

СЕВЕРНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СЗО РАМН
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

БЮЛЛЕТЕНЬ
СЕВЕРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

III Международный молодежный
медицинский форум
«Медицина будущего – Арктике»

Выпуск XXXVIII

№ 1 (2)

Архангельск
2017

УДК 61(98)
ББК 5(001)
Б 98

Главный редактор: доктор медицинских наук, профессор, проректор по научно-инновационной работе СГМУ *С.И. Малявская*

Зам. главного редактора: кандидат медицинских наук, доцент *А.В. Лебедев*; младший научный сотрудник ЦНИЛ СГМУ *А.А. Парамонов*

Редакционная группа: студент III курса лечебного факультета *Д.А. Боровиков*

Бюллетень Северного государственного медицинского университета. материалы III Международного молодежного медицинского форума «Медицина будущего – Арктике». Вып. XXXVIII. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2017. – № 1(2). – 185 с.

В бюллетене представлены материалы III Международного молодежного медицинского форума «Медицина будущего – Арктике»: работы молодых ученых (интернов, ординаторов, аспирантов) и студентов СГМУ и других вузов. Статьи бюллетеня отражают основные направления научной работы и развития медицины: новые методы лечебно-диагностической помощи, здоровье матери и ребёнка, медико-экологические аспекты здоровья населения, проблемы охраны психического здоровья, организация медико-социальной помощи населению, совершенствование системы медицинского образования.

УДК 61(98)
ББК 5(001)

РАЗРАБОТКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРЕНАЖЕРА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЧЕЛОВЕКА ДЛЯ ОТРАБОТКИ ХИРУРГИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Афонин Б.О.¹, Посылкина А.А.²

1 – Северный государственный медицинский университет. Кафедра анатомии и оперативной хирургии. Студент 4 курса лечебного факультета. E-mail: Bossiaa@mail.com

2 – Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова. Кафедра биологии, экологии и биотехнологии. Студентка 1 курса магистратуры высшей школы естественных наук и технологий. E-mail: alena_posylkina@inbox.ru

Научный руководитель: д.м.н., проф., Мартынова Н.А.

Аннотация: В настоящее время для эффективной подготовки студентов хирургических специальностей в медицинскую образовательную практику требуется внедрение симуляционных тренажеров и систем, имитирующих внутреннюю структуру организма и позволяющие создавать различные клинические ситуации. Однако приобретение подобного оборудования затруднено, а в ряде образовательных организаций невозможно в связи с существенными финансовыми затратами. Нами разработан эндоскопический тренажер брюшной полости человека, включающий в себя модели передней брюшной стенки, желудка, печени, желчного пузыря и кишечника. Отработка хирургических манипуляций осуществляется посредством использования эндоскопических инструментов и видеокамеры, вводимых в полость тренажера, а также видеомонитора, позволяющего контролировать действия оператора.

Ключевые слова: эндоскопический тренажер, эндоскопия, мануальные навыки, хирургия.

В настоящее время в медицинской практике наблюдается активный переход от традиционных хирургических операций к использованию малоинвазивных эндоскопических методик [3]. При этом перед кафедрами оперативной хирургии и топографической анатомии ставятся совершенно новые принципы подготовки специалистов. Традиционные методы теоретического (атласы, плакаты, наглядные пособия) и практического (отработка навыков на лабораторных животных и биологическом материале) обучения имеют недостатки, в том числе существенные финансовые затраты на содержание вивария, а также отсутствие законодательной базы, регламентирующей передачу университетам анатомического материала [1, 2].

На сегодняшний день передовыми компаниями по производству медицинского оборудования ведутся непрерывные разработки симуляционных тренажеров, основанных на 3D графике и имитирующих внутреннюю структуру организма, позволяя создавать практически любые клинические ситуации во время обучения [4, 5, 6]. Следует отметить, что приобретение подобного оборудования большинством медицинских образовательных организаций России связано с существенными финансовыми затратами, поэтому разработка собственных эндоскопических тренажеров, позволяющих отрабатывать мануальные навыки будущих хирургов, достаточно актуальна.

Нами разработан эндоскопический тренажер, имитирующий брюшную полость человека и включающий модели внутренних органов: желудка, печени, желчного пузыря и кишечника.

В качестве каркаса тренажера был выбран манекен верхней части туловища мужчины, часть передней брюшной стенки которого была удалена с целью замены ее на искусственную кожу. В качестве материала, позволяющего имитировать кожный и жировой покров передней брюшной стенки, нами был использован неопрен, покрытый тонким слоем силиконового компаунда. Такое покрытие создает эффект эластичности кожных покровов, а также позволяет поддерживать необходимое положение хирургических инструментов во время проведения хирургических манипуляций.

Для создания моделей желудка, печени и желчного пузыря был применен силиконовый компаунд, который отливали на парафиновой заготовке, соответствующей анатомическим формам и размерам органа.

При создании модели кишечника использовали заранее подготовленный фрагмент ткани, состоящий на 89 % из полиамида и на 11 % из эластана, на который тонким слоем наносили силиконовый компаунд, после затвердевания которого ткань нужным образом соединяли.

Для получения максимальной анатомической идентичности модели кишечной трубки нативной петле кишки был учтен ее диаметр, обеспечивающий максимальный уровень проходимости. Подобный алгоритм был использован нами и при создании модели брыжейки.

Отработка хирургических манипуляций на тренажере осуществляется посредством введения через переднюю брюшную стенку эндоскопических инструментов, а также видеокамеры со светодиодом, передающей изображение на видеомонитор и позволяющей контролировать действия хирурга.

Принимая во внимание минимальные затраты на расходные материалы для создания моделей внутренних органов, высока вероятность их многократного использования и замены на вновь создаваемые.

Тренажер имеет серьезные перспективы для дальнейшего усовершенствования и развития, он позволит ординаторам, студентам и слушателям курсов последипломного образования отрабатывать хирургические манипуляции.

Литература:

1. Большаков О.П., Симбирцев С.А. Некоторые проблемы преподавания оперативной хирургии и топографической анатомии // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 2010. № 4. С. 95–98.
2. Гайворонский И.В., Гайворонский А.И. Инновационные технологии в преподавании дисциплины «Анатомия человека» // Медицина. XXI век. 2008. № 10. С. 38–43.
3. Горшков М.Д., Логвинов Ю.И. Принципы построения обучающего симуляционного курса по основам лапароскопической хирургии // Виртуальные технологии в медицине. 2015. № 1. С. 16–23.
4. Горшков М.Д., Никитенко А.И. Применение виртуальных симуляторов в обучении эндохирургов – обзор российского и мирового опыта // Виртуальные технологии в медицине. 2009. № 1. С. 18–22.
5. Гуслев А.Б. Виртуальные тренажеры при обучении базовым навыкам эндовидеохирургии // Медицина. XXI век. 2008. № 11. С. 134–136.
6. Влияние компьютерных технологий на симуляционное обучение в медицине / Е.В. Шматов, Ю.И. Логвинов, Л.Э. Хромова // Виртуальные технологии в медицине. 2015. № 2. С. 23.

