардия у 50%, кровохаркание у 6%. С помощью пересмотренной женевской шкалы (G. le Gal с соавт.) была оценена клиническая вероятность развития ТЭЛА: у 4 пациентов низкий, средний у 11, высокий риск развития у 3. проведен корреляционный анализ между клиническим проявлением ТЭЛА и величиной Д-димера. Также, в зависимости от наличия ТЭЛА (при аутопсии) все больные были разделены на две группы:

1) 9 пациентов (50%) — люди с установленным диагнозом ТЭЛА, повышением Д-димера;

2) 9 пациентов (50%) с уровнем Д-димера, но при аутопсии ТЭЛА не выявлена.

Средний возраст в первой группе составил 66 ± 5 лет, во второй группе — 72 ± 7 лет. Средняя величина Д-димера по группам оставила 2542 и 1769 при пороговом значении 232. В этих группах был проанализирован анамнез, клинические проявления (тахикардия, одышка, артериальная гипотензия, боль за грудиной). Были получены следующие данные: одышка была у 80% больных с ТЭЛА и у 67(%) больных без ТЭЛА; тахикардия в сочетании с гипотензией у 60% у пациентов с ТЭЛА и 0% без; боль за грудиной 20% у больных с ТЭЛА и у 0% у пациентов без ТЭЛА.

Выводы. По результатам анализа медицинских карт стационарного больного с поставленным клиническим диагнозом ТЭЛА прямой корреляции между величиной Д-димера и степенью выраженности клиники ТЭЛА нет, по результатам аутопсий обнаружена гипердиагностика ТЭЛА.

УРОВЕНЬ ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ 21 (FGF-21) ПРИ ПОЛИМОРБИДНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Процай Г.А., Афлитонов М.А., Парцерняк А.С., Парцерняк С.А., Ворохобина Н.В.
Научные руководители: д.м.н., проф. *Парцерняк С.А.*, д.м.н., проф. *Ворохобина Н.В.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В России в последние годы отмечается резкое «омоложение» сосудистых катастроф (инфарктов миокарда, инсультов) у мужчин, при этом часто отмечается сочетание патологии сердечно-сосудистой системы, инсулинорезистентности и (или) сахарного диабета 2 типа, что приводит к синдрому взаимного отягощения и ухудшает прогноз. Фактор роста фибробластов 21 (FGF21) представляет собой новый метаболический гормон, обладающий благоприятными метаболическими эффектами на углеводный и на липидный обмен, показывает гипогликемические и гиполипидемические свойства.

Цель. Охарактеризовать содержание фактора роста фибробластов 21 (FGF-21) при полиморбидной сердечно-сосудистой патологии (ПССП) как проявлении преждевременного старения у лиц мужского пола молодого и среднего возраста.

Материалы и методы. Обследовано 40 пациентов мужского пола с ишемической болезнью сердца (ИБС), метаболическим синдромом (МС) в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ) II — III стадии (средний возраст $37,11 \pm 6,93$ г., ОТ= $97,16 \pm 6,86$ см, ИМТ= $31,36 \pm 2,22$ кг/м²) и 10 условно здоровых добровольцев (мужчины, средний возраст $37,5 \pm 7,95$ г., ОТ= $82,67 \pm 5,33$ см, ИМТ= $22,82 \pm 1,85$ кг/м²). Все пациенты были разделены на 4 группы: 1 группа — условно здоровые мужчины среднего возраста (10 человек), 2 группа — мужчины среднего возраста с ПССП (15 человек), 3 группа — мужчины среднего возраста с ПССП и тревогой (13 человек), 4 группа — мужчины среднего возраста с ПССП и депрессией (12 человек). Определение концентрации FGF21 проводилось методом ИФА с помощью наборов BCM Diagnostics SK00145–01 (BCM Diagnostics, США). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программ Microsoft Excel 2003, Statsoft Statistica 8.0.

Полученные результаты. Средний уровень FGF21 в сыворотке в 3 раза выше у больных в группах МС, ИБС, ГБ II-III стадии без или с тревогой или депрессией (2–4 группы) ($269,02 \pm 27,4$ нг/л) по сравнению с группой контроля ($94,87 \pm 12,3$ нг/л) ($p < 0,001$). Во 2 группе средний уровень FGF21 в сыворотке составляет $224,02 \pm 15,3$ нг/л. В 3 группе данный показатель в

сыворотке составляет $350,54 \pm 25,3$ нг/л. В 4 группе средний уровень FGF21 в сыворотке составляет $756,1 \pm 38,7$ нг/л.

Выводы.

1. Наблюдается трехкратное повышение уровня FGF21 при полиморбидной сердечно-сосудистой патологии без тревоги или с тревогой и/или по сравнению со здоровыми лицами.
2. Отмечается тенденция к повышению FGF21 при присоединении тревоги, а тем более депрессии.
3. FGF21 может служить маркером верификации полиморбидной сердечно-сосудистой патологии как проявления преждевременного старения у лиц мужского пола молодого и среднего возраста.

ФАКТОР РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ 21 (FGF-21) И ДИСЛИПИДЕМИЯ У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ПОЛИМОРБИДНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Процой Г.А., Афитонов М.А., Парцерняк А.С., Парцерняк С.А., Ворохобина Н.В.
Научные руководители: д.м.н., проф. *Парцерняк С.А.*, д.м.н., проф. *Ворохобина Н.В.*
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Ишемическая болезнь сердца является основной причиной смерти населения большинства стран Европы, в том числе и России. Дислипидемия является доказанным независимым фактором риска атеросклероза, являющегося наиболее частой причиной сердечно-сосудистых заболеваний, в то время как роль фактора роста фибробластов 21 (FGF-21) до конца не изучена.

Цель. Оценить корреляцию фактора роста фибробластов 21 (FGF-21) и липидного спектра у лиц мужского пола молодого и среднего возраста при полиморбидной сердечно-сосудистой патологии как проявлении преждевременного старения.

Материалы и методы. Обследовано 40 пациентов мужского пола с ишемической болезнью сердца (ИБС), метаболическим синдромом (МС) в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ) II–III стадии (средний возраст $37,11 \pm 6,93$ г., ОТ = $97,16 \pm 6,86$ см, ИМТ = $31,36 \pm 2,22$ кг/м²) и 10 условно здоровых добровольцев (мужчины, средний возраст $37,5 \pm 7,95$ г., ОТ = $82,67 \pm 5,33$ см, ИМТ = $22,82 \pm 1,85$ кг/м²). Все пациенты были разделены на 4 группы: 1 группа — условно здоровые мужчины среднего возраста (10 человек), 2 группа — мужчины среднего возраста с ПССП (15 человек), 3 группа — мужчины среднего возраста с ПССП и тревогой (13 человек), 4 группа — мужчины среднего возраста с ПССП и депрессией (12 человек). В работе оценивали показатели липидного обмена (Апо А, Апо В, Апо С II, Апо С III, Холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ТГ) и углеводного обмена (глюкоза плазмы натощак). Определение концентрации FGF21 проводилось методом ИФА с помощью наборов BCM Diagnostics SK00145–01 (BCM Diagnostics, США). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программ Microsoft Excel 2003, Statsoft Statistica 8.0.

Полученные результаты. У всех в группе с МС, ИБС, ГБ II–III стадии без или с тревогой или депрессией (2–4 группы) наблюдается снижение АпоА-I = $159,76 \pm 15,6$ мг/дл по сравнению с группой контроля ($184,3 \pm 19,3$ мг/дл) ($p < 0,001$) и АпоС-II = $10,02 \pm 3,7$ мг/дл по сравнению с группой контроля ($41,1 \pm 9,5$ мг/дл) ($p < 0,001$). Кроме того, в той же группе выявлено повышение АпоВ = $119,62 \pm 18,1$ мг/дл по сравнению с группой контроля ($96,9 \pm 11,8$ мг/дл) ($p < 0,001$) и АпоС-III = $10,86 \pm 4,2$ мг/дл по сравнению с группой контроля ($3,9 \pm 1,1$ мг/дл) ($p < 0,001$). Наблюдается повышение соотношения АпоВ/АпоА-I = $0,74 \pm 0,19$ против $0,53 \pm 0,12$ ($p < 0,001$). Были выявлены положительные корреляции уровней сывороточных FGF21 с АпоС-III ($r = 0,344$, $p < 0,05$), ОХС ($r = 0,255$, $p < 0,05$) и ХС-ЛПНП ($r = 0,157$, $p < 0,05$), триглицеридами ($r = 0,125$, $p < 0,05$) и АпоС-II ($r = 0,108$, $p < 0,05$). Тем не менее, не было выявлено значимых корреляций сывороточных уровней FGF21 с АпоА-I, АпоВ, ХС-ЛПВП, уровнями глюкозы натощак у наших объектов исследования.

Выводы.

1. Выявлено снижение неатерогенных (АпоА-I на 13,3% и АпоС-II в 4 раза) и повышение атерогенных (АпоВ на 19% и АпоС-III в 3 раза) липопротеинов при полиморбидной сердечно-сосудистой патологии без или с тревожной и/или депрессией.
2. Наблюдается повышение соотношения АпоВ/АпоА-I на 28,4%.
3. Уровень FGF21 в сыворотке положительно коррелирует с уровнями АпоС-III, ОХС и ХС-ЛПНП, триглицеридами и АпоС-II.
4. Уровень FGF21 в сыворотке коррелирует со степенью тяжести дислипидемии у лиц мужского пола молодого и среднего возраста при полиморбидной сердечно-сосудистой патологии как проявлении преждевременного старения.

ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ТРАНСПОРТЕРА СЕРТОНИНА SLC6A4 У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ДИАРЕИ

Пушкина А.В., Авалуева Е.Б., Иванов С.В., Топанова А.А., Мурзина А.А., Белоусова Л.Н.

Научные руководители: д.м.н., проф. Авалуева Е.Б., д.м.н., проф. Данилова И.А.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель. Оценка генетического полиморфизма 5-HTTLPR (гена транспортера серотонина) SLC6A4 у пациентов с СРК с преобладанием диареи (СРК-Д).

Материалы и методы. 30 пациентов с диагнозом СРК-Д (возраст $38,0 \pm 10,2$ лет). Определение полиморфизма гена транспортера серотонина SLC6A4 осуществлялось в образцах ДНК выделенных из лейкоцитов крови с помощью наборов «ГС-Генетика» («ДНК-технология»). ПЦР осуществляли с помощью двухпраймерной системы (праймеры синтезированы в НПФ «Бигль»). Наличие полиморфизма, обуславливающего выпадение 44 п. о., визуализируется в проходящем ультрафиолетовом свете как фрагменты ПЦР разной длины: 529 («l» аллель) и 485 («s» аллель) п. о. По полиморфизму 5-HTTLPR гена SLC6A4 определяли следующие генотипы: гомозиготный генотип по нормальному аллелю (wild type), гомозиготный генотип (mutant type) и гетерозиготный генотип.

Полученные результаты. При анализе генотипов по полиморфизму 5-HTTLPR гена SLC6A4 установлено, что у 9 пациентов (30%) имел место гомозиготный генотип по нормальному аллелю, у 7 (23%) пациентов — гомозиготный генотип по мутантному аллелю, а у 14 (47 %) пациентов — гетерозиготный генотип.

Таким образом, у 70% из числа наблюдаемых пациентов с Д-СРК определялось наличие короткого аллеля локуса 5-HTTLPR, связанное со снижением обратного захвата серотонина.

Выводы. У включенных в исследование пациентов с СРК-Д наблюдается значимое преобладание генотипа с носительством короткого аллеля локуса 5-HTTLPR, на основании чего возможно предположить связь между полиморфизмом гена транспортера серотонина SLC6A4 и генетической предрасположенностью к СРК-Д.

Необходимо дальнейшее изучение генных мутаций, в частности полиморфизма 5-HTTLPR гена SLC6A4, для определения их роли в формировании СРК и возможной коррекции в перспективе.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПЕРЕД ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ

Рекель К.В., Михайлов В.В., Батраков А.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Семенов М.Г.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

При выраженной атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти в области моляров и премоляров при их отсутствии часто выявляется недостаток альвеолярной кости по высоте, что обусловлено пневматическим воздействием со стороны верхнечелюстной пазухи. Зачастую

необходимо воссоздание костной ткани в этой области для проведения дентальной имплантации и последующей ортопедической реабилитации пациентов. Общеизвестной процедурой увеличения высоты костной ткани в области альвеолярной бухты верхнечелюстных пазух является синуслифтинг (или поднятие дна верхнечелюстной пазухи). Основным механизмом, позволяющий костной ткани регенерировать, связан с остеоиндуктивными свойствами сохранившейся кости альвеолярного отростка. В качестве костно-пластического материала при синуслифтинге могут применяться следующие материалы: аллогенный материал (заранее заготовленная кадаверная кость), ксеногенный материал (бычья, свиная или лошадиная кость), синтетические материалы (различные формы и комбинации трикальцийфосфата и гидроксиапатита), материал биологического происхождения (матрикс, полученный из кораллов), а также аутологичная костная ткань. При значительной атрофии (от 1 до 3 мм) остеоиндуктивные свойства сохранившейся костной ткани крайне малы. Это, в свою очередь, приводит к несостоятельности костного регенерата. Ввиду этого возникает необходимость стимуляции регенеративных процессов в костно-пластическом трансплантате (имплантате), способствующих созреванию костной ткани.