РАНЕВОЕ ПОКРЫТИЕ С ХЛОРГЕКСИДИНОМ И МЕТРОНИДАЗОЛОМ В ЛЕЧЕНИИ РАН

Григорьян А.Ю.¹, Горохова А.С.², Белозерова А.В.³

1 – ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, доцент кафедры. E-mail: arsgriгорian@mail.ru 2 – ОБУЗ «Тимская центральная районная больница», отделение общей хирургии, зав. отделением. 3 – ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, студент 6 курса лечебного факультета.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Бежин А.И.

Аннотация: В статье представлены результаты экспериментального лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей с использованием раневого покрытия (пленки), содержащего хлоргексидина биглюконат и метронидазол в сравнении с официальной мазью «Левомеколь». Эксперименты произведены на 108 белых крысах-самцах породы Вистар. На основании микробиологического, планиметрического, гистологического методов исследования и статистической обработки данных было доказано, что применение разработанного нами препарата в лечении гнойных ран оказывает выраженное ранозаживляющее действие.

Ключевые слова: гнойная рана, раневое покрытие, хлоргексидина биглюконат, метронидазол.

На сегодняшний день перед хирургами остро стоит проблема профилактики нагноения чистых и лечения гнойных ран. По литературным данным гнойные осложнения составляют от 32 % до 45 % от всех хирургических заболеваний, доля внутригоспитальной инфекции составляет от 12 % до 20 %, а летальность порой достигает 25 % [1, 3]. Данное обстоятельство связано с широким распространением микроорганизмов-возбудителей гнойной инфекции, которые стали резистентными к большинству известных антибиотиков [2, 4].

Цель исследования: изучить ранозаживляющую активность разработанного нами многокомпонентного раневого покрытия (пленки) с Хлоргексидина биглюконатом и Метронидазолом в сравнительном аспекте с официальной мазью «Левомеколь».

Материалы и методы. Раневое покрытие (пленка) содержит в качестве лечебных компонентов антисептик хлоргексидина биглюконат 0,05 % и стимулятор регенерации метилурацил, содержит в качестве основы полиэтиленоксид с молекулярной массой 400 (ПЭО-400) и натриевую соль карбоксиметилцеллюлозы (Na-КМЦ), так же в качестве лечебного компонента – метронидазол, в качестве анестетика содержит лидокаина гидрохлорид, в качестве стабилизатора – глицерин. Эксперименты *in vivo* выполнены на 108 белых крысах-самцах породы «Вистар». Для исследования отбирали животных массой 181,7±4,20 г. Животным под наркозом в стерильных условиях моделировалась гнойная рана

по следующей методике П.И. Толстых. Через 48 часов после моделирования у всех животных формировался абсцесс со всеми характерными признаками воспаления. Экспериментальные животные были разделены на 3 серии: 1 – модель (лечение не проводилось), 2 – контроль (проводили лечение мазью «Левомеколь»), 3 – опытная (проводили лечение разработанным нами средством (пленки размером 2х2 см)). Перевязки экспериментальным животным во всех сериях производили один раз в день, ежедневно в течение 14 суток.

Результаты. Исходные экспериментальные раны у всех животных были сопоставимы по своей площади ($251,8 \pm 5,65$ мм²). Скорость заживления в опытной серии была максимальной на отрезке 1-3 сутки ($20,9 \pm 0,85$ %/сутки), что достоверно превосходило значения в остальных сериях, затем скорость заживления постепенно снижалась, что указывает на максимальную активность препарата в первую фазу раневого процесса.

Во всех сериях микробная обсемененность ран на 1-е сутки составляла в среднем $14,8 \pm 1,95 \times 10^7$ КОЕ/г. С течением времени во всех сериях происходило уменьшение микробной обсемененности ран. Статистически значимые отличия между опытной серией ($9,7 \pm 1,25 \times 10^4$) и контролем ($15,5 \pm 0,38 \times 10^4$) были отмечены начиная с 8 суток наблюдения, что свидетельствует о высокой деконтаминационной активности разработанного нами препарата.

Гистологическое изучение микропрепаратов ран производили на 1-е, 5-е, 10-е сутки от начала лечения после выведения животного из эксперимента. Во всех сериях к первым суткам после моделирования раневого дефекта вся поверхность раны была покрыта массивным фибринозно-гнойными массами, в которых обнаруживалось большое количество погибших лейкоцитов. Подлежащие ткани резко отечны и инфильтрированы полиморфно-ядерными лейкоцитами (ПЯЛ) и макрофагами на разных стадиях дифференцировки, пучки коллагеновых волокон разрыхлены и разделены друг от друга очагами инфильтрата. На 5 сутки наблюдения в контрольной серии рана покрыта лейкоцитарно-некротическим струпом, под струпом грануляционная ткань, признаки эпителизации отсутствуют. Глубокие участки дермы несколько отечны. В опытной серии грануляционная ткань покрыта фибрином и достаточно четко отграничена грануляционным валом. В молодой грануляционной ткани наблюдаются ярко выраженные процессы неогенеза. На 10 сутки в контрольной серии происходит формирование эпителиального вала на границе раневого дефекта. Грануляционная ткань четко отграничена от интактной дермы и инфильтрирована лейкоцитами. Во всех гистопрепаратах опытной серии отмечалось полное покрытие грануляций эпидермисом. Производные эпидермиса отсутствовали по всей площади раневого дефекта.

Заключение. Полученные результаты планиметрического, микробиологического и гистологического исследования гнойных ран свидетельствуют о более выраженном положительном эффекте санации раны разработанным нами препаратом, чем мазью «Левомеколь». Кроме того, было отмечено, что максимальная активность опытного препарата приходится на первую фазу раневого процесса и способствует более раннему началу регенерации. Данный результат достигается высокой абсорбционной активностью полиэтиленоксида и натриевой соли карбоксиметилцеллюлозы, а так же высокой противомикробной активностью при сочетании хлоргексидина биглюконата и метронидазола, что приводит к уменьшению срока течения первой фазы раневого процесса, а наличие в составе метилурацила способствует раннему началу и ускорению процесса регенерации.

Литература:

Глухов А.А., Микулич Е.В., Алексеева Н.Т., Остроушко А.П. Показатели окислительного стресса и антиоксидантной защиты как критерии качества лечения хронического экспериментального остеомиелита // Новости хирургии. 2013. Т. 21, № 6. С. 10-16.

Григорьян А.Ю., Бежин А.И., Панкрушева Т.А., Кобзарева Е.В., Жилыева Л.В., Мишина Е.С. Морфологическое обоснование применения некоторых антисептиков в лечении ран // Медицинский вестник северного кавказа. 2015. Т.10, № 3 (39). С.292-295. DOI -<http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2015.10068>

Касьянов А.А., Созинов В.А., Пономарев И.Н. Лечение ран препаратом «Альгапэг» // Вестник АПК Ставрополя. 2015. № S1. С. 153-156.

Суковатых Б.С., Бежин А.И., Панкрушева Т.А., Григорьян А.Ю., Жилыева Л.В., Кобзарева Е.В., Андрухина Е.Г., Мишина Е.С. Лечение гнойных ран иммобилизованными формами антисептиков // Врач. 2016. № 3. С. 16-20.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ» НА БАЗЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

*Зимин Д.А.¹, Иевлев А.И.², Калашников А.Р.³, Прилуцкий О.В.⁴,
Дядицина М.В.⁵, Прилуцкий В.О.⁶*

¹ Северный государственный медицинский университет, кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, ассистент, Северодвинская городская больница № 2 скорой медицинской помощи, хирург, челюстно-лицевой хирург, пластический хирург, e-mail: dmitriyzimin029@gmail.com

² Северодвинская городская больница № 2 скорой медицинской помощи, главный врач

³ Северодвинская городская больница № 2 скорой медицинской помощи, хирург, пластический хирург

⁴ Северодвинская городская больница № 2 скорой медицинской помощи, заведующий хирургическим отделением, хирург

⁵ Северодвинская городская больница № 2 скорой медицинской помощи, заведующая отделением платных медицинских услуг

*⁶ Северодвинская городская больница № 2 скорой медицинской помощи, хирург, онколог
Научный руководитель: профессор, д.м.н. Минкин А.У.*

В 2009 году с целью совершенствования подготовки врачей и повышения качества оказания хирургической помощи населению приказом Министерства здравоохранения и социального развития № 415н в России была введена специальность «пластическая хирургия», а в 2012 году был утвержден порядок оказания медицинской помощи по данному профилю. На протяжении 6,5 лет путь к этой специальности лежал через профессиональную подготовку на базе медицинских образовательных учреждений в объеме не менее 500 академических часов. Приказ № 707н от 08.10.2015 года радикально изменил ранее утвержденную концепцию, теперь чтобы стать пластическим хирургом необходимо пройти обучение в очной 2-х летней ординатуре.

Слово *plasticos* с греческого означает «формировать, создавать», что подразумевает пластику (формирование) измененных тканей, органов или частей тела, поэтому слово «пластический» является основополагающим в названии специальности. Целью пластической хирургии является хирургическая коррекция или устранение врожденных, приобретенных деформаций лица и тела для улучшения внешности и качества жизни человека.

Пластическая хирургия как самостоятельная дисциплина начала развиваться в 40- 50-е годы двадцатого столетия в Англии и США, хотя основные принципы ее были изложены еще в 20-е годы. В настоящее время пластическая хирургия развивается огромными темпами, все больше и больше совершенствуются методики и подходы к проведению тех или иных пластических операций. Пластические хирурги не без оснований полагают, что коррекция косметологических недостатков различной природы, проявляющихся во внешности человека без симптомов какого-либо заболевания, является актуальной в современном обществе. В этой связи, появился прецедент реализации концепции пластической хирургии в многопрофильном медицинском учреждении Архангельской области. В хирургическом отделении Северодвинской городской больницы № 2 СМП на основе современных достижений медицины и опыта ведущих отечественных и европейских медицинских центров создана система, позволяющая в многопрофильном стационаре реализовать концепцию пластической хирургии. Деятельность организована на базе хирургического отделения в соответствии с действующим законодательством. Сформирован штат врачей, включающий в себя 3 врача-пластических хирурга и 2 врача-онколога. В результате на базе многопрофильного стационара сформированы основные направления пластической хирургии. Для реализации концепции пластической хирургии в многопрофильном стационаре создана структурно-функциональная модель, состоящая из: хирургического отделения, центрального операционного блока, отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, клинической лаборатории, отделения эндоскопии, службы крови, физиотерапевтического отделения и отделения лучевой диагностики.

За период с марта по декабрь 2016 года (10 месяцев) выполнены различные оперативные вмешательства, направленные на устранение врожденных или приобретенных деформаций покровных тканей различного генеза у 74 пациентов (эстетическая и реконструктивная пластическая хирургия). В январе 2017 года успешно выполнена первая в истории Архангельской области операция по коррекции возрастных изменений лица с использованием эндовидеохирургической техники.

Таким образом, на базе хирургического отделения многопрофильного стационара эффективно ре-

ализована концепция специальности «пластическая хирургия». В работе применяется полный арсенал методов пластической хирургии, что позволяет использовать его как учебную базу для подготовки студентов и врачей.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Лочехина Е.Б.¹, Мирзоева Набат Арзу Кызы.²

1 – Северный государственный медицинский университет. Кафедра хирургии. Студентка 5 курса педиатрического факультета. E-mail: logYginya@yandex.ru. 2- Северный государственный медицинский университет. Кафедра хирургии.

Студентка 5 курса лечебного факультета. E-mail: aydan140994@mail.ru

Научный руководитель: к.м.н. Тарасова Н.К.

Аннотация: Проведен анализ отдаленных результатов хирургического лечения пациентов послеоперационными вентральными грыжами, у которых были выполнены различные методы пластики грыжевых дефектов. Для оценки качества жизни был применен опросник SF-36. Исследование показало, что использование сетчатых протезов для пластики грыжевых ворот не приводит к снижению физического и психического компонентов здоровья.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, качество жизни, рецидив грыжи

Оценить результаты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж необходимо не только в ближайшем, но и в отдаленном послеоперационном периоде. В отдаленные сроки наиболее характерным осложнением является рецидив грыжи [3]. Кроме того, остаются нерешенными проблемы развития хронической боли, дискомфорт в послеоперационном периоде [2]. В современной медицине широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем». В настоящее время исследование качества жизни является удобным и информативным методом, позволяющим оценить самочувствие пациентов, эффективность любого вида лечения и динамики заболевания [1].