Цель. Улучшение результатов костно-реконструктивных операций при атрофии альвеолярной кости челюсти перед дентальной имплантацией.

Материалы и методы. В нашей работе мы выделили две группы пациентов: пациенты с односторонней выраженной атрофией альвеолярного отростка и двусторонним процессом. Во второй группе определили две подгруппы в зависимости от комбинации материалов, применяемых при костной пластике. Наличие двустороннего проявления атрофии у пациентов второй группы дает нам возможность сравнения результатов костной пластики на примере каждого пациента этой группы.

В стадии изучения находятся гистограммы 75 пациентов (25 в первой группе и 50 во второй), с целью сравнения созревания костного регенерата через 6 месяцев от момента проведения операции. В одной из подгрупп второй группы с целью улучшения качества созреваемого регенерата мы используем комбинацию костно-пластического материала, собственной кости пациента и клеток-предшественников остеогенеза, полученных от пациента, в другой подгруппе — различные известные комбинации материалов.

На данном этапе получены предварительные результаты, указывающие на образование более качественного костного регенерата в области альвеолярного отростка верхней челюсти при применении аутологичных клеток-предшественников в комбинации с традиционными костно-пластическими материалами.

Выводы. Методом выбора при костной пластике перед дентальной имплантацией при выраженной атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти может являться метод открытого синуслифтинга с использованием комплексного материала, состоящего из аутокости пациента, аллогенного материала и собственных клеток-предшественников остеогенеза пациента. Эта работа может дать новые знания для врачей, выполняющих костно-пластические операции в полости рта и челюстно-лицевой области.

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ МУЛЬТИЛОКУСНОГО СЕКВЕНИРОВАНИЯ МИКРОМИЦЕТОВ РОДА *STACHYBOTRYS*

Руднева М.В., Лавникович Д.М., Доршакова Е.В., Игнатьева С.М., Тараскина А.Е.

Научный руководитель: к.б.н. *Тараскина А.Е.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Грибы рода *Stachybotrys* относят к наиболее опасным токсинообразующим микромицетам-биодеструкторам с доказанными межштаммовыми вариациями в продуцировании микотоксинов. Многие авторы отмечают, что на основании изучения нуклеотидных последовательностей грибов можно предсказать их токсигенные свойства. Наибольшей вариабельностью у стахиботрисов обладают гены триходиенсинтазы (белка, участвующего в метаболизме микотоксинов) и хитинсинтазы (энзима, отвечающего за образование клеточной стенки).

Цель. Проведение внутривидового типирования на основе мультилокусного секвенирования для выделения генетически обусловленных токсигенных и нетоксигенных штаммов *Stachybotrys* spp.

Материалы и методы. В исследование было включено 16 штаммов *Stachybotrys* spp., биохимически протестированных на продуцирование микотоксинов. ДНК выделяли из десятидневных культур *Stachybotrys* spp. по методу СТАВ. Амплификацию гена триходиепсинтазы проводили по участкам Tri5 и STOХ, гена хитинсинтазы — по участку Chs. Секвенирование выполнялось по методу Энджера на генетическом анализаторе ABI Prizm 3500. В программе MEGA 5.2 проводилось множественное выравнивание нуклеотидных последовательностей и оценивалась их филогенетическая идентичность, основанная на числе пар общих оснований (метод UPGMA).

Полученные результаты. Подобрана оптимальная программа амплификации стахиботрисов для локусов Tri5, STOХ и Chs. Показано, что ПЦР идет наиболее эффективно при температуре отжига 520С, с количеством ДНК 0,5 нг на реакцию. Биохимическим методом выявлено 10 высокотоксичных штаммов, продуцирующих микотоксины в высоких концентрациях, и 6 штаммов средней токсичности. Во всех исследуемых образцах выявлялся ген триходиепсинтазы, что показывает токсичность образцов. Построены филогенетические дендрограммы, отражающие степень сходства между штаммами. Анализ дендрограмм позволяет выделить несколько групп штаммов с близкими нуклеотидными последовательностями, которые сходны также по количеству продуцируемых микотоксинов.

Выводы. Метод мультилокусного секвенирования может применяться для оценки токсигенных свойств *Stachybotrys* spp.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ МОТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ДИАРЕЙНОМ СИНДРОМЕ

Сабуева Д.Г.

Научный руководитель: Соловьева Е.А.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Согласно определению ВОЗ под диарейным синдромом понимают наличие неоформленного или жидкого стула от трех и более раз в сутки. По данным литературы выделяют следующие типы диареи в зависимости от механизма ее возникновения: секреторную, осмотическую, гиперкинетическую (Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В., 2007). Причинами любого из этих типов нарушений стула могут являться как органические, так и функциональные изменения на уровне тонкой или толстой кишки. Вне зависимости от триггерного фактора возникновения диарейного синдрома в нижних отделах кишечника возникают изменения двигательной активности, обусловленные нарушением физиологического пассажа содержимого по пищеварительной трубке.

Цель. Оценить особенности клинической картины и функциональное состояние толстой кишки и у пациентов с диарейным синдромом различной этиологии.

Материалы и методы. Обследовано 47 пациентов с диареей со следующими диагнозами: СРК с диареей — 38 человек (81%), язвенный колит — 5 человек (10,5%), СРК — 2 человека (4,25%), целиакия — 1 человек (2,13%), гастродуоденит — 1 человек (2,13%).

Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,35 соответственно. Средний возраст обследованных составляет 43 года $\pm$ 17 лет (от 19 до 77 лет). С целью оценки функционального состояния нижних отделов органов пищеварения проводилась периферическая электрогастроэнтерография (пЭГЭГ) на гастроэнтеромониторе «Гастроскан ГЭМ» НПО «Исток-Система», согласно разработанной методике. Для оценки клинической картины проводился активный распрос жалоб и анкетирование всех пациентов.

Полученные результаты. По результатам пЭГЭГ на частоте толстой кишки пациенты были разделены на 3 группы: I — с избыточным приростом К ритмичности после пищевой нагрузки $>50\%$ (15 человек), II — с недостаточным приростом К ритмичности после пищевой нагрузки

<30% (25 человек), III — с приростом К ритмичности в пределах нормативных значений (7 человек). Сравнительный анализ проводился между I и II группами. У пациентов I группы наиболее часто в клинической картине встречались: урчание в животе — у 10 человек (66,7%), тяжесть в эпигастрии — у 7 человек (46,7%), боли в околопупочной области — у 6 человек (40,0%), метеоризм — у 6 человек (40,0%), боли в эпигастрии — у 4 человек (26,7%), изжога — у 4 человек (26,7%), отрыжка — у 4 человек (26,7%), боли в левой подвздошной области — у 4 человек (26,7%). У пациентов II группы преобладали такие жалобы, как метеоризм — у 10 человек (40,0%), урчание — у 11 человек (44,0%), тяжесть в эпигастрии — у 6 человек (24,0%), боли в околопупочной области — у 6 человек (24,0%), боли в эпигастрии — у 5 человек (20,0%), боли в левой подвздошной области — у 20,0%), также у 4 человек (16,0%) отмечалось смена диареи констипацией. На фоне имеющихся отклонений показателей ритмичности у обследованных, различия значений тонической активности на частоте толстой кишки были статистически не значимы. Распределение типа стула по Бристольской шкале у пациентов I группы: «5» тип — 20%, «6» тип — 26,7%, «7» тип — 53,3%; у пациентов II группы: «4» тип — 48%, «5» тип — 32%, «6» и «7» типы — 20%.

Выводы. Для пациентов с диарейным синдромом характерны двигательные расстройства толстой кишки по гиперкинетическому и гипокINETическому типам, что обуславливает особенности клинического проявления заболевания и характер стула. Согласно полученным данным для пациентов I группы характерна более выраженная клиническая симптоматика с преобладанием повышенного газообразования и болевого абдоминального синдрома.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ЭТАПАХ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО И СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Самсонова Т.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Лучкевич В.С.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Проблема надлежащего качества оказания медицинской помощи в настоящее время приобрела особую актуальность для здравоохранения и населения Российской Федерации в целом. Система оценки качества медицинской помощи должна включать показатели удовлетворенности больного медицинскими услугами, так как оценка данных показателей является одним из основных критериев качества медицинской помощи. Высокий уровень инвалидизации и летальности среди больных хронической обструктивной болезнью легких определяют необходимость разработки клинко-организационных мероприятий, направленных на совершенствование системы раннего выявления и эффективности лечения хронических заболеваний легких.

Цель. Оценка удовлетворенности качеством медицинской помощи пациентов с хронической обструктивной болезнью легких на этапах стационарного и поликлинического лечения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие пациенты с хронической обструктивной болезнью легких, проходящих обследование и лечение в пульмонологическом отделении многопрофильной больницы. Исследование проводилось по специально разработанной программе клинко-статистического и медико-социального изучения эффективности лечения и качества жизни при заболеваниях органов дыхания.

Полученные результаты. В исследовании приняло участие 369 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Наибольший удельный вес среди обследованных пациентов составляют женщины (60,9%) с преобладанием возрастной группы старше 60 лет (63,3%). Основная часть пролеченных (73,9%) пациентов полностью удовлетворена доступностью, качеством и эффективностью стационарного лечения в специализированном пульмонологическом стационаре многопрофильной больницы. Выявлен высокий удельный вес (39,0%) пролеченных больных, которые регулярно обращались за дополнительными медицинскими услугами, консультацией и лечением в коммерческих медицинских центрах, так как не были достаточно удовлетворены медицинским обслуживанием на поликлиническом

этапе лечения. Более половины обследованных пациентов (62,3%) оценивают уровень общегородской системы медицинского обслуживания больных с хроническими заболеваниями органов дыхания как удовлетворительный, 21,1% городских жителей оценивают хорошо и 16,5% больных совершенно не удовлетворены объемом, качеством и эффективностью лечения. Значительная часть (29,3%) стационарных больных с заболеваниями органов дыхания не получали оздоровительных и лечебно-восстановительных процедур в медицинских учреждениях на этапах диагностики и поликлинического лечения, а 23,6% пациентов получали эти процедуры только по направлению врачей поликлиники с целью уменьшения воспалительного процесса и болевых проявлений. Исследование показало, что 45,8% больных не проходили профилактический осмотр до установления первичного диагноза, а 65,5% больных не состояли на диспансерном учете по поводу заболеваний органов дыхания по месту жительства.

Выводы. На догоспитальном этапе лечения заболеваний органов дыхания важнейшим является раннее выявление донозологических состояний, повышение уровня медицинской информированности и медицинской активности, устранение факторов риска различных видов функционирования. На этапах стационарного лечения больных наряду с клиническими методами необходима психологическая коррекция, повышение уровня удовлетворенности полнотой и кратностью клиничко-диагностических мероприятий, качества и эффективности лечения.

ОСОБЕННОСТИ АСТЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С МАНИФЕСТНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Синицына Ю.В.

Научные руководители: д.м.н. проф. *Котова С.М.*, д.м.н., проф. *Точилев В.А.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Астения — психопатологическое расстройство, сопровождающееся повышенной физической и/или психической утомляемостью и сниженной активностью. 64% пациентов, обращающихся к врачам различных специальностей, предъявляют жалобы астенического характера. Согласно литературным данным, психические нарушения при гипотиреозе варьируют от легкой астении до невротического синдрома. Гендерный анализ показывает, что женщины более склонны к развитию астении. Астения при гипотиреозе отличается многообразием клинических проявлений. Таким образом, изучение данной проблемы имеет клиничко-диагностическое, профилактическое и терапевтическое значение.

Цель. Охарактеризовать структуру и частоту встречаемости астении при манифестном гипотиреозе.

Материалы и методы. Обследована 71 женщина с манифестным некомпенсированным гипотиреозом. У всех пациенток причиной гипотиреоза явился аутоиммунный тиреоидит. Средний уровень ТТГ был равен $10,0 \pm 6,2$ мМЕд/мл, свТ4 — $10,1 \pm 1,1$ пмоль/л. Обследуемые были разделены на 2 группы с учетом возраста: 1-я (32 человека) — лица молодого возраста (18–44 года), 2-я (39 человек) — лица среднего возраста (45–59 лет). Группы были сопоставимы по уровню ТТГ и свТ4. Средний возраст в 1-й группе составлял $33,3 \pm 6,6$ года, во 2-й — $55,6 \pm 4,2$ года. Для изучения распространенности и структуры астении использовалась «Шкала оценки астении MFI-20» (The Multidimensional Fatigue Inventore), состоящая из 5 шкал: общая астения, пониженная активность, снижение мотивации, физическая и психическая астения. В норме суммарный балл не превышает 30, наличие суммы баллов больше 12 по любой из шкал может служить основанием для диагностики астенического синдрома. Статистическая обработка производилась с помощью пакета Statistica 6.0 и Microsoft Excel 2003. Для оценки значимости различий данных в несвязанных группах использовались двухвыборочный критерий Стьюдента. При статистической оценке данных критический уровень значений различий был равен $p < 0,05$.