Проведено анкетирование и объективное обследование 31 пациента, которые были оперированы на базу ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им.Е.Е. Волосевич» по поводу послеоперационных вентральных грыж. Послеоперационный период составил от 1 года до 10 лет. Для оценки качества жизни проводили анкетирование с использованием стандартизированного русифицированного опросника SF-36. Для статистической обработки результатов исследования использовали программу SPSS, версия 17. В исследуемой группе было 3(9,7 %) мужчины и 28(90,3 %) женщин, средний возраст больных составил 63,93±2,45 лет. По данным историй болезни было установлено, что по классификации К.Д. Тоскина и В.В. Жебровского (1982) у 4 (12,9 %) пациентов были малые грыжи (до 10 см в диаметре), у 2 (6,5 %) больных – средние размеры грыж (11-20 см), у 12(38,7 %) больных отмечались большие грыжевые выпячивания (21-25 см), а у 5 (16,1 %) – они были гигантскими(26-40 см). По локализации преобладали эпи и мезогастральные грыжи – у 24 больных(77,4 %), в гипогастральной области были грыжи лишь у 7(22,6 %) пациентов. По данным протоколов операций было установлено, что размеры грыжевых дефектов по SWR классификации Chevrel J.P., Rath A.M.,(2000) преобладали малые грыжи (до 5 см) – у 19(61,3 %) больных. Средние грыжи (6-10 см) были отмечены у 9(29 %) больных, а большие грыжи (более 11 см) всего у 3 (9,7 %) пациентов. По виду пластики грыжевых дефектов пациенты были распределены следующим образом: надапоневротическая (onlay) пластика выполнена 20(64,5 %) больным, подапоневротическая (sublay) пластика была использована у 7(22,6 %) больных, пластика с использованием местных тканей была применена у 3 (9,7 %) больных и у 1(3,2 %) больного выполнена корригирующая пластика полипропиленовым сетчатым имплантатом. При аллопластике у 8 (25,8 %) больных был использован сетчатых протез малых размеров (до 15 см). У 12(38,7 %)- имплантат был средних размеров (16-25 см) и у 8(25,8 %) пациентов выполнена пластика сетчатым протезом размером более 25 см. При анкетировании пациентов было установлено, что у 21(67,8 %) больного не было ощущения инородного тела после операции. У 10(32,2 %) пациентов чувство инородного тела сохранялось от 1 месяца до 6 месяцев, но в течение этого времени эти ощущения исчезли. Рекомендации по ношению бандажа не менее 6 месяцев соблюдали 22(77,4 %) больных, а по ограничению физических нагрузок лишь 16(51,1 %) пациентов. Рецидив грыжи после операции возник у 10 (32,3 %) больных. При оценке качества жизни по результатам опросника SF-36 были подсчитаны показатели психического (МН) и физического (РН) компонентов здоровья. Значения этих показателей выражаются в баллах от 0 до 100, где 100- наилучший показатель качества жизни. При анализе результатов исследования установлено, что размер сетчатого имплантата достоверно не влияет на физическое здоровье пациента. Так, при сетке малых размеров РН

составляет 55,7 баллов, а при больших – 52,5 ($p > 0,05$). Показатели физического здоровья при пластике местными тканями выше, чем при имплантации сетчатых протезов: 58 против 53. Однако достоверной разницы не получено. Кроме того, необходимо учитывать, что пластика местными тканями проводилась при грыжах малых размеров. Наличие рецидива грыжи после операции достоверно снизило показатели физического здоровья. РН при рецидиве грыжи составил 48,3, а при отсутствии рецидива – 56,3 ($p < 0,05$). При этом имеется умеренная корреляционная связь между физическим здоровьем и наличием рецидива грыжи (0,49). На показатели психического компонента здоровья (МН) повлияли такие факторы, как размер сетчатого имплантата и наличие рецидива грыжи. Так, показатели МН при имплантации сеток малых размеров составил 59,6 против 53,7 при имплантации сеток больших размеров ($p < 0,05$). Выявлена умеренная корреляционная связь между состоянием психического здоровья и размером сетчатого протеза (0,436). Наличие рецидива грыжи снизил показатели физического здоровья до 49,9 баллов против 58,6 при отсутствии рецидива грыжи ($p < 0,05$). При этом установлена умеренная корреляционная связь между наличием рецидива грыжи и состоянием психического здоровья (0,439). Такие показатели, как размеры грыжевых выпячиваний, грыжевых дефектов и вид пластики достоверно не повлияли на качество жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Таким образом, для оценки эффективности хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж необходимо проводить анализ отдаленных результатов. Объективный осмотр пациентов позволяет выявить рецидивы грыжи и рекомендовать больным повторное оперативное лечение с учетом применения современных технологий и синтетических протезов. Анкетирование пациентов с использованием опросника SF-36 показало, что аллопластика не снижает качество жизни больных в послеоперационном периоде по сравнению с пластикой местными тканями.

Литература:

1. Абдурахманов Ю.Х., Попович В.К., Добровольский С.Р. Качество жизни больных послеоперационной вентральной грыжей в отдаленном периоде // Хирургия. 2010. №7. С.32-36.
2. Винник Ю.С., Чайкин А.А., Назарьянц Ю.А., Петрушко С.И., Климов Н.Ю. Отдаленные результаты лечения больных послеоперационными вентральными грыжами // Хирургия. 2014. №10. С.52-55.
3. Седов В.М., Гостевской А.А., Тарбаев С.Д. Сетчатые имплантаты из поливинилденфторида в лечении грыж брюшной стенки. // Вестник хирургии. 2008. №2. С.17-21.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ

Шнейвейс А.М.

Архангельск, Россия. Северный государственный медицинский университет.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВХ. Ординатор II года кафедры травматологии, ортопедии и ВХ. ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница».

E-mail: ashneyveys@yahoo.com

Научный руководитель: д.м.н., доцент Матвеев Р.П., к.м.н. Брагина С.В.

Аннотация: Изучены результаты консервативного и оперативного методов лечения переломов дистального метаэпифиза лучевой кости со смещением.

Ключевые слова: перелом лучевой кости в типичном месте со смещением, повреждение дистального лучелоктевого сустава (ДЛЛС).

Актуальность.

Число пациентов с переломом дистального метаэпифиза (ДМЭ) лучевой кости растет. Со времен А. Колеса медицинский мир не пришел к «золотому стандарту» лечения многообразных форм переломов ДМЭ лучевой кости, а также ассоциированных с ним повреждений мягкотканых структур. В настоящее время в некоторых клиниках использование внутренней фиксации достигает 42 % среди всех переломов ДМЭ лучевой кости [1]. Однако, по данным мета-анализа, оценивающего 46 статей и 1520 пациентов, в целом нет очевидных доказательств преимущества данного метода лечения над другими существующими [3]. Из мета-анализа Cochrane Institute нет достоверных клинических рекомендаций о способах репозиции, методах обезболивания, консервативного или хирургического лечения, реабилитации [2].

Цель: оценить способы, сроки и результаты лечения пациентов с переломами лучевой кости в типичном месте со смещением.

Методы. Материалом исследования послужил ретроспективный анализ лечения 85 пациентов старше 18 лет с переломами ДМЭ лучевой кости со смещением за период 2012-2015 гг., в том числе использовано

хирургическое лечение у 36 (42,4 %) и консервативное у 49 (57,6 %) человек. Базами исследования были 3 лечебно-профилактических учреждения г. Архангельска. Оценка полученных отдаленных результатов проводилась с использованием двух шкал для верхней конечности – DASH и Mayo Wrist Score.

Результаты и их обсуждение. Большинство исследуемых женщины – 77 (90,5 %) человек. Средний возраст пациентов (56,6±1,5) лет (min = 18. max= 86). Причем пациенты, лечившиеся консервативно, значимо старше на 9,4 года (60,6±1,7 лет) ($t = 3,1$; $df = 68$; $p = 0,002$) пациентов, получивших хирургическое лечение (51,2±2,4 года).