Полученные результаты. В 1-й группе признаки астении были выявлены у 96,9% пациенток, во 2-й — у 94,9%. Показатели астении во 2-й группе были статистически значимо выше, чем в 1-й ($p < 0,01$): $58,6 \pm 17,6$ и $50,8 \pm 14,9$ соответственно. Сумма баллов по каждой из подшкал также была достоверно выше во 2-й группе по сравнению с 1-й (таблица).

Таблица

Структура астенического синдрома у пациентов с гипотиреозом

Признак	1-я группа	2-я группа	p
Общая астения	13,0±3,7	14,9±4,3	0,044
Пониженная активность	10,0±3,8	14,0±4,0	<0,01
Снижение мотивации	8,3±2,9	10,4±3,3	<0,01
Физическая астения	10,6±3,1	14,8±4,5	<0,01
Психическая астения	9,0±4,0	10,9±4,1	0,048

При анализе результатов была выявлена прямая умеренная корреляционная связь выраженности астении с возрастом ($r = 0,3$; $p = 0,012$) и уровнем ТТГ ($r = 0,4$; $p < 0,01$) и обратная умеренная корреляционная связь с уровнем свТ4 ($r = -0,39$; $p < 0,01$).

Выводы. Проанализировав представленные данные, можно сделать вывод, что для пациентов с гипотиреозом как молодого, так и среднего возраста, характерно развитие астенического синдрома (>94% случаев). Однако астения у лиц молодого возраста выражена слабее, и представлена, в основном, общей астенией, тогда как у лиц среднего возраста одинаково выражена общая астения, пониженная активность и физическая астения. По шкале «сниженная мотивация» астенические нарушения практически отсутствуют. Тяжесть астении прямо пропорциональна значению ТТГ и обратно пропорциональна — свТ4.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВЫЯВЛЕНИЮ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ

Соловьева Е.А., Журавлева М.С., Шабанова А.А., Бородин Д.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Орешко Л.С.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Целиакия представляет собой заболевание генетической природы, в основе патогенеза которого лежит непереносимость белка злаковых — глютена, что приводит к развитию атрофических изменений слизистой оболочки тонкой кишки. В клинической картине заболевания могут присутствовать такие жалобы, как: привкус горечи во рту, отрыжка, тяжесть в эпигастрии, боли в правом подреберье, наличие которых обусловлено дуоденогастральным рефлюксом, как правило возникающим на фоне дискинезии желчевыводящих путей. Учитывая расстройство моторной функции не только кишечника, но и желудка, а также частое наличие недостаточности кардии, у таких больных возникают и гастроэзофагеальные рефлюксы. В настоящее время для оценки изменений моторики органов пищеварения разработана новая методика периферической электрогастроэнтерографии, преимуществами которой являются неинвазивность, простота выполнения и возможность выявления моторно-эвакуаторных нарушений после приёма пищи.

Цель. Сравнить диагностические возможности фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) и периферической электрогастроэнтерографии для выявления нарушений моторики верхних отделов ЖКТ у больных целиакией.

Материал и методы. Обследовано 87 больных целиакией в возрасте от 18 до 60 лет. Соотношение мужчин и женщин составило 1:1,5 соответственно. Средний возраст пациентов составил 29,05±8,8 лет. Всем пациентам проведены расспрос жалоб, физикальное обследование, ФЭГДС и периферическая электрогастроэнтерография на гастроэнтеромониторе «Гастроскан ГЭМ-01» в стандартном режиме (стандарт-ЭГЭГ) согласно разработанной методике. Полученные данные обрабатывались статистически с использованием Excel 2010.

Полученные результаты. Жалобы на отрыжку воздухом предъявляли 29 (32,83%) пациента, изжогу — 16 (17,91%), отрыжку горьким — 5 (5,97%), отрыжку съеденной пищей — 5 (5,97%), боли в эпигастрии натошак — 32 (37,31%), тяжесть в эпигастрии после приёма пищи — 9

(10,45%). Согласно данным проведенного эндоскопического исследования признаки недостаточности кардии выявлены у 52 (59,70%) человек, из которых у 6 (11,94%) установлен катаральный дистальный эзофагит, у 2 (4,47%) — эрозивный рефлюкс-эзофагит, у 7 (13,43%) — грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эндоскопические признаки гастрита и дуоденита выявлены у всех обследованных; дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) — у 14 (16,42%) обследованных. Анализ результатов стандарт-ЭГЭГ показал, что у 59 (68,21%) обследованных выявлены электрофизиологические признаки гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) натощак и после пищевой стимуляции, у 31 (35,88 %) — признаки ДГР натощак, у 14 (16,42 %) — признаки ДГР после пищевой стимуляции. Также отмечено частое сочетание ГЭР и ДГР. У 60 (68,97 %) человек определялся неадекватный, недостаточный или избыточный ответ желудка и двенадцатиперстной кишки на стандартную пищевую стимуляцию.

Выводы. Согласно полученным результатам клинические проявления патологии верхних отделов ЖКТ встречаются реже, чем ее эндоскопические и электрофизиологические признаки. Частота выявления признаков ГЭР натощак с помощью ФЭГДС и стандарт-ЭГЭГ сопоставима ($p>0,01$). Частота выявления ДГР натощак с помощью стандарт-ЭГЭГ была выше, чем с помощью ФЭГДС ($p<0,01$). Методику стандарт-ЭГЭГ целесообразно использовать для диагностики нарушений моторики верхних отделов ЖКТ, что в сочетании с анализом данных эндоскопической картины позволяет более детально оценить функциональные и органические изменения верхних отделов органов пищеварения.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ 21-ДЕЗОКСИКОРТИЗОЛА В КРОВИ МЕТОДОМ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОЙ ЖИДКОСТНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕФЕКТА 21-ГИДРОКСИЛАЗЫ

Стрельникова Е.Г., Обьедкова Е.В., Великанова Л.И.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель. Оптимизировать условия одновременного определения 21-дезоксикортизола и 7 кортикостероидов в крови методом обращенно-фазовой высокоэффективной жидкостной хроматографии (ОФ ВЭЖХ) для диагностики врожденной дисфункции коры надпочечников вследствие дефекта 21-гидроксилазы.

Материалы и методы. Методом ОФ ВЭЖХ определяли в крови 18-гидроксикортикостерон (18-ОН-В), кортизол (F), кортизон (E), 11-дегидроксикортикостерон (A), 21-дезоксикортизол (21-DF), кортикостерон (B), 11-дезоксикортизол (S) и 11-дезоксикортикостерон (DOC). Анализ проводился на хроматографе Agilent 1260 с диодно-матричным детектором. Для разделения стероидов использовали колонки: Phenomenex Luna C18, 150х2,5 мм, диаметр частиц 5 мкм и Zorbax SB-C18, 150х2,5 мм, диаметр частиц 3,5 мкм с предколоночным фильтром. Для построения калибровочных графиков использовали стандарты кортикостероидов фирмы «Sigma». Подвижная фаза: ацетонитрил, сорт «0»: вода. Пробоподготовку сыворотки крови проводили методом жидкостно-жидкостной экстракции с использованием дихлорметана (хч) в качестве экстрагента.

Полученные результаты. Оптимизация условий определения 21-DF в крови методом ОФ ВЭЖХ заключалась в выборе хроматографической колонки и варьирования процентного содержания органического компонента в составе подвижной фазы. Исследования по определению кортикостероидов в крови методом ОФ ВЭЖХ проводились первоначально на колонке Phenomenex Luna C18 с использованием градиентного элюирования по следующей схеме: время-процент ацетонитрила в воде — 0–25; 3–25; 10–60; 15–80; 16–80; 19–25; 22–25. Данная хроматографическая система позволила селективно разделить лишь 7 стероидов: 18-ОН-В, F, E, A, B, S, DOC, при этом времена выхода 21-дезоксикортизола и кортикостерона совпадали, что не позволяло провести их одновременный анализ. Время выхода всех стероидов составило 15 минут (Рис.1). С целью расширения диапазона определяемых кортикостероидов крови до 8, включая 21-дезоксикортизол, нами проведена оптимизация условий хроматографического анализа: выбрана колонка Zorbax SB-C18 и подобраны оптимальные условия градиентного элюирования: 0–25; 3–25; 10–40; 13–60; 15–80; 17–80; 19–25; 23–25 (Рис.2). Время выхода всех стероидов составило 17,5 минут, но при этом достигнута высокая

селективность разделения всех стероидов смеси. У 15 здоровых лиц уровень 21-DF в крови был меньше 2,0 нг/мл. У 9 пациентов с недостаточностью 21-гидроксилазы уровень 21-DF в крови был выше, чем у здоровых, и составил $8,2 \pm 2,5$ нг/мл, $p < 0,01$.

Рисунок 1. Разделение модельной смеси стероидов: 18-ОН-В, F, E, A, 21-DF, B, S, DOC. Колонка: Phenomenex Luna C18, 150x2,5 мм, диаметр частиц 5 мкм. Градиент: 0–25; 3–25; 10–60; 15–80; 16–80; 19–25; 22–25.

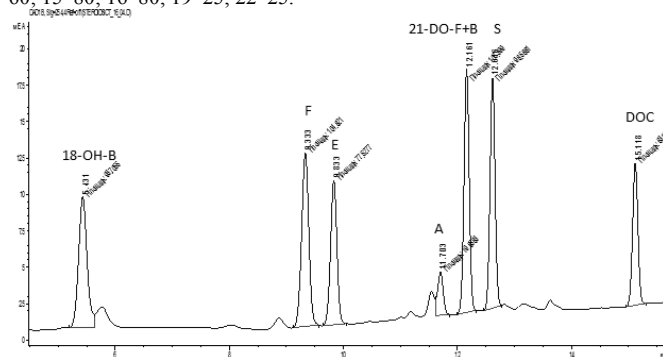
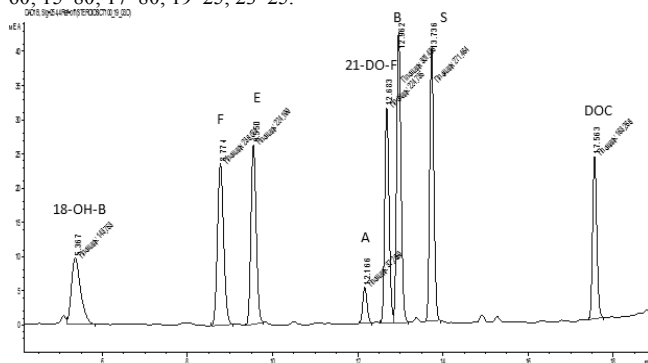


Рисунок 2. Разделение модельной смеси стероидов: 18-ОН-В, F, E, A, 21-DF, B, S, DOC. Колонка Zorbax SB-C18, 150x2,5 мм, диаметр частиц 3,5 мкм. Градиент: 0–25; 3–25; 10–40; 13–60; 15–80; 17–80; 19–25; 23–25.



Выводы. Оптимизированы условия одновременного определения 21-дезоксикортизола и 7 кортикостероидов в крови методом ОФ ВЭЖХ с использованием колонки Zorbax SB-C18 и градиентного элюирования. Установлены референтные значения уровня 21-дезоксикортизола в крови для здоровых лиц и пациентов с дефектом 21-гидроксилазы.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ И ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

Татаринова М.В.

Научные руководители: д.м.н., проф. Ворохобина Н.В., д.б.н., проф. Великанова Л.И.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель. Изучить функциональное состояние коры надпочечников и исследовать стероидные профили мочи методом газовой хромато-масс-спектрометрии (ГХМС) у больных с

гиперандрогенией (ГА) для разработки критериев стертых форм врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН) и синдрома поликистозных яичников (СПКЯ).

Материалы и методы. Обследовано 33 женщины репродуктивного возраста с ГА в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст $25,9 \pm 1,1$). Пациенты с ГА были разделены на 2 группы: 15 человек с нормальным весом ($ИМТ=22,8 \pm 1,5$ кг/м²) — 1 группа и 18 человек с ожирением ($ИМТ=36,1 \pm 1,3$ кг/м²) — 2 группа. Пациенты 1 группы были с гирсутизмом, у пациентов 2 группы, кроме гирсутизма, отмечены нарушения репродуктивной функции (бесплодие, нарушение менструального цикла, ановуляция по данным УЗИ). Контрольную группу составили 15 здоровых женщин в возрасте от 22 до 40 лет (средний возраст $28,5 \pm 2,3$). Определяли в крови уровни адренокортикотропного гормона, лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, пролактина, кортизола, тестостерона, дегидроэпиандростерон-сульфата, $\Delta 4$ -андростендиона ($\Delta 4$ -А), 5α -дигидротестостерона (ДГТ), свободный тестостерон (FT), 17-гидроксипрогестерон и глобулин, связывающий половые гормоны (ГСПГ) методами иммуноанализа. Проводили пробы с 2 мг дексаметазона и с кортикотропином пролонгированного действия (препарат «синактен-депо»). Стероидные профили мочи (СПМ) исследовали методом ГХМС (60 стероидов) в ресурсном центре «Методы анализа состава веществ» СПбГУ. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программной системы STATISTICA for WINDOWS (версия 7,0). Применен непараметрический критерий Манна–Уитни.