По классификации АО/ASIF (Muller et al., 1990) в равной степени встречались все 3 типа переломов: тип А – у 31 (36,5 %) пострадавшего, тип В – у 28 (32,9 %), тип С – у 26 (30,6 %). При консервативном лечении переломов ДМЭ лучевой кости доминировали наиболее простые повреждения типа А – 22 (44,9) %, меньшим числом представлены более сложные повреждения типа В – 17 (34,7 %) и типа С – 10 (20,4 %) случаев. При хирургическом методе наоборот доминировали сложные повреждения типа С – 16 (44,4 %), меньшее число составили повреждения типа В – 11 (30,6 %) случаев и простые повреждения типа А – 9 (25,0 %) случаев. Таким образом, консервативный метод значимо чаще в 1,8 раза применялся при простых переломах типа А ($\chi^2 = 3,55$; $df = 1$; $p = 0,05$) и значимо реже в 2,2 раза при переломах типа С ($\chi^2 = 5,65$; $df = 1$; $p = 0,017$). Разгибательные переломы составили большинство – 78 (92,9 %).

Сроки выполнения закрытой ручной репозиции после травмы у 21 (24,7 %) пациента составили 35 – 60 минут, у 32 (37,6 %) – 2-6 часа, у 9 (10,6 %) – 7-24 часа, у 6 (7,1 %) – 2-7 дней. Не проводилась закрытая ручная репозиция в районных больницах у 17 (20 %) пациентов.

Изучены результаты закрытой ручной репозиции у 64 пациентов. До репозиции показатели радио-ульнарного угла: выраженная импрессия с лучевой инклинацией имела у 17 (26,6 %) пациентов, радио-ульнарный угол 0° – у 13 (20,3 %) пострадавших, у остальных 34 (53,1 %) пациентов имелся угол лучевой инклинации 15,2±1,0°. После репозиции данный угол составил в среднем 18,6±0,5° (что ниже нормы на 4 градуса), у 4 пациентов он остался нулевым и у 1 пациента с отрицательной лучевой инклинацией.

До репозиции показатели радио-волярного угла: в 59 (92,2 %) случаях угол ладонной инклинации был отрицательным с тыльным наклоном – 28,5±1,8°, в 2-х случаях 0° и в 3-х случаях имелся перелом Смита с углом ладонной инклинации 23,3±5,3°. После репозиции достигнуто значительное улучшение рентгенологических параметров: радио-волярный угол у 27 (42,2 %) человек стал положительным 10,6±0,7°, у 30 (46,9 %) составил 0°. У 7 (10,9 %) человек сохранился отрицательный угол ладонной инклинации с тыльным наклоном – 24,0±7,0°, но со значимым снижением числа таких пациентов в 8,5 раз ($\chi^2 = 84,6$; $df = 1$; $p < 0,0001$). Таким образом, ранняя и правильно выполненная ручная репозиция является обязательным этапом лечения стабильных переломов ДМЭ лучевой кости со смещением.

Хирургическое лечение проведено у 36 (42,4 %) пациентов: 20 (55,6 %) пациентам выполнен на-костный металлоостеосинтез (МОС) (в т.ч.: 10 – с корригирующей остеотомией, 2 – с корригирующей остеотомией и костной аутопластикой), 13 (36,1 %) проведен МОС спицами Киршнера, 3 (8,3 %) пациентам внеочаговый остеосинтез. Среднее время до операции 27,5±5,2 дня. Изучены результаты хирургического лечения. Радиоульнарный угол до операции у 12 (33,3 %) пациентов был отрицательный с выраженной импрессией, у 10 (27,8 %) – 0°, у 13 пациентов. 12,9±2,0°. Хирургическое лечение позволило устранить грубые смещения у всех пациентов и среднее значение лучевой инклинации составило 21,0±0,6°, в то время как при консервативном лечении радиоульнарный угол удалось восстановить в меньшей степени – до 18,6±0,5° и различия в 3 градуса значимы ($t=3,39$; $df = 69$; $p = 0,0011$). До операции угол ладонной инклинации был отрицательным в большинстве случаев 29 (80,5 %) человек – 25,1±2,4°, нулевым в 6 (16,7 %) случаях и слабо положительным до 5° в 1 (2,8 %) случае. В результате хирургического лечения радио-волярный угол восстановлен у 27 (75,0 %) пациентов в среднем до 10,1±0,6°, у 8 (22,2 %) угол составил 0° и у 1 (2,8 %) слабо отрицательный до -5°.

При сравнении результатов консервативного и хирургического лечения: величина угла ладонной инклинации не отличается; удельный вес пациентов с восстановленным углом ладонной инклинации при хирургическом лечении значимо превышает в 1,8 раза удельный вес пациентов при консервативном лечении ($\chi^2 = 9,99$; $df = 1$; $p = 0,0015$); удельный вес пациентов с восстановленным углом ладонной инклинации до 0° при хирургическом лечении значимо превышает в 2,1 раза удельный вес пациентов при консервативном лечении ($\chi^2 = 5,94$; $df = 1$; $p = 0,014$). Таким образом, результаты рентгенометрии лучезапястного сустава (ЛЗС) после хирургического лечения значительно лучше, чем консервативного.

Осложнения при консервативном лечении 82 человек прослежены (с учетом пациентов лечившихся консервативно до операции) у 41 (50,0 %): у 20 (24,4 %) вторичное смещение отломков, тугоподвижность пальцев кисти и ЛЗС – у 16 (19,5 %), невропатия лучевого, срединного или локтевого нерва – у 5 (6,1 %), болевой синдром – у 2 (2,4 %) пациентов. Осложнения при хирургическом лечении 34 человек были выявлены у 10 (29,4 %): тугоподвижность пальцев кисти и ЛЗС – у 5 (14,7 %), послеоперационная невропатия лучевого нерва – у 2 (5,9 %), спонгиозное воспаление – у 2 (5,9 %), дискомфорт от металлокон-струкции – у 2 (5,9 %) пациентов. При хирургическом лечении частота осложнений значимо в 1,7 раз меньше, чем при консервативном ($\chi^2 = 4,14$; $df = 1$; $p = 0,041$).

Отдаленные результаты лечения через 2-4 года оценивались комплексно у 85 пациентов на осно-вании данных объективного исследования (измерения биомеханики, объема движений, восстановления

чувствительности), данных субъективной оценки пациентом функции кисти (использованы опросники неспособности руки и кисти – DASH и Mayo Wrist Score). Деформация предплечья отмечена у 19 (22,4 %) исследуемых, в том числе после консервативного лечения у 13 (26,5 %) и после хирургического лечения у 6 (16,7 %) человек ($p < 0,05$). Боль в проекции сросшегося перелома испытывали 34 (40 %) исследуемых, в том числе боль при физической нагрузке и на смену погоды – 28 (32,9 %), боль в покое – 6 (7,1 %) пациентов. После хирургического лечения у 21 (58,3 %) человек частота болевого синдрома значимо в 2,2 раза выше, чем после консервативного у 13 (26,5 %) человек ($\chi^2 = 5,77$; $df = 1$; $p = 0,016$). Оценка выраженности боли проводилась по шкале ВАШ, средний показатель составил 3,7 балла. Пациенты в равной степени удовлетворены исходом лечения: 31 (86,1 %) при хирургическом лечении и 40 (81,6 %) при консервативном лечении.