Полученные результаты. У больных с ГА недостаточность ферментов адреналового стероидогенеза не была установлена по данным классических тестов. Методом ГХМС у пациентов с ГА и нормальным весом отмечено увеличение экскреции с мочой дегидроэпиандростерона (ДЭА) и его метаболитов (16-гидрокси-ДЭА, 17 β -андростендиола, андростентриола), 21-дезокси-тетрагидрокортизола, прегнантриола (P3) и прегнантриолон (P3-on), получены соотношения (THF+allo-THF+THE)/P3 меньше 3,0 и (THF+allo-THF+THE)/P3-on меньше 50, что свидетельствует о недостаточности 21-гидроксилазы. У больных с гиперандрогенией и ожирением отмечено повышение уровней FT и ДГТ в крови, снижен уровень ГСПГ в сравнении с пациентами 1 группы и со здоровыми, что характерно для СПКЯ. У данных больных установлено увеличение соотношений андростерон/этиохоланолон (An/Et), 11-OH-An/11-OH-Et, allo-тетрагидрокортикостерон/тетрагидрокортикостерон и alloTHF/THF, что указывает на повышение активности 5α -редуктазы. Увеличение экскреции с мочой тетрагидро-11-дезоксикортизола (THS), гексагидро-11-дезоксикортизола и соотношение (THF+allo-THF+THE)/THS меньше 30 свидетельствуют о недостаточности 11 β -гидроксилазы, установленной у 3 пациентов с ГА и ожирением.

Выводы. Сочетание классических тестов с определением экскреции с мочой метаболитов андрогенов, прогестиннов и глюкокортикоидов методом газовой хромато-масс-спектрометрии повышает точность диагностики дефектов адреналового стероидогенеза у больных с гиперандрогенией. У больных с гиперандрогенией и нормальным индексом массы тела установлены критерии недостаточности 21-гидроксилазы, у пациентов с гиперандрогенией и ожирением получены критерии синдрома поликистозных яичников, увеличения активности 5α -редуктазы и недостаточности 11 β -гидроксилазы.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Терешкова М.А. 616 гр. МПФ

Научный руководитель: к.м.н. доц. *Рыженкова О.Н.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Качество медицинской помощи — это совокупность характеристик медицинской помощи, направленных на удовлетворение потребностей граждан в эффективном предупреждении и лечении заболеваний, повышении качества жизни и увеличении ее продолжительности. Цель программы по управлению качеством медицинской помощи — получение максимально

возможных, с учетом современного уровня знаний, результатов деятельности по улучшению здоровья населения при оптимальном расходовании ресурсов.

Цель. Изучение вопросов организации экспертизы качества медицинской помощи в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. В исследовании использовался метод клинико-статистического анализа по данным выкопировки данных из первичных медицинских документов, учетно-отчетной медицинской документации Комитета по здравоохранению и медицинского информационно-аналитического центра Санкт-Петербурга.

Полученные результаты. В рамках ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в 2012 г. по заданию Комитета по здравоохранению в СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» (МИАЦ) была организована работа по проведению экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП). Для проведения ЭКМП привлекались эксперты — врачи, состоящие в реестре экспертов качества медицинской помощи (КМП) и имеющие аккредитацию Комитета по здравоохранению. Для проведения ЭКМП привлекались эксперты — врачи, состоящие в реестре экспертов качества медицинской помощи и имеющие аккредитацию Комитета по здравоохранению. В 2013 году Отделом зарегистрированы для анализа мониторинга дефектов качества медицинской помощи 215 целевых экспертиз, выполненных по заданию Комитета по здравоохранению (в 2012 — 198), из них 136 организованы сотрудниками МИАЦ и 79 — с привлечением экспертов КМП. На основании анализа данных о количестве ЭКМП, проведенных по жалобам и в связи с углубленным изучением случаев летальности в стационарах, выявлено, что доля ЭКМП, выполненных в связи с анализом летальности уменьшилась до 6,0% за 2013 год. По результатам ЭКМП, проведенных по фактам оказания медицинской помощи в ЛПУ Санкт-Петербурга в 2013 году, качество медицинской помощи расценено как надлежащее в 56 случаях, что составило 26,0% от всех выполненных ЭКМП. Структура ЭКМП 159 случаев ненадлежащего качества оказанной медицинской помощи по классам следующая: I класс — 18 (11,3%), II класс — 45 (28,3%), III класс — 29 (18,2%), IV класс — 44 (27,7%), V класс — 15 (9,5%), VI класс — 3 (1,9%), в 5 случаях — КМП оценено как ненадлежащее, без указания класса. Соотношение оценок надлежащего и ненадлежащего КМП остается неизменным по сравнению с показателями 2011 и 2012 гг. Это указывает на обоснованность жалоб граждан на КМП в большинстве обращений. Частота расхождения результатов внутренних ЭКМП, проведенных медицинскими учреждениями в 2013 году, и внешних ведомственных (независимых) ЭКМП, организованных МИАЦ, составила 64,0% (в 56 случаях из 88 полученных из учреждений).

Выводы. Проблемы качества медицинской помощи имеют объективные причины, среди которых основными являются удорожание и усложнение лечения, старение населения и увеличение доли хронических заболеваний, неэффективные методы управления процессами ведения больных, недостаточная квалификация кадров, увеличение объема медицинской информации, низкие темпы внедрения информатизации и компьютеризации медицинских организаций.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДИВШИХСЯ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Тягунов Д.С., Кадырова Т.А., Ступина К.И., Долгов Д.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Лучкевич В.С.*, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В современной медицине принято считать, что качество жизни пациентов до и после пребывания в отделении анестезиологии и реанимации (далее — ОАР) не претерпевает существенных изменений и не является достаточно высоким. Данный факт лег в основу

исследования, так как исследование качества жизни позволяет принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного.

Цель. Изучение медико-социальной характеристики и оценка качества жизни пациентов, находившихся в ОАР при лечении хирургических заболеваний.

Полученные результаты. Среди лечившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии большую часть больных (51,6%) составляли женщины, удельный вес мужчин составил 48,4%. Возрастная структура в группе мужчин представлена равномерным ростом от 8,7% (возраст до 20 лет) до 23,9% (возраст 60 лет и старше). В возрастной структуре среди женщин наибольший удельный вес занимают пациентки в возрасте 60 лет и старше (57,1%), наименьший — в возрасте от 20 до 29 лет (4,1%), возрастные группы от 30 до 39 лет и от 50 до 59 лет представлены равными показателями (по 10,2%), доля возрастной группы от 40 до 49 лет составила 18,4%, что свидетельствует о неоднородном распределении в сравнении с группой мужчин.

Нозологическая структура пациентов. При поступлении у большинства (68,8%) больных установлены различные заболевания, входящие в синдромокомплекс «острого живота», у 21,3% пациентов выявлены заболевания, связанные с пищеварительной системой, у 3,5% установлена пневмония, у 5,3% — прочие заболевания системы кровообращения (СК), у 1,1% — другие заболевания.

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

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

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

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

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ МИОФИБРОЗОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Улановская Е.В., Попов А.В., Никонова С.М., Лашина Е.Л.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Фролова Н.М.*, к.м.н. *Орницан Э.Ю.*

Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья, Санкт-Петербург

Последние десятилетия характеризуются широким внедрением в практическое здравоохранение новых методов и методик, разработанных на основе использования принципиально различных источников лучевой энергии. Если недавно главенствующим визуальным методом диагностирования патологии мышечной системы был рентгенологический, то в настоящее

время наряду с ним признаны тепловидение, магнитно-резонансное исследование. Самым конкурирующим стал метод ультразвуковой диагностики.

Цель. Изучить состояние мышц верхних конечностей у работников с физическими перегрузками и функциональным перенапряжением мышц верхних конечностей, а также сочетанным воздействием локальной вибрации на руки.

Материалы и методы. Всего обследовано 362 человека: первую группу составляли штукатуры и горнорабочие; вторую группу обследованных пациентов — слесари механосборочных работ и сборщики корпусов металлических судов. Возраст обследуемых колебался от 34 до 52 лет, стаж работы — от 8 до 27 лет. Все обследуемые осматривались врачами-специалистами — терапевтом, невропатологом, хирургом, мышечная сила рук проверялась методом кистевой динамометрии, состояние мышц верхних конечностей исследовалось с использованием метода контрастной рентгенографии, ультразвукового исследования (УЗИ), оценивалось периферическое кровообращение предплечий и кистей методом реографии на аппаратно-программном комплексе «Мицар-РЕО» (Россия), проводились биохимические исследования. Изучались условия труда при работе с физическим перенапряжением мышц верхних конечностей. Обеим группам было проведено лечение с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ).

Результаты исследований показали возрастающую роль УЗИ в исследованиях скелетно-мышечной системы для решения экспертных вопросов. В обеих группах была выявлена патология мышечной системы. Сочетание неинвазивности исследований, его относительно невысокой стоимости и достаточной информативности позволяло в некоторых случаях существенно дополнить данные контрастной рентгенографии, в других — полностью отказаться от ее проведения, а также полностью или частично отменить сложные и дорогие методы исследования (рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография). С помощью УЗИ мы выявили патологические изменения мышц, сухожилий и этот метод диагностики использовали в дальнейшем динамическом наблюдении. Ультразвуковое исследование помогает лучше визуализировать структуры мышц, дает возможность рассмотреть мышцу в разных сечениях, позволяет измерить ее толщину, исследовать не одну мышцу, а сразу целую группу мышц. Использование УЗИ позволяет достаточно точно определить морфологические изменения в мышцах и степень их выраженности, отсюда диагностика заболевания по стадиям становится более четкой и объективной.

Выводы. Исследование показало возможность выявления начальных доклинических изменений в мышцах, которые дают основание своевременно проводить лечебно-профилактические мероприятия. Возможность использования низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ), методика которого была разработана и применена нами в лечебных и профилактических целях, как показали многочисленные наблюдения, приводит к стойкому улучшению состояния здоровья пациентов, позволяет повысить эффективность реабилитации больных, снизить инвалидизацию и профессиональную заболеваемость среди лиц, работающих во вредных условиях труда.

ДИАГНОСТИКА СУХОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ С ПОМОЩЬЮ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ

Федотова Т.С.¹

Научные руководители: д.м.н., проф. *Хокканен В.М.¹*; д.м.н., проф. *Трофимова С.В.²*

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова

²Санкт-Петербургский Институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург

Возрастные изменения в тканях глаза подчиняются общим законам старения организма, но имеют свои особенности, обусловленные структурно-функциональной спецификой зрительного анализатора и наличием механизма ауторегуляции в системе его кровоснабжения. Одним из таких заболеваний является возрастная макулярная дегенерация сетчатки (ВМД), которая приводит к снижению остроты центрального зрения и изменению морфофункционального состояния центральной зоны сетчатки (макулы).

В настоящее время благодаря современным методам исследования ведется изучение патогенеза заболевания ВМД сетчатки на молекулярно-генетическом и биохимическом уровне, что помогает раскрыть причину заболевания и в последующем решить вопрос о ранней профилактике заболевания.

Цель. Используя молекулярно-генетическое тестирование выявить наиболее характерные варианты полиморфизмов генов (CFH, ARMS2) для сухой формы ВМД.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели на базе клиники предиктивной медицины «Древо жизни» Института биорегуляции и геронтологии были отобраны пациенты (23 глаза) с сухой формой ВМД. Возраст обследованных пациентов был от 40 до 78 лет. На 17 глазах была диагностирована начальная стадия сухой формы ВМД сетчатки (перераспределение пигмента в макулярной зоне, мелкие и средние друзы, изменение пигментного эпителия сетчатки); на 6 глазах — далеко зашедшая стадия ВМД по типу «географической атрофии» пигментного эпителия, захватывающая центр макулы; 15 глаз — без признаков ВМД и других заболеваний глаз (группа — контроля). Всем обследуемым было проведено генетическое тестирование на наличие полиморфизма гена фактора комплемента H (CFH) и гена возрастной макулопатии 2 (ARMS2). Материал исследования — венозная кровь.

Полученные результаты. В ходе молекулярно-генетического тестирования был выявлен полиморфизм гена ARMS2 (замена аминокислот Ser/Ser или Ala/Ser) в сочетании с полиморфизмом гена CFH (замена аминокислот Tyr/His) у всех пациентов с «географической» атрофией сетчатки, что доказывает высокий риск развития и прогрессирования ВМД. У обследуемых с начальной стадией сухой формы ВМД наблюдался полиморфизм только в одном из генов ARMS2 (замена аминокислот Ala/Ser) или CFH (замена аминокислот Tyr/His), что соответствует умеренному риску и прогрессированию заболевания. В контрольной группе комбинации были ARMS2 (замена аминокислот Ala/Ala) и CFH (замена аминокислот Tyr/Tyr), что свидетельствует о низком риске развития ВМД.