Большинство пациентов имели практически полный объем движений. Супинация в ДЛС восстановилась до нормального объема у 75 (88,2 %) человек, у 10 (11,8 %) имелось ограничение супинации. Отличные результаты (90-100 баллов по Mayo Wrist Score) достигнуты у 52 (61,2 %) пациентов, среднее значение DASH 2,7. Хорошие результаты (80-90 баллов) – у 17 (20 %) пациентов, среднее значение DASH 11,9. Удовлетворительные результаты (60-80 баллов) – у 14 (16,5 %) пострадавших, среднее значение DASH 26,1. Плохие результаты (менее 60 баллов) получены у 2 (2,6 %) пациентов, среднее значение DASH 44,25.

Выводы. Повреждения дистального метаэпифизарного отдела предплечья сопровождаются серьезными осложнениями, приводящими к стойкому болевому синдрому и ограничению функции в кистевом суставе и всей верхней конечности. Для профилактики осложнений имеется необходимость выявлять рентгенологические признаки нестабильности перелома и дифференцированно подходить к выбору методов консервативного и хирургического лечения.

Литература:

1. Chung KC, Shauver MJ, Yin H, Kim HM, Baser O, Birkmeyer JD. Variations in the use of internal fixation for distal radial fracture in the United States medicare population // J Bone Joint Surg Am. 2011;93A(23):2154–62.
2. Handoll HHG, Huntley JS, Madhok R. External fixation versus conservative treatment for distal radial fractures in adults // Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3):CD006194. doi: 10.1002/14651858. CD006194.pub2 .
3. Margaliot Z, Haase SC, Kotsis SV, Kim HM, Chung KC. A meta-analysis of outcomes of external fixation versus plate osteosynthesis for unstable distal radius fractures // J Hand Surg Am. 2005;30A(6): 1185–99.

ПРОБЛЕМЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ РЕПЕРФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В КАРОТИДНОМ БАСЕЙНЕ

Д. А. Волков¹, С. Е. Панкратьев², И. Б. Антонов²

Северный государственный медицинский университет, кафедра анестезиологии и реаниматологии, студент, 6 курс, лечебный факультет, E-mail: dmitrii_volkov_93@mail.ru¹, ГБУЗ Архангельской области «Первая ГКБ им. Е.Е. Волосевич»²

Научный руководитель: к.м.н. В. А. Саскин, проф. д.м.н. Э. В. Недашковский

Аннотация: В данном клиническом случае описан 71 летний пациент с ишемическим инсультом в бассейне правой средней мозговой артерии, поступивший в период «терапевтического окна», но имевшим противопоказания для реперфузионной терапии методом системного тромболизиса. Ему выполнено комбинированное внутриартериальное лечение с хорошим функциональным восстановлением.

Ключевые слова: Ишемический инсульт, тромболитическая терапия, механическая тромбэктомия.

Введение. Ишемический инсульт (ИИ) занимает второе место в структуре причин смерти во всем мире уступая первенство лишь заболеваниям сердца [10]. Несмотря на широкое внедрение внутривенного тромболизиса, как наиболее доказанного метода лечения пациентов с ИИ, возможности системной тромболитической терапии (сТЛТ) ограничены как в отношении клинической эффективности и «временного окна», так и по успешности реканализации.

Внутрисосудистые методики показаны преимущественно при окклюзии или сужении магистрального артериального ствола, а так же при наличии противопоказаний для сТЛТ [1, 3]. В ряде исследований показано, что использование механической тромбэктомии (ТЭ) безопасно и эффективно спустя даже 8 часов от возникновения симптомов [5, 6, 8], а комбинации механической ТЭ и сТЛТ демонстрируют преимущество перед классической сТЛТ [7, 9, 11].

Цель работы: Продемонстрировать эффективность комбинированной реперфузионной терапии в лечении ишемического инсульта.

Клинический случай. Пациент П., 71 год, доставлен в Региональный сосудистый центр (РСЦ) бригадой скорой медицинской помощи минуя приемное отделение с диагнозом «ОНМК». Экспозиция неврологического дефицита на момент госпитализации составила 3 часа 30 минут.

При поступлении состояние тяжёлое, сознание на уровне оглушения. Клиника полного каротидного синдрома слева – признаки левосторонней гемианопсии, парез взора влево, центральный левосторонний прозопарез, левосторонняя гемипарестезия и гемиплегия. Суммарная оценка по шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS – National Institute of Health Stroke Scale) достигла 26 баллов. Артериальное давление 190/90 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 78 ударов, частота дыхательных движений – 16 в минуту.

Комплекс диагностических мероприятий включал в себя выполнение нейровизуализации, дуплексного сканирования (ДС) артерий шеи и оценки лабораторных параметров, соответственно действующим клиническим рекомендациям [2, 3, 8]. Спиральная рентгеновская компьютерная томография (РКТ) головного мозга не выявила структурных изменений. При выполнении ДС обнаружены признаки интракраниальной окклюзии правой внутренней сонной артерии (ПВСА).

Оцененная тяжесть неврологического дефицита по NIHSS в сочетании с экспозицией более 3 часов препятствовали проведению сТЛТ [2, 3, 8]. Для оценки возможности внутриартериальной процедуры реканализации кровотока пациент транспортирован в ангиорентгенологическую операционную, где при церебральной ангиографии (ЦАГ) была подтверждена окклюзия ПВСА, соответствующая оценке TIMI 0 (TIMI – Thrombolysis In Myocardial Infarction). Выполнен селективный тромболитический алтеплазой (Актилизе®, Берингер Ингельхайм), при контрольной ЦАГ – без реканализации. Вторым этапом реперфузионной терапии выполнена ТЭ с использованием стент-ретривера (Solitaire™ FR, Covidien). Контрольная ЦАГ визуализировала восстановленный кровоток по артериям правого каротидного бассейна (TIMI 3).

Стандартная (базисная) терапия ИИ после проведенной реперфузионной терапии проводилась в соответствии с современными отечественными и международными рекомендациями [3, 4, 8].

На контрольной РКТ головного мозга в правом полушарии визуализированы мелкие очаги инфарктов и петехиальная геморрагическая трансформация в лобно-височно-теменной области. Регресс неврологического дефицита по NIHSS с 26 до 16 баллов в течение первых 48 часов после вмешательства. К 8 суткам отмечен полный регресс энцефалопатии, пациент может самостоятельно сидеть на койке, сохраняется левосторонний гемипарез со снижением силы до 4 баллов.

Выписка из РСЦ на 23 сутки. Неврологический дефицит по NIHSS соответствовал 3 баллам. Уровень восстановления согласно модифицированной шкале Ренкина оценен в 2 балла, что соответствует хорошему функциональному исходу.

Заключение. Эндovasкулярные методы восстановления кровотока имеют определенные преимущества перед классической сТЛТ – расширенное временное окно, меньшее количество противопоказаний, а так же отсутствие системных эффектов. Использование только одной изолированной методики может не привести к достаточной реканализации, что требует от специалистов использования комбинации различных способов реперфузии.

Успешные примеры комбинированной терапии, а также увеличение количества научных исследований в этой области, могут стать основой для новых алгоритмов и протоколов помощи пациентам с тяжелым ИИ.

Литература:

1. Внутрисосудистое лечение ишемического инсульта в острейшем периоде: клинические рекомендации / Ассоциация нейрохирургов России. – СПб., 2015. – 36 с.
2. Клинические рекомендации по проведению тромболитической терапии при ишемическом инсульте / Всероссийское общество неврологов. – М., 2015. – 35 с.
3. Коэн Х. Современные концепции лечения острого инсульта / пер. И. Скударнов. – М.: ООО «Центр Перинатальной Медицины», 2015. – 144 с.
4. Хеннерици М.Дж., Богуславски Ж., Сакко Р.Л. Инсульт: клин. рук. // под общ. ред. В.И. Скворцовой. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 224 с.
5. Abou-Chebl A. Intra-arterial therapy for acute ischemic stroke // Neurotherapeutics. – 2011. – Vol. 8, № 3. – P. 400–413.
6. Broderick J.P. Endovascular Therapy for Acute Ischemic Stroke // Stroke. – 2009. Vol. 40. – P. 103–106.
7. Castaño C. Mechanical thrombectomy with the solitaire ab device in large artery occlusions of the anterior circulation: a pilot study // Stroke. – 2010. – Vol. 41. – P. 1836–1840.
8. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association // Stroke. – 2013. – Vol. 44, № 3. – P. 870–947.
9. Goyal M. Randomized Assessment of Rapid Endovascular Treatment of Ischemic Stroke // NEJM. – 2015. Vol. 372. – P. 1019–1030.

10. Mozaffarian D., Benjamin E.J., Go A.S. et al. Heart disease and stroke statistics – 2015 update: a report from the American Heart Association // Circulation. – 2015. – Vol. 131. – P. 29–322.
11. Touma L., Filion K.B., Sterling L.H. et al. Stent retrievers for the treatment of acute ischemic stroke a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials // JAMA Neurol. – 2016. – Vol. 73. – P. 275–281.

ГИПЕРГЛИКЕМИЯ В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

Галкина Т. В.

ГБОУ ВПО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России, кафедра анестезиологии и реаниматологии, клинический интерн. E-mail: tatyana.galk@yandex.ru
Научный руководитель: к.м.н., ассистент кафедры Саскин В. А.

Аннотация: Нами была проведена оценка уровня гликемии в острейшем периоде нарушений мозгового кровообращения и его влияние на функциональные исходы.

Мы не выявили негативного влияния гипергликемии на летальность при внутримозговых кровоизлияниях, а так же убедительной связи исходов и уровня глюкозы в крови при инфарктах головного мозга. Увеличение гликемии более 6 ммоль/л в острейшем периоде геморрагического инсульта повышает вероятность плохого функционального восстановления и грубой инвалидизации.

Ключевые слова: Инфаркт головного мозга, внутримозговое кровоизлияние, гипергликемия.

Актуальность. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) характеризуется высокой летальностью, инвалидизацией и социальной дезадаптацией пациентов, занимая во всем мире второе место среди причин смерти [4]. Ряд исследований показывает неблагоприятное влияние на исходы инсульта артериальной гипертензии, применения статинов, а также наличие компонентов метаболического синдрома: гипергликемии, инсулинорезистентности, гиперинсулинизма. [2, 3, 5, 6]. Гипергликемия при сахарном диабете (СД) является проявлением длительно существующих метаболических нарушений, характерных для данной нозологии. Однако стрессовая гликемия может появляться как у пациентов с анамнезом диабета, так и без него. Известно, что гипергликемия при острых заболеваниях является ответной реакцией на стресс [1]. Гипергликемия возникает у 30–40 % больных ОНМК [6, 7]. Имеются данные, что даже умеренно повышенный уровень глюкозы у пациентов с инфарктом головного мозга (ИГМ) связан с 3-кратным повышением риска 30-дневной летальности и более высокой вероятностью плохого функционального исхода [6]. Несмотря на множество исследований, целевые уровни гликемии для больных ОНМК остаются предметом дискуссий, до настоящего времени не найдено связи между уровнем глюкозы крови и исходами инсульта. Также нет единого мнения о сроках, когда необходима неотложная коррекция гипергликемии. [1]

Цель исследования. Оценить частоту развития гипергликемии и влияние уровня глюкозы крови в острейшем периоде ОНМК на функциональные исходы.

Материалы и методы. В ретроспективный анализ включены данные 352 пациентов с ИГМ (1 группа, n=310) и внутримозговыми кровоизлияниями (2 группа, n=42). Определение уровня гликемии проводилось при поступлении, а также в динамике на протяжении острейшего периода ОНМК (первые 3 суток). У всех пациентов рассчитывали среднесуточную гликемию, минимальный и максимальный уровни глюкозы в течение суток, размах суточных колебаний и максимальное изменение уровня сахара в крови. В каждой группе проведено разделение больных на категории – с нормогликемией (3,5–6 ммоль/л), умеренной гипергликемией (6,1–10 ммоль/л), выраженной гипергликемией (более 10 ммоль/л).

Тяжесть неврологического дефицита оценена по шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS) в дебюте заболевания и на момент выписки из стационара. Функциональный исход определяли по шкале социально-бытовой реабилитации – модифицированной шкале Рэнкин (mRs). Статистическая обработка данных проведена с помощью программы SPSS 13.0.

Результаты. Обе группы инсультов были сравнимы по полу, уровню глюкозы в крови при поступлении, а так же оцениваемым показателям гликемического статуса в течение первых суток нахождения в отделении реанимации и далее на протяжении острейшего периода ОНМК. Нормогликемия при госпитализации отмечена соответственно группе в 21,9 % и 26,2 % (p=0,535), а умеренная гипергликемия – в 41,8 % и 54,8 % (p=0,415). Уровень глюкозы более 10 ммоль/л диагностирован у 30 % больных с ИГМ и 19 % с внутримозговыми кровоизлияниями (ВМК) (p=0,141).

Пациенты с ИГМ были достоверно старшего возраста ($70,5 \pm 11,2$ против $64,6 \pm 12,4$ лет), чаще страдали СД (23,6 % против 0 %). Тяжесть инсульта при поступлении более выражена во 2-й группе (p<0,001), NIHSS 19 [8,5–25] баллов в отличие от 8 [4–16] баллов.

Регресс неврологического дефицита (p<0,001) фиксирован в обеих группах. Закономерно наличие большего количества тяжелых инсультов с NIHSS более 16 баллов (65 % против 25,9 %) среди пациентов

с ВМК имелаась большая частота летальности (23,8 % против 9,0 %, $p=0,008$) и выраженной инвалидизации (57,2 % против 43,5 %, $p=0,004$).

Среди пациентов с ИГМ не выявлено различий по тяжести ОНМК в дебюте заболевания в зависимости от значений глюкозы в крови при поступлении, на протяжении первых суток и острейшего периода. Частота хорошего функционального исхода (mRs 0–3) статистически не отличается в подгруппах уровня гликемии ($p=0,619$). Выявлена тенденция уменьшения числа пациентов с минимальным неврологическим дефицитом ($p=0,078$) и роста летальности ($p=0,095$) при выраженной гипергликемии (более 10 ммоль/л).