Выводы. Полученные результаты в ходе исследования свидетельствуют, что молекулярно-генетическое тестирование позволяет определить риск развития, прогрессирования и тяжесть ВМД в любом возрасте, что может способствовать ранней диагностике развития ВМД и дальнейшей профилактике заболевания. В настоящее время исследование продолжается.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 3D ТЕХНОЛОГИЙ В ПЛАНИРОВАНИИ КОСТНО-РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛИЦЕВОМ ОТДЕЛЕ ЧЕРЕПА

Филиппова А.В., Стеценко А.Г.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Семенов М.Г.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В настоящее время 3D технологии активно внедряют во все отрасли медицины, в том числе костно-реконструктивную хирургию челюстно-лицевой области. Методика 3D моделирования позволяет провести точную топическую диагностику патологии костей лица, рассчитать их параметрические данные и осуществить планирование предстоящей костно-реконструктивной операции. С появлением 3D принтеров, возможно, не только виртуально смоделировать, но и распечатать модели челюстей, других костей лица, а также их фрагментов. При необходимости прототипирование может быть использован для изготовления индивидуальных эндопротезов из биосовместимых материалов, а также напечатанных пластин — скрепителей из титана.

Цель. Разработка методики планирования оперативного вмешательства на лицевом отделе черепа у больных с новообразованиями, послеоперационными деформациями и изъянами челюстей при использовании компьютерного моделирования и прототипирования моделей до операции.

Материалы и методы. В работу включены клинические наблюдения 35 больных с новообразованиями, послеоперационными деформациями и изъянами челюстей. Для 3D моделирования использованы компьютерные томограммы, выполненные на компьютерном томографе «Philips Brilliance 16». В качестве прототипирования использованы 3D принтеры: «EnvisionTEC's ULTRA 3SP», «FLASHFORGE Creator».

Выводы. Неточное планирование операций на основе двухмерных моделей, особенно в период дальнейшего роста больного, может привести к грубым морфофункциональным нарушениям, требующим повторного оперативного лечения.

Современные подходы 3D моделирования и прототипирования моделей челюстей дают стабильный результат костно-реконструктивных операций, возможность прогнозировать дальнейшее этапное хирургическое ортодонтическое лечение и в целом успешную медицинскую реабилитацию больных данной категории.

РОЛЬ ФЕРМЕНТИРОВАННЫХ ПИЩЕВЫХ ВОЛОКОН В КОРРЕКЦИИ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Черанёва И.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Григорович М.С.*

Кировская ГМА, Киров

Цель. Оценить влияние профилактического курса ферментированных пищевых волокон (ПВ) с фруктоолигосахаридами (ФОС) на функциональную активность микробиоты, состояние эндогенной интоксикации (ЭИ), углеводно-жирового обмена.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 20 волонтеров женского пола (средний возраст 43 года), которые в течение месяца получали БАД «Рекицен-РД с фруктоолигосахаридами» по схеме 3 таблетки три раза в день и ежедневно отмечали особенности самочувствия. У исследуемых до начала и по окончании приема «Рекицена» исследовали: содержание летучих жирных кислот (ЛЖК) в кале методом газо-жидкостной хроматографии, анализ периферической крови — с подсчетом индексов ЭИ, общий холестерин (ОХС) и его фракции, триглицериды (ТГ), глюкоза, С — реактивный белок и фибриноген.

Полученные результаты. В ходе обследования отмечалась хорошая переносимость продукта, нежелательных побочных эффектов не выявлено. Рост и средний вес находились в пределах нормы. Однако в исследуемой группе — 15% имели ожирение 1 степени, 20% — избыточную массу тела. Оценка данных абсолютного содержания ЛЖК в кале волонтеров до начала приема продукта свидетельствует о снижении активности или численности облигатной микрофлоры (в том числе бифидо — и лактобацилл). Последнее проявляется наличием 2 типов метаболической активности симбионтов у обследованных: чаще аэробного (в 75% случаев), реже — анаэробного типа (25%). При 1-м типе (анаэробный тип) наблюдается повышение относительного содержания пропионовой кислоты и тенденция к повышению уровня масляной кислоты (по сравнению с группой здоровых лиц) со сдвигом анаэробного индекса в область отрицательных значений (–0,675 ед). При 2-м типе (аэробный тип) — имеет место повышение относительного количества уксусной кислоты со сдвигом анаэробного индекса в область слабо отрицательных значений (–0,402 ед). Изменения данных параметров по-видимому обусловлены активизацией анаэробных микроорганизмов, продуцирующих пропионовую и масляную кислоты, — при 1-м типе, или преобладанием аэробных микроорганизмов, относящихся к факультативной и остаточной микрофлоре, и продуцирующих в основном уксусную кислоту — при 2-м типе. На фоне приема «Рекицена» при аэробном типе — имеет место тенденция к снижению относительного содержания изокислот и отношения изовалериановой к валериановой кислоте, что свидетельствует, с одной стороны, о тенденции к нормализации процессов протеолиза, с другой стороны, о естественной элиминации остаточных (условно-патогенных) микроорганизмах. При анализе изменений лейкоформулы выявлена тенденция к увеличению абсолютного количества лейкоцитов, относительного содержания палочкоядерных нейтрофилов ($p < 0,05$), снижению относительного содержания моноцитов ($p < 0,05$) и эозинофилов. Вероятно, это связано с активацией иммунокомпетентных клеток и иммунотропным эффектом на фоне антигенной нагрузки, обусловленной аэробной флорой. Снижение абсолютного и относительного количества эозинофилов в периферической крови может быть связано с абсорбционной функцией ПВ, в том числе и для облигатных аллергенов и других эндогенных токсических субстратов. Последним, по-видимому, можно объяснить и снижение ядерного индекса степени эндотоксикоза и индекса аллергизации. После

профилактического курса Рекицена у 40% обследованных отмечалось снижение ОХС, ТГ, а у половины — липопротеинов низкой плотности и повышение липопротеинов высокой плотности. При первичной оценке глюкозы крови у одного из исследуемых было выявлено повышение уровня глюкозы, однако после окончания приема уровень глюкозы снизился до значений нормы.

Выводы. На фоне приема «Рекицен-РД»: 1) в экосистеме толстой кишки тенденция к восстановлению (восстановлению) качественного состава микроорганизмов, соотношения аэробных/анаэробных популяций микрофлоры и их протеолитической активности за счет восстановления среды обитания индигенной микрофлоры; 2) положительные сдвиги в показателях углеводно-жирового обмена; 3) снижение признаков эндотоксикоза; 4) хорошая переносимость продукта.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И НЁБА

Чернобровкина М.И.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Силин А.В.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Врожденная расщелина губы, альвеолярного отростка и нёба (ВРГАН) сопровождается тяжелыми анатомическими и функциональными нарушениями челюстно-лицевой области, поэтому медицинская реабилитация таких пациентов должна быть проведена в первые часы их жизни. Проведение ранней ортодонтической и ортопедической реабилитации восстанавливает жизненно важные функции, оптимизирует нарушенную форму альвеолярного отростка, что способствует эффективному и быстрому восстановлению, и, несомненно, повышению успешности междисциплинарного лечения в целом. Применение цифровых 3 D технологий в алгоритме реабилитации детей с ВРГАН является диагностическим и лечебным инструментом нового поколения, призванного сократить временные и экономические затраты.

Цель. Повысить эффективность ранней медицинской реабилитации детей с ВРГАН с помощью технологий трехмерного сканирования и моделирования.

Материалы и методы. У детей с одно — и и двусторонней ВРГАН было проведено ранее ортопедическое и ортодонтическое лечение. Пациенты были разделены на две группы, в одной из которых лечение проводилось по традиционному протоколу, а в другой — с применением цифровых технологий бесконтактного лазерного сканирования и методов инженерной 3D-графики. Использовались биометрические и трехмерные методики расчета морфологии и размеров альвеолярного отростка до и после лечения. Антропометрические параметры назолабиальной области были оценены в динамике лечения как прямым методом измерения антропометрических точек, так и с помощью трехмерных цифровых технологий. Статистический анализ включал обработку данных, полученных при измерении альвеолярных частей челюстей и параметров эстетики лица. Анализ количественных показателей произведен с помощью дисперсионного анализа ANOVA и логистической регрессии.

Выводы. Благодаря расчету трехмерных моделей врожденного дефекта и построению полей отклонения, становится возможным с высокой детализацией учесть все индивидуальные анатомо-топографические особенности у пациентов с ВРГАН. Проведенный цифровой биометрический анализ значительно повысил точность конструкции внутриротовых аппаратов и эргономику работы с ними, сокращая количество повторных посещений. Применение трехмерных цифровых технологий при изучении антропометрических параметров лица у детей с одно — и двусторонними дефектами позволяет оценить динамику изменений мягких тканей лица и степень их асимметрии. Коэффициент асимметрии назолабиальной области статистически значимо был выше у пациентов с односторонней ВРГАН, которые не получали раннего ортопедического и ортодонтического лечения (84,6% и 21,1%, $p < 0,001$).

Заключение. Применение современных трехмерных технологий в комплексной реабилитации пациентов с ВРГАН предоставляет возможность персонализировать подход к лечению, а также повысить его клиническую и экономическую эффективность.

ЕС-КЛЕТКИ ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШКИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Чуркова М.Л., Макаренко И.Е.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Костюкевич С.В.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Последние годы исследователи заняты поиском причин формирования метаболического синдрома (МС) у человека. Некоторые указывают на наличие возможной связи между дефицитом сна и ожирением. Предлагают новые препараты, направленные на лечение МС. Доклинические исследования этих препаратов, нуждаются в качественных биологических моделях. На сегодняшний день наиболее адекватным для моделирования МС является содержание животных на диетах с повышенным содержанием жиров. Эндокринный аппарат эпителия кишки в условиях избыточного потребления жиров может адаптивно изменить свое функционирование. Также известно, что активность ЕС-клеток эпителия слизистой оболочки кишки тесно связана с процессами сон — бодрствование. Таким образом, оценка состояния эндокринного аппарата кишки может прояснить механизмы развития метаболического синдрома.

Цель. Исследовать количественное содержание ЕС-клеток эпителия слизистой оболочки кишки при формировании метаболического синдрома.

Материалы и методы. МС формировался путем содержания аутбредных мышей, самок, на рационе, состоящем из стандартной высококалорийной диеты D12451 (содержание жира 45%). Интактные животные получали «Корм для содержания лабораторных животных» ПК-120-1. В каждой группе исследования — по 5 мышей. Животным каждую неделю измеряли массу тела, проводили биохимическое определение концентрации глюкозы. На 4-й неделе производили забор материала двенадцатиперстной, ободочной и прямой кишки, затем его фиксировали в забуференном растворе 10% нейтрального формалина, проводили по спиртам возрастающей концентрации и заливали в парафин. Поперечные срезы изучаемых отделов ЖКТ толщиной 4–5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином и по методу Массон-Гамперля. Количество ЕС-клеток на 1 мм² поверхности среза эпителия слизистой оболочки кишки определяли с использованием окулярной морфометрической сетки в 100 полях зрения, окуляр $\times 7$, объектив $\times 40$. Статистическую обработку количественных показателей проводили с учетом значимости различий по непараметрическому критерию Манна–Уитни при $p < 0,05$.

Полученные результаты. К четвертой неделе у животных, получавших высококалорийную диету, по сравнению с интактными мышами, не было отмечено достоверного повышения уровня глюкозы. Массы тела животных разных групп составляли: интактные животные — $27,3 \pm 0,3$ г, эксперимент — $30,1 \pm 0,6$ г.

Строение эпителия слизистой оболочки двенадцатиперстной, ободочной и прямой кишки экспериментальных животных было сопоставимо с таковыми у интактных образцов. Отмечена хорошая васкуляризация кишки во всех исследуемых группах. У экспериментальных животных наблюдалось: в двенадцатиперстной кишке незначительное увеличение глубины крипт, в ободочной кишке — незначительный отек мышечной оболочки.

ЕС-клетки были выявлены во всех группах исследования, их локализация — дно кишечных крипт. Выявленные клетки отличались по форме и размерам, преобладали клетки овальной формы. У животных экспериментальной группы наблюдалось достоверное увеличение количества ЕС-клеток по сравнению с интактными мышами в эпителии слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки — $49,7 \pm 3,3$ (интактные — $39,5 \pm 2,3$) и ободочной кишки — $93,7 \pm 3,8$ (интактные — $41,8 \pm 2,6$). Количество ЕС-клеток в эпителии слизистой оболочки прямой кишки экспериментальных мышей ($62,2 \pm 3,8$) было сопоставимо с интактными животными ($70 \pm 5,9$).

Выводы. Полученные экспериментальные данные свидетельствуют о перестройках эндокринного аппарата эпителия слизистой оболочки кишки при формировании метаболического синдрома. Увеличение количественного содержания ЕС-клеток в эпителии слизистой оболочки двенадцатиперстной и ободочной кишки экспериментальных животных

указывает на вовлечение обмена серотонина в компенсацию или формирование данного состояния.

РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ НАРУШЕНИЕМ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ

Шекилиев В.А., Абдулаев М.А., Абдухалимов К.С., Афак М.Т., Абдуллаев З.Т., Агабеков А.З.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Абдулаев М.А.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Цель. Сравнение радикальных одномоментных и двухмоментных (эндоскопия, лапароскопия) операции при раке сигмовидной кишки, осложненном нарушением кишечной проходимости.

Материалы и методы. Объектом исследования стали 322 больных каф. госпитальной хирургии за 2005–2015 годы (10 лет), у которых при операции не были выявлены отдаленные метастазы и им выполнены радикальные операции. Различные сопутствующие заболевания, в том числе и их сочетания, имелись у подавляющего большинства пациентов. Только у 7 больных (2,2%) сопутствующей соматической патологии не выявлено. В последние годы все большее применение при диагностике и лечении кишечной непроходимости опухолевого генеза находят эндоскопические методы диагностики и лечения. Новые технологии, позволяющие реканализировать опухоль посредством воздействия аргонплазменной, лазерной энергии способствуют устранению кишечной непроходимости, а установка саморасправляющихся стентов позволяют оперировать больных в плановом порядке, после устранения явлений интоксикации.

Первичное удаление опухоли и устранение кишечной непроходимости было выполнено у 149 (46,3%) больных, устранение непроходимости посредством формирования стом или реканализации опухоли — у 173 (53,7%) пациентов. Летальность среди больных, которым была сформирована стома, составила 9,8%, а в группе больных с первичной резекцией кишки с опухолью — 16,1%. Аденокарцинома в разной степени дифференциации была выявлена более чем у 88% больных. Другие гистологические формы рака были выявлены у 11,9%, из которых наиболее прогностически неблагоприятная форма — неклассифицируемый рак, определен у 1,7%.

Послеоперационные осложнения после первой операции наблюдались у 71 (22,1%) пациентов. Пневмония и дыхательная недостаточность составили в структуре причин смерти 8,8%, ТЭЛА — 7,2%.

Выводы.

1. Несмотря на возросшую лабораторно-инструментальную доступность обследования больных, в большинстве случаев рак сигмовидной кишки диагностируется в поздних стадиях, при развившихся осложнениях, ведущее место среди которых занимает острая обтурационная кишечная непроходимость.

2. Летальность среди больных, которым выполняли реканализацию опухоли либо первичное стомирование достоверно ниже, чем в группе первично радикальных операций.

ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Шпилина М.А., Гринчук Т.М.

Научный руководитель: к.б.н. *Гринчук Т.М.*

Институт цитологии Российской академии наук, Санкт-Петербург

Цель. Сравнительный анализ линий эндометриальных мезенхимных стволовых клеток (ЭМСК) человека из десквамированного эндометрия менструальной крови, полученных от здорового донора (линия 23–04) и донора с аденомиозом (линия 04-04). В обоих случаях клетки выделяли и культивировали при одинаковых условиях. В работе были использованы следующие

Методы: иммунофлуоресцентная окраска ЭМСК, фенотипирование по CD маркерам, направленная дифференцировка, оценка пролиферации (построение кривых роста и

распределение по циклу), кариотипический анализ метафазных хромосом окрашенных дифференциально на G-диски. Хромосомы идентифицировали в соответствии с Атласом хромосом человека.

Результаты работы показали, что ЭМСК обеих линий имели фибробластоподобную морфологию, дифференцировались в остеогенном и адипогенном направлении, имели одинаковый дифференцировочный потенциал, экспрессировали CD 13, CD29, CD 44, CD 73, CD90, CD 105 и не экспрессировали CD 34, CD 45, CD 117, CD 130, HLA-DR класса II. Это позволило говорить о том, что фенотип данных линий соответствует фенотипу клеток мезенхимного стромального ряда. Время удвоения ЭМСК каждой линии составило 22–23 и 47–48 часа, соответственно.

Цитогенетический анализ ЭМСК сравниваемых линий, проведенный на одних и тех же пассажах (п. 6–7), показал, что ЭМСК от здорового донора (линия 23-04) преимущественно имели нормальный не перестроенный кариотип. Отклонения от нормы носили случайный характер и были связаны с изменением копийности тех или иных хромосом набора (моносомия, трисомия) и появлением таких хромосомных перестроек, как изохромосомы и Робертсоновские транслокации.

Популяция ЭМСК линии 04-04, полученная от пациентки с диагнозом «аденомиоз» по цитогенетическим характеристикам существенно отличалась от ЭМСК здорового донора. Число клеток с нарушениями структуры кариотипа (как по числу хромосом, так и по наличию хромосомных aberrаций) доминировало (90 %), увеличение числа копий (трисомия) наблюдали в хромосомах 1, 3, 6, 7, 21, моносомии — в хромосомы 5, 11, 15, 16, 17. На фоне повышенной генетической нестабильности, такие хромосомные перестройки, как Робертсоновские транслокации и изохромосомы, отсутствовали. Основным типом морфологических изменений в структуре кариотипа ЭМСК от пациентки, больной аденомиозом были поломки хромосомного материала с возникновением дефектных хромосом. Повышенная ломкость была выявлена в хромосомах 3,7,11. Не исключено, что спектр хромосом, характеризующихся повышенной ломкостью, равно как и хромосом, вовлеченных в процесс анеуплоидизации клеток, при анализе большего числа метафазных пластинок может оказаться шире. В кариотипе ЭМСК от здорового донора поломки хромосомного материала отсутствовали.

Сопоставление результатов настоящей работы с кариотипическими характеристиками ЭМСК от пациентов с эндометриозом, имеющимися в литературе, позволяет говорить о том, что возникновение различных патологий эндометрия сопряжено с нарушением стабильности структуры кариотипа ЭМСК, в частности с нарушением стабильности морфологии хромосом 7 и 11. Полученные данные говорят в пользу того, что фундаментальные исследования в данном направлении могут помочь пониманию генетических механизмов возникновения гинекологических заболеваний данной направленности и могут быть полезны в разработке методов их диагностики и терапии.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Эмирбеков Э.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Семенов М.Г.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Диагностика и лечение переломов костей лицевого отдела черепа у детей имеет свои особенности, связанные с особенностями анатомо-физиологического строения челюстно-лицевой области и выбором методов лечения данной патологии. Интерес к данной проблеме в последние годы обусловлен и тем обстоятельством, что существенно изменился характер травмы у детей и подростков, в том числе из-за увеличения числа больных с множественными и сочетанными повреждениями головы, а также ростом транспортного травматизма в структуре причин повреждений челюстно-лицевой области у населения. Лечение переломов лицевого отдела черепа у детей может быть сложным, а иногда и разочаровывающим, особенно для тех врачей, кто редко сталкивается с этими травмами. Трудности возникают из-за того, что в

отличие от таких же травм у взрослых нет стандартных схем ведения таких пациентов, есть только общие принципы и редкие сообщения о схожих случаях.

Цель. Провести анализ за последние 5 лет, структуры и особенностей лечения сочетанной черепной и челюстно-лицевой травмы у детей по данным отделения челюстно-лицевой хирургии на базе многопрофильного городского детского стационара ДГБ№19 им. К.А. Раухфуса.

Материалы и методы. Все пациенты, поступившие в многопрофильный детский стационар, были выделены в группы:

– по возрасту: от 1 до 7 лет, от 8 до 12 лет, от 13 до 18 лет.

– по патологии: сочетанная черепно-челюстно-лицевая травма и травма костей лицевого отдела черепа, без повреждения головного мозга.

Методы исследования. Клинические: осмотр, рентген диагностика (ОПТГ, СКТ, МРТ), Статистические. Допплерографическое исследование. Миофункциональное исследование жевательных мышц. Исследования головного мозга: ЭЭГ, УЗИ.

Проанализированы данные о методах лечения всех пациентов с краниофациальной травмой, поступивших в детский многопрофильный стационар.

В результате проведенного анализа мы получили следующие данные: пациенты с краниофациальной травмой в возрасте от 1 до 7 лет составили 20%, от 8 до 12 — 32% и большинство составили дети с возрастом от 13 до 18 лет — 48%. Среди пострадавших 69% были мужского пола. Средний возраст 10,7 года. Рост частоты краниофациальных переломов связан как с меняющейся анатомией лицевого отдела черепа, так и с меняющимся окружением растущего ребенка. Дорожно-транспортные происшествия являются наиболее частой причиной переломов челюстно-лицевой области у детей всех возрастов. Среди пациентов старшего возраста, мужского пола чаще причиной травм является насилие.

Выводы. Наше понимание и лечение переломов лицевого отдела черепа у детей постоянно развивается. Детский череп является уникальным по структуре по сравнению со взрослым. Эта отличительная черта дает специфическую схему перелома в ответ на травму, и ее диагностика должна быть крайне точной, чтобы в результате выбрать наиболее подходящий способ лечения. Возрастающее осознание этих особенностей и увеличивающееся признание роли посттравматического ортодонтического лечения в реабилитации объединяются в пользу малоинвазивного лечения многих детей с этой травмой.

МЕТОД ПОЛИАРТИФАКЦИИ В КОРРЕКЦИИ ГИПЕРМЕТРОПИИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ В СОЧЕТАНИИ СО СЛОЖНЫМ ГИПЕРМЕТРОПИЧЕСКИМ АСТИГМАТИЗМОМ

Мотылева В.А., Митрофанова Н.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. *Тахтаев Ю.В.*

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Метод полиартифакция для коррекции гиперметропии высокой степени в сочетании со сложным гиперметропический астигматизмом предусматривает два варианта расположения интраокулярных линз (ИОЛ): обе ИОЛ имплантируются в капсулярный мешок («piggyback») или первая ИОЛ располагается в капсульном мешке, а вторая (добавочная) — в иридоцидиарной борозде. По данным исследователей оптическая система из двух ИОЛ имеет меньший уровень оптических aberrаций, чем ИОЛ оптической силой больше +30 диоптрий (Д), также при полиартифакции выше показатели контрастной чувствительности.

Цель работы. Представление результатов коррекции гиперметропии высокой степени в сочетании со сложным гиперметропическим астигматизмом методом полиартифакции.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилась пациентка Н., 35 лет с диагнозом ОУ: гиперметропия высокой степени. Сложный гиперметропический астигматизм. Амблиопия средней степени. Содружественное косоглазие. Пациентку беспокоила низкая острота зрения на обоих глазах и непереносимость очковой коррекции. По данным расчетов на приборе IOL Master сферическая сила ИОЛ на левом глазу должна была составлять +38 Д, на правом:

+36,5 Д. На обоих глазах выполнено удаление прозрачного хрусталика с имплантацией торической ИОЛ Alcon AcrySof IQ Toric сферической силой +30 Д и вторым этапом имплантация добавочной ИОЛ Rayner Sulcoflex Aspheric (модель 635L), фиксирующейся в иридоцилиарную борозду. Пациентка в связи с наличием бинокулярной амблиопии средней степени предупреждена о возможных рефракционных результатах операций. Пациентка Т., 43 лет обратилась с жалобами на низкую остроту зрения правого глаза (вдали и вблизи), плохую переносимость очковой коррекции. На момент обращения Visus OD=0,1 sph+3,5D cyl+3,0D ax 165=0,9, Visus OS= 0,8 cyl+0,5D ax 15=1,0, был выставлен диагноз: OD: Оперированная миопия средней степени (после радиальной кератотомии). Гиперметропический сдвиг. Сложный гиперметропический астигматизм. OS: Оперированная миопия средней степени (после радиальной кератотомии). При расчетах на приборе IOL Master (Carl Zeiss, Германия) сферическая сила имплантируемой ИОЛ на правом глазу для получения послеоперационной миопической рефракции, позволяющей работать на ближнем расстоянии, должна была составлять +33 Д. На правом глазу было выполнено удаление прозрачного хрусталика с имплантацией в капсульный мешок торической ИОЛ AcrySof IQ Toric (Alcon) и монофокальной ИОЛ AcrySof IQ Natural (Alcon) («piggyback»).

Вывод. Послеоперационный период протекал без осложнений. Острота зрения обоих глаз пациентки Н. (с коррекцией и без) повысилась после четырех этапов хирургического лечения. На правом глазу острота зрения без коррекции возросла с 0,1 до 0,3, на левом с 0,06 до 0,4, с коррекцией острота зрения правого глаза увеличилась с 0,4 до 0,5, левого с 0,3 до 0,5. У пациентки Т. получили запланированную миопическую рефракцию (–2,5 Д), позволяющую работать на близком расстоянии. Пациентки очковой коррекцией не пользуются, рефракционными результатами довольны. Метод полиартифакии с имплантацией в капсульный мешок торической и монофокальной ИОЛ («piggyback»), в другом случае — с имплантацией в капсулярный мешок торической ИОЛ, а добавочной ИОЛ в иридоцилиарную борозду, является эффективным вариантом коррекции гиперметропии высокой степени в сочетании со сложным гиперметропическим астигматизмом, в том числе и при наличии амблиопии.

ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ

A

Aleksandrova V. · 252, 254
Alexandrova V. · 255, 259
Andonov B. · 234, 238, 243

F

Fartunov St. · 252, 254, 259

H

Hinev Al. · 255
Hristova Sv. · 252, 254, 255, 259

I

Ignatov V. · 234, 238, 243
Ivanov K. · 234, 238, 243

K

Kolev N. · 234, 238, 243, 250
Kosev P. · 252, 254, 255, 259

M

Madjov R. · 259
Madjova V. · 254, 255, 259
Madzhova V. · 252

R

Ruseva J. · 254, 255, 259
Ruseva Zh. · 252

S

Stefanov J. · 254, 255, 259
Stefanov Y. · 252

T

Tonev A. · 234, 238, 243

Z

Zgurova N. · 259
Zlatarov A. · 234, 238, 243

A

Абабурко О.В. · 64
Абдулаев М.А. · 263, 264, 310
Абдулаев. М.А. · 262
Абдулазизов Э.А. · 139
Абдуллаев З.Т. · 263, 310
Абдуллаев М.А. · 262, 263
Абдуллаев И.М. · 190
Абдурахманова З.Ш. · 193
Абдусаламова З.К. · 229
Абдухалимов К.С. · 263, 310
Абрамова И.М. · 81, 86
Абуллула М. · 263
Авалуева Е.Б. · 294
Агабеков А.З. · 310
Азаров Д.В. · 233
Айеб Э. · 263, 264
Акимов А.А. · 80

Акулов Е.С. · 187, 265
 Акчурин Ф.К. · 131
 Александрова Н.И. · 180
 Александрович Г.Е. · 266
 Алиев М.Ж. · 208
 Алиматов Х.А. · 28
 Альбицкая А.А. · 42
 Альшиник Л.П. · 93, 226
 Амосова Н.Н. · 72
 Андреева Е.А. · 57
 Анненкова О.М. · 72, 73
 Антошкин О.Н. · 57
 Артамонова И.Н. · 221
 Артемова А.С. · 79, 170, 194
 Артемьев Т.М. · 129
 Артыкова Д.Р. · 62
 Арчакова Л.И. · 182
 Атаманченко Е.В. · 267
 Аттипов Д.Р. · 223
 Афак М.Т. · 262, 263, 310
 Афанасьев М.И. · 143, 145
 Афлитонов М.А. · 282, 292, 293

Б

Балашов В.К. · 205, 211
 Балглей А.Г. · 31
 Барабанов П.А. · 120
 Бараков Я.Д. · 202, 268
 Баранов В.Л. · 263
 Баранская С.В. · 29
 Бардов В.Г. · 281
 Баркун Г.К. · 85
 Барсуков А.Ф. · 22, 31
 Басинский В.А. · 44, 49
 Батаев С.А. · 198, 213
 Батраков А.В. · 294
 Бахтиярова А.Р. · 219
 Башнина Е.Б. · 271
 Бекжасарова Д.К. · 200, 214
 Бековец В.В. · 269
 Белов Е.Н. · 99
 Белогурова Е.А. · 70, 78
 Белоказанцева В.В. · 209, 279
 Белоногова Е.Ю. · 270
 Белоусова Л.Н. · 294
 Бельгибаева З.Б. · 200
 Белякова Н.А. · 223
 Березин И.И. · 229
 Березовская О.А. · 53, 178
 Берсенева О.С. · 271

Берснев В.П. · 287
 Бессмельцев С.С. · 276
 Бестаева Д.И. · 190, 209, 279
 Бехтерева А.В. · 114
 Билалов И.В. · 204
 Благая А.В. · 281
 Бликян М.В. · 71
 Бобраков М.А. · 205, 211
 Богачева К.А. · 203
 Богданова А.М. · 68
 Божченко А.П. · 145
 Бойков С.И. · 197
 Большакова В.Ю. · 39, 58, 60
 Бондаренко П.Б. · 187, 190, 193, 194, 197,
 202, 209, 215, 265, 272, 277, 279, 280
 Борисов Д.В. · 82, 201
 Бородина Д.А. · 299
 Борта К.Е. · 272
 Бояринова Н.С. · 200
 Брылякова Д.Н. · 112
 Булгакова О.С. · 70, 75
 Бунтовская С.С. · 127
 Бутолина К.М. · 65
 Быстров А.В. · 73
 Быченко А.В. · 197

В

Вавилова А.О. · 80
 Вальчук А.А. · 212
 Ванатиев Г.В. · 172
 Варнаевская А.М. · 183
 Васильев К.Д. · 226
 Васнецова О.А. · 278
 Вахитов Х.М. · 92
 Ващенко Н.А. · 22
 Великанова Л.И. · 274, 285, 289, 300, 301
 Вицелли Е.А. · 223
 Винничук С.А. · 39, 46, 52, 54, 197, 272
 Вишневецкая Т.П. · 168, 170, 172, 175, 178
 Владимирова Т.Ю. · 24
 Власик Р.А. · 39
 Власкина К.О. · 75
 Водопьян С.С. · 163
 Володич О.С. · 180
 Воробьева В.В. · 168
 Воронов В.А. · 25
 Ворохобина Н.В. · 274, 279, 285, 292, 293,
 301
 Ворошилова Н.В. · 127
 Воскобойников А.Л. · 143, 145

Востриков Н.А. · 273
Вострилов И.М. · 157, 160, 161
Вотинцев М.Н. · 233

Г

Габриелян Д.Р. · 70, 194
Габриелян Л.Р. · 70, 194
Гаврилюк Л.Ю. · 97
Галиахметов А.И. · 201
Галиева Д.Ф. · 30
Галковская О.А. · 113, 125, 128, 131, 132
Гарипова Р.А. · 171
Гасанова М.Г. · 39
Гедерим В.Д. · 155
Георгиева А.Г. · 135
Герасименко Г.А. · 202, 280
Герей Н.Ф. · 94
Гецко Н.В. · 110
Глебик О.В. · 55, 61, 66
Глуценко В.А. · 229
Гончар Н.В. · 93
Гончаров А.Е. · 233
Гончарова Е.А. · 126
Гончарова Е.Л. · 144, 151
Гора Д.А. · 75
Гордиенко Н.В. · 102, 210
Горенок Д.И. · 185
Горшков А.Н. · 145, 146
Гребенкин Е.В. · 45, 163
Гребеньков С.В. · 266
Гречаный С.В. · 103, 106
Гречишников Ю.И. · 138
Григорович М.С. · 307
Григорян К.Х. · 274
Гринев А.М. · 78
Гринчук О.Ю. · 49
Гринчук Т.М. · 310
Гришина И.С. · 70
Грищенко Ю.А. · 228
Груздева В.М. · 136
Губаева Д.Н. · 82
Гуревич О.О. · 45
Гурова В.В. · 174
Гусенов И.Г. · 193

Д

Давыденко Т.О. · 266

Дадашова Л.А. · 128
Данилов В.Р. · 168
Данилова И.А. · 48, 53, 57, 294
Данькина В.О. · 58
Декканова В.Д. · 187
Декунова А.А. · 76
Деменева Д.О. · 215
Демиденко Д.Ю. · 25
Демирчева А.В. · 148
Денисенко М.Д. · 73
Денисенко Н.П. · 70, 77, 78
Джалилова Ш.А. · 193
Джанбатырова Л.М. · 84, 154
Дихт Н.И. · 223
Долгов Д.А. · 303
Доршакова Е.В. · 295
Доценко В.И. · 215
Доценко К.Э. · 184
Драгун В.М. · 287
Дрогомирецкая Е.И. · 186, 188, 196, 199,
202, 203, 205, 210, 211, 268
Дрогомирицкая Е.И. · 190
Дрючина А.Ю. · 182
Душанова А.Ж. · 118

Е

Евдокимов А.С. · 199, 205
Евсеев П.Ю. · 180
Евтушик Е.М. · 66
Егорихина А.Д. · 127
Егорова А.С. · 57
Ежов Н.А. · 115
Еликов А.В. · 273
Епишкина А.А. · 45, 163
Ермина М.Ю. · 187
Ерохина А.А. · 53, 62, 150
Есиркепов М.М. · 127
Ефимов П.Г. · 159

Ж

Жакиянова Ж.О. · 24
Жане С.И. · 170
Жиленкова Ю.И. · 276
Жилина Ю.А. · 188
Жирнова К.В. · 191
Жорина А.С. · 283
Жохов Д.П. · 190, 194

Жуковский Ю.В. · 213
Журавлева М.С. · 299

З

Загородникова К.А. · 175, 263
Загребин В.Л. · 57
Зайнчуковский М.С. · 25
Зайцев А.В. · 183
Зайцева Е.Н. · 171
Закутняя С.А. · 58
Захаров Е.А. · 187, 265
Зеленская Т.М. · 115, 123, 124, 135
Зелионко А.В. · 275
Земляной В.П. · 212
Зенина М.Н. · 276
Зилова А.А. · 223
Зинчук Д.М. · 115
Зогби М.М. · 168
Зорина А.Г. · 126
Зотеев А.Н. · 186
Зыкова В.А. · 102

И

Ибрагимов С.А. · 277
Иванов М. А. · 272
Иванов М.А. · 187, 190, 193, 194, 197, 202,
209, 215, 265, 272, 277, 279, 280
Иванов С.В. · 278, 294
Иванова М.В. · 150
Иванова Т.Г. · 226, 227, 231, 232
Игнатъева С.М. · 295
Иржанский А.А. · 157, 158, 160, 161, 162
Исса Н.А. · 190
Исурина А.С. · 35

К

Кабанова А.Е. · 45
Кабиденова Б.Н. · 214
Кадырова Т.А. · 303
Казущик В.Л. · 193, 205
Каибов А.А. · 28
Кайырбек Т.Е. · 214
Калинина Е.Ю. · 39, 58, 60, 62
Кандеева М.И. · 23

Канюков С.С. · 201
Капитула Л.С. · 98
Капеланян М.В. · 279
Карапетян Л.С. · 26
Карацук Н.П. · 62, 63
Кардаш Н.А. · 47, 51, 64
Карибаев Б.Т. · 189
Каркачева Е.С. · 22
Карпищенко С.А. · 29
Кательникова А.Е. · 177
Каторкин С.Е. · 191
Качановский М.С. · 46
Качурин А.Г. · 169
Каширская А.С. · 187
Кашлей С.И. · 65
Квицикадзе М.Г. · 187
Кебряков А.В. · 209, 279
Кильметов Т.А. · 157
Киреева М.О. · 69, 168
Киселёва М.В. · 62, 63
Кислицына Н.Д. · 222
Кицбабашивили Р.В. · 193, 209, 279
Клочнев А.С. · 99
Клыбанская Ю.В. · 104
Князева М.В. · 89
Ковалева Р.Г. · 180, 183
Коврина А.Г. · 132
Кожевников Д.С. · 280
Кожевникова А.В. · 177
Кожеко И.В. · 231
Кожухова Ю.А. · 94
Козачёк О.О. · 202, 268
Козел И.С. · 205
Козлов А.В. · 276
Козловская Ю.С. · 92
Козлоска А.А. · 186
Козырева А.Б. · 202, 280
Комарова А.А. · 80
Кондакова М.Н. · 179, 180, 181, 183
Кондратюк Н.В. · 281
Конев С.Д. · 226
Конкина Н.В. · 217
Константинов В.М. · 193
Копя Д.С. · 188
Корелина В.Е. · 32, 33, 34, 36
Корнева Ю.С. · 43
Коровин О.А. · 163
Королёв Ю.Н. · 74
Коростелев Д.С. · 187, 265
Корчагин И.П. · 149
Корякина В.А. · 153
Космачева Е.С. · 176
Костромина Ю.В. · 33, 90

Костюкевич С.В. · 309
 Косырева Т.М. · 96
 Коткас И.Е. · 212
 Котлова А.О. · 229
 Котова С.М. · 216, 217, 298
 Кравцова Е.А. · 50, 175
 Кривоконова А.И. · 131
 Кривонос П.С. · 181
 Кривохижина Н.С. · 289
 Кривошеева Ж.И. · 184
 Крицкая И.В. · 227
 Круглов А.Н. · 205, 210, 211
 Куанълибек А.Б. · 165
 Кубачева К.И. · 112
 Кудлахмедов Ш.Ш. · 282
 Кузнецова В.А. · 174
 Кузьмин А.Л. · 206
 Кузьмин Д.М. · 27, 282, 283
 Кузюта И.П. · 181
 Кукконен Е.В. · 117, 120, 127, 132, 133
 Куклева А.Д. · 24, 52
 Кунпесов И.А. · 127
 Куракова А.Н. · 223
 Куранова М.Л. · 284
 Куркин В.А. · 171
 Кутузова А.А. · 76
 Кухаренко И.И. · 142, 154
 Кухианидзе Е.А. · 285
 Кухта Е.А. · 184
 Куценко В.П. · 155, 156
 Кучукова Р.Ш. · 225

Л

Лаба Д.В. · 183
 Лавникович Д.М. · 295
 Лагодская И.Я. · 38
 Лагодская Л.И. · 38
 Ланская К.А. · 69
 Лаптев В.О. · 170
 Лаптева Е.С. · 269
 Ларионова В.И. · 81, 84, 86, 88, 90, 92
 Латыпов Р.В. · 30
 Латыпова Р.Ф. · 114
 Лашина Е.Л. · 304
 Лебедева Е.А. · 227
 Лейнеман Я.А. · 286
 Лемешев И.В. · 109
 Леухин Р.В. · 27, 92, 204
 Линник С.А. · 157, 158, 160, 161, 162
 Литина В.А. · 97

Литовченко Д.М. · 215
 Лось Т.Г. · 47
 Лукьянова Б.С. · 111
 Лутай Г.Ф. · 166
 Лучкевич В.С. · 275, 297, 303
 Лысковец В.Д. · 123

М

Мазуров В.И. · 286
 Макаренко И.Е. · 172, 309
 Макарова Н.Н. · 171
 Максимкина Е.С. · 277
 Максимова Н.Л. · 195
 Максимова О.А. · 46
 Малеванная О.А. · 33, 35
 Малуха Ю.В. · 207
 Мамадалиев Д.З. · 114
 Маммадова С.З. · 165
 Манакова В.А. · 137
 Манджаева С.У. · 196
 Маркова Т.И. · 116, 118, 120, 121, 134, 136, 138, 139
 Маршалэк А.К. · 44, 49
 Марицак Я.А. · 87
 Маслакова Н.Д. · 207
 Матезиус И.Ю. · 218, 220
 Махаури Л.М. · 103
 Махнёв П.А. · 144
 Махова М.А. · 106
 Мацевский Н.А. · 217
 Медведько(Борсук) А.А. · 207
 Межзакас Ф.И. · 233
 Межебовская О.И. · 36
 Мейтель И.Ю. · 26
 Месникова И.Л. · 176
 Мещерякова А.В. · 217
 Мещерякова С.А. · 143
 Микаилов С.Ю. · 287
 Мильто Е.В. · 185
 Миролотов Б.М. · 201
 Михайлов В.Д. · 124
 Михайлов В.В. · 294
 Михайлова В.В. · 288
 Михельсон В.М. · 284
 Мишин Е.С. · 144, 148, 149, 151
 Мишунина В.В. · 54
 Мищенко А.А. · 197, 277
 Молчанова Е.Г. · 91
 Морарь А.С. · 232
 Морозова М.И. · 71

Морозова Т.В. · 171
Морозова Ю.А. · 179
Мохначев А.В. · 187
Мохов А.С. · 227
Муравьева А.И. · 173
Мурашова Д.А. · 169
Мурзина А.А. · 294
Муса Х.М. · 115
Мусаев А.И. · 208
Мучник П.Ю. · 102
Мыслицкий А.С. · 55, 61

Н

Назаренко О.Н. · 87
Наумов Д.Г. · 103
Нахаёв П.В. · 125
Небойн О.Р. · 108
Неганова М.Ю. · 67
Некрасов В.А. · 100, 101, 103
Некрасов Р.А. · 205, 210, 211
Нестерова Е.Д. · 25
Николаев И.Ю. · 39
Никонова С.М. · 304
Никулова К.В. · 129
Ниязбеков К.И. · 208
Новикова А.И. · 197, 215
Новицкая Т.А. · 41, 42, 50, 62, 63
Нурсаитова Р.М. · 27

О

Объедкова Е.В. · 289, 300
Оганесян Э.Г. · 187
Одностволко М.А. · 147
Олейник Т.Л. · 72, 73
Олифер Е.А. · 212
Омаров Н.Б. · 189
Орешко Л.С. · 299
Орлинская Н.Ю. · 45, 163
Орлова Е.Б. · 148
Орницян Э.Ю. · 304
Ослопов В.Н. · 82
Отмахова М.А. · 92, 204
Ошомкова Л.В. · 159, 162

П

Павлик А.А. · 230
Павлова В.Е. · 48
Паймуллина Д.А. · 101, 107
Панченко В.Л. · 144, 151
Панчук Ю.П. · 152
Парамонов А.А. · 105
Пароникян М.В. · 193
Парцерняк А.С. · 292, 293
Парцерняк С.А. · 291, 292, 293
Пасечник О.А. · 225, 230
Паулич Ю.П. · 65
Пащинин А.Н. · 283
Пенкина Н.И. · 81, 91
Перминова А.А. · 192
Першина А.С. · 212
Першина А.Ю. · 106
Петренко М.В. · 135
Петров Д.А. · 277
Петрова А.Б. · 110
Петрова А.И. · 110, 111
Петрова В.А. · 52, 197
Петрова Е.А. · 145
Петрова Н.Н. · 23
Петрова Т.А. · 81
Петрушко М.Ю. · 44
Пирожкова Е.А. · 69
Писклина А.В. · 39
Пиханова Ж.М. · 272
Пицугина А.В. · 223
Плеханова Е.В. · 166
Плищенко И.К. · 42
Плотников Ю.В. · 262, 264
Повышев А.А. · 27, 283
Подпоронова Е.Э. · 144, 148, 149, 151, 153
Подсуслонникова Е.Д. · 70, 190, 215
Половинчикова И.Д. · 291
Полякова Т.С. · 218
Полянская М.Н. · 116
Поночевная Н.В. · 175
Попов А.В. · 304
Портнова Н.А. · 153
Пошибайлов М.А. · 101, 107
Праводелова А.О. · 142, 148, 150, 154
Прокудина О.А. · 77
Проненко А.Р. · 81
Проценко А.Р. · 199, 205
Прошин Е.Е. · 157, 159, 160, 161
Процай Г.А. · 292, 293
Пташиников Д.А. · 158
Пузырев М.О. · 206

Пух А.П. · 85
Пушкина А.В. · 294
Пчелин И.М. · 290

Р

Рагимова А.А. · 27, 92, 204
Радугин Ф.М. · 216
Разина А.А. · 62
Размозогова О.Ю. · 56
Райкова Е.Ю. · 96
Раимбеков К.Т. · 208
Раимжанова А.Б. · 200
Ракович Д.Ю. · 51
Ревенков В.А. · 140
Рекель К.В. · 294
Репинская И.Н. · 222
Родионова О.И. · 22
Романова Я.Ю. · 270
Романовская М.А. · 100
Романькова К.В. · 85
Руднева М.В. · 290, 295
Руднева Ю.А. · 73
Русак И.В. · 207
Русецкий Ю.Ю. · 26
Рыжая А.М. · 132
Рыженкова О.Н. · 302
Рыжова Н.П. · 67, 68
Рындин К.Н. · 77
Рысев Г.А. · 41
Рябых О.В. · 83
Ряполов А.В. · 147
Рянянский В.Ю. · 279

С

Сабитов Е.Т. · 189
Сабуева Д.Г. · 56, 296
Савватеева Д.М. · 21
Сагдиев А.И. · 157
Садовой С.В. · 222
Садовская Д.С. · 94
Салмин Р.М. · 198
Самодова И.Л. · 267, 269, 270
Самойлова Н.Е. · 170
Самохин Н.В. · 206
Самсонова Т.В. · 297
Саргсян С.А. · 57
Сафаров Х.Х. · 134

Свиштушкин М.В. · 21
Северин С.Е. · 173
Секретарёва Н.В. · 52
Семенов М.Г. · 294, 306, 311
Семёнова Е.А. · 59
Семенов С.С. · 39
Семенюк О.А. · 66
Семинютина И.М. · 210
Сизоненко Я.В. · 191
Силин А.В. · 308
Синицына Ю.В. · 216, 298
Сковородникова А.А. · 232
Скотин С.Д. · 187, 265
Случевская С.Ф. · 107
Смелова Е.А. · 169
Смирнов А.А. · 220
Смирнова Д.С. · 220
Смирнова К.А. · 152
Смольский В.В. · 31
Смоляницкий А.Г. · 142
Соболевская П.А. · 67
Соболь И.А. · 119
Соколова М.Г. · 89
Соколова М.И. · 89
Солдаткина Ю.А. · 96
Соловьёв А.Г. · 105
Соловьёва Е.А. · 296, 299
Соловьёва Т.С. · 45
Соляник М.А. · 109
Сорокин Р.А. · 138
Соусова Е.В. · 233
Соусова Я.В. · 60
Спивак И.М. · 284
Старовойтова Е.Ю. · 152
Стародубцев Р.А. · 283
Стегунова Н.А. · 157
Степанова Е.В. · 103
Степанюк Е.Т. · 110
Стеценко А.Г. · 306
Стрельникова Е.Г. · 289, 300
Строев Ю.И. · 67, 217, 219, 221
Ступина К.И. · 303
Султанова Ф.М. · 163
Суровцева Н.С. · 187, 265
Суханов А.С. · 115
Суховольский М.В. · 152
Сушко А.В. · 119, 135
Сырцова М.А. · 148
Сытый А.А. · 51

Т

Тараскина А.Е. · 290, 295
Татаринова М.В. · 301
Татарчук К.В. · 137
Телятникова О.Ю. · 99, 104, 106, 108
Тереньтьев А.В. · 57
Терехов А.Н. · 206
Терехов А.Ю. · 140
Терешкова М.А. · 302
Техова Г.В. · 33
Тимошенко М.Г. · 127
Тихонова Н.К. · 94
Ткаченко А.Н. · 159
Токанова Ш.Е. · 165
Толкунова К.М. · 73
Толузакова Н.В. · 232
Топанова А.А. · 294
Топузов М.Э. · 163
Топузов Р.Э. · 196
Торвик В.Б. · 112
Точиллов В.А. · 298
Тошкин К.Е. · 53
Трофимова К.Н. · 43
Трофимова С.В. · 305
Трошин Е.Л. · 146
Туморина С.З. · 228
Турдиева Ф.Ф. · 121
Тягунов Д.С. · 303

У

Улановская Е.В. · 304
Ульянкова Н.А. · 97
Умаханов З.Б. · 196
Уряшева М.А. · 32
Усанин М.Ю., · 153
Усов А.А. · 99
Устинкина В.М. · 88, 155, 156
Ушкова А.Д. · 131

Ф

Файзенберг Р.М. · 286
Фёдорова А.В. · 59
Федорова Е.А. · 110
Фёдорова Е.А. · 120
Федорова Е.Д. · 145

Федотова И.А. · 232
Федотова Т.С. · 305

Федотовская Ю.И. · 70
Филенко Б.П. · 192, 195
Филиппова А.В. · 306
Фисенко С.В. · 71
Фомичева Ю.В. · 93
Фролова Н.М. · 304

Х

Хаваяшхова И.В. · 117
Халитов Р.Р. · 24
Халова П.М. · 117
Хамурзаев И.Б. · 193
Хардинов М.А. · 188
Харитонов Е.Г. · 130
Хасан А.К. · 79
Хасанова М.Р. · 171
Хвостова М.С. · 197, 277
Хегай М.Д. · 69
Хокканен В.М. · 305
Хомутова Н.Н. · 138
Хоруужая А.Н. · 57
Храмцова Е.Г. · 81, 84, 86, 88, 90, 92

Ц

Царегородцева А.Д. · 41
Цатинян Б.Г. · 199, 205, 210, 211
Цимбалистов А.В. · 288
Цыбуля С.Н. · 175
Цыценко В.О. · 50

Ч

Чаус Т.Л. · 116
Черанёва И.В. · 307
Черкасова Е.В. · 83
Чернобровкина М.И. · 308
Чернявин М.П. · 206
Чиброва В.Ю. · 92, 204
Чилина Г.А. · 290
Чмырь А.П. · 133, 226
Чупров А.И. · 40
Чупров И.Н. · 40, 59
Чуркова М.Л. · 309

Чучуева Н.Д. · 21

Ш

Шабанова А.А. · 299
Шабалик О.В. · 64
Шалева А.Н. · 109
Шалыгин К.В. · 179, 181, 183
Шафигуллина З.Р. · 289
Шевелев И.В. · 282
Шекилиев В.А. · 310
Шепетько М.Н. · 165
Шерстнев Д.Г. · 223
Шилина М.А. · 310
Шиловец И.А. · 122
Шинкаренко И.А. · 190
Шипицына А.А. · 122, 130, 131, 137, 140
Шишков В.В. · 106
Шкурко С.Д. · 100
Шкурская К.С. · 132
Штабинская Т.Т. · 44, 49
Шулакова Е.А. · 151
Шур Н.Г. · 78
Шуркало В.В. · 205

Щ

Щербакова Е.Г. · 80

Э

Эллиниди В.Н. · 57
Эмирбеков Э.А. · 311

Ю

Юлдашева Л.Р. · 122
Юнусова Ю.Р. · 52
Юр-Кирилюк Ю.Д. · 34

Я

Яковенко А.А. · 181
Яковенко А.О. · 217
Яковенко К.А. · 113
Яковенко О.О. · 153
Яковец С.А. · 98, 176
Якунова И.А. · 126
Яцкевич В.К. · 47, 198, 213

МЕЧНИКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ-2015:
МАТЕРИАЛЫ 88-й КОНФЕРЕНЦИИ
СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА
23–24 апреля 2015 г.

«ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ»
МАТЕРИАЛЫ 3-й НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ
22 апреля 2015 г.

Часть II

Компьютерная верстка В.Н. Анисимов, М.В. Воронцов.

*При поддержке Федерации представителей молодёжных научных
обществ медицинских вузов*

<http://fyssmu.ru/mechnikov-conf-2015>

Секретариат конференции «МЕЧНИКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ-2015»:
секретарь конференции Г.В. Петрищева; председатель Совета СНО
В.Н. Анисимов; Д.С. Тягунов; Д.С. Сосин; К.А. Солодилина; К.И. Ступина;
Т.А. Кадырова; Я.Б. Цололо; С.В. Чан; Н.П. Проселков; С.С. Пруненко;
Д.В. Лаба; А.К. Бурлыко; Н.В. Чередников; А.Г. Тилькова;
М.М. Масленникова; Д.С. Зайцева.

**Секретариат конференции 3-й научно-практической конференции
молодых ученых и специалистов «ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА:
ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ»:**
Е.Б. Авалуева; С.В. Иванов; М.В. Кондрашова; Н.А. Мацневский.

Подписано в печать 09.04.2015 г.
Формат бумаги 60×84/16. Уч.-изд. л. 27,36. Усл. печ. л. 18,83.
Тираж 200 экз. Заказ № 90.

Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.