В группе ВМК подгруппы по уровню гликемии статистически не имели различий по возрасту, тяжести дефицита по NIHSS и частоте тяжелых инсультов. Пациенты с анамнезом СД отсутствовали. Нами не выявлено различий ($p=0,876$) по частоте летальных исходов: при нормогликемии – 18,2 %, при умеренной гипергликемии – 26,1 %, при выраженной гипергликемии – 25 %. Превышение концентрации глюкозы выше 6 ммоль/л сопровождалось достоверным ($p=0,047$) увеличением количества пациентов с плохим функциональным исходом (mRs 4–5). В подгруппах с умеренной и выраженной гипергликемией грубая инвалидизация достигла соответственно 65,2 % и 62,5 %, в отличие от подгруппы нормогликемии (36,4 %).

Выводы. Повышенный уровень гликемии в дебюте инсульта встречается до 78 % пациентов, развитие гипергликемии более 10 ммоль/л – в 20–30 % случаев.

Уровень гликемии может влиять на характер функциональных исходов у пациентов с ВМК. Умеренная и выраженная гипергликемия повышает вероятность плохого функционального восстановления и грубой инвалидизации до 62–65 %.

Негативного влияния на увеличение летальности при ВМК, а так же убедительной связи исходов и уровня глюкозы в крови при ИГМ мы не выявили.

Литература:

1. Нефедьева Д.Л., Хасанова Д.Р., Вагапова Г.Р. Нарушения углеводного обмена и ишемический инсульт // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010. – №3. – С. 35–39.
2. Танашян М.М., Орлов С.В., Домашенко М.А., Ионов В.Г. Метаболический синдром и ишемический инсульт // Анналы неврологии. – 2007. – Т. 1. – С. 5–11
3. Capes S.E., Hunt D., Malmberg K. et al. Stress hyperglycemia and prognosis of stroke in nondiabetic and diabetic patients: a systematic overview // Stroke. – 2001. – Vol.32(10) – P. 2426–32.
4. Mozaffarian D., Benjamin E.J., Go A.S. et al. Heart disease and stroke statistics–2015 update: a report from the American Heart Association // Circulation. – 2015. – Vol.131(4). – P. e29–e322.
5. Sandset E.C., Murray G.D., Bath P.M., et al. Scandinavian Candesartan Acute Stroke Trial (SCAST) Study Group. Relation between change in blood pressure in acute stroke and risk of early adverse events and poor outcome // Stroke. – 2012. – Vol.43(8) – P. 2108–14.
6. Scheitz J.F., Seiffge D.J., Tütüncü S. et al. Dose-related effects of statins on symptomatic intracerebral hemorrhage and outcome after thrombolysis for ischemic stroke // Stroke. – 2014. – Vol.45(2) – P. 509–14.
7. Uyttenboogaart M., Koch M.W., Stewart R.E. et al. Moderate hyperglycaemia is associated with favourable outcome in acute lacunar stroke // Brain. – 2007. – Vol.130 – P. 1626–30.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПОЛИТРАВМЫ НА ФЕДЕРАЛЬНОЙ АВТОМОБИЛЬНОЙ ДОРОГЕ М-8 «ХОЛМОГОРЫ»

Пух Д.Ю.¹, Теддер Ю.А.²

1 – ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница» врач анестезиолог-реаниматолог ЦАР ОАР E-mail: dima_sever@rambler.ru 2 – ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница» врач анестезиолог-реаниматолог ЦАР ОАР E-mail: dima_sever@rambler.ru
Научный руководитель: к.м.н., зав ЦАР ОАР ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница». Малышкин Е.А.

Аннотация: Автомобильная трасса М8 «Холмогоры» является важным экономическим составляющим в жизни города Архангельска и области. Что само по себе обуславливает высокую транспортную нагрузку, как следствие высокий уровень автодорожного травматизма. В статье изложены результаты ретроспективного анализа причин, территориальной локализации и аспекты лечения пациентов с сочетанной шокогенной травмой за 2016г.

Ключевые слова: политравма, ДТП, М8.

Федеральная автомобильная дорога М-8 «Холмогоры» – автомобильная дорога федерального значения Москва – Ярославль – Вологда – Архангельск (с подъездами к Костроме, Северодвинску, объ-

ездом Переславля-Залесского). Протяжённость – 1271 км. Дорога отличается высокой интенсивностью движения. Автомобильная трасса М8 «Холмогоры» является транспортной артерией, которая связывает между собой города области и саму область с другими регионами нашей страны. Ежедневно по ней перевозятся тысячи тонн грузов, сотни людей каждую секунду являются участниками транспортного потока на ней.

Автодорожный травматизм в нашей стране и за рубежом приобрел гигантские масштабы и отмечается тенденция к постоянному его возрастанию [1, 3]. Травматизм называют эпидемией века. Чаще стали развиваться множественные и сочетанные повреждения, сопровождающиеся развитием шока. Тяжелая механическая (в т.ч. автодорожная) травма является одной из трёх основных причин смертности, причем у населения до 40 лет эта причина выходит на первое место [4, 8]. По данным ВОЗ, ежегодно в мире от травм погибает до 2 млн. человек.

Ввиду масштабности проблемы, тенденции неуклонного роста травматизма, чрезвычайно важной задачей является проведение комплексных профилактических работ. Наряду с повышением качества дорог, безопасности транспорта, повышением культуры поведения на дорогах как водителей, так и пешеходов необходимо повышение качества обеспечения медицинской помощи [2, 5, 6, 7].

Важным вкладом в разработке профилактических мероприятий является исследование эпидемиологии сочетанной травмы. Целью нашей работы явилось изучение причин тяжелой сочетанной травмы на трассе М8, а также закономерностей поступления пострадавших посезонно, по дням недели, что позволяет организовать работу бригад скорой медицинской помощи, стационаров в режиме ожидания, проводить предупреждающие профилактические мероприятия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа состоит из двух частей. Были проанализированы ДТП Архангельской области за 2016г, выделены и проанализированы аварии случившиеся на протяжении трассы М8 и ее ответвления на участке Архангельск – Северодвинск. Также, произведен детальный анализ пострадавших с политравмой, госпитализированных в стационар ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница» с трассы М8. Представлена характеристика данной группы пациентов и результаты их лечения.

Данные о ДТП взяты с сайта Росстат ГИБДД (<http://www.gibdd.ru/stat/>). Тяжесть пострадавших при поступлении, оценена на основании шкалы шокогенной травмы Назаренко. Дальнейший анализ историй болезни велся на основании данных, взятых из электронной истории болезни МИС «Ариадна».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

За 2016 г на трассе м8: всего зафиксировано 146 ДТП, ранено 234 человек, погибло на месте 28 человек

Причины ДТП на трассе М8.

Основными причинами дорожно-транспортных происшествий являлись столкновение 85 (58 %), съезд с дороги 20 (13 %), опрокидывание 15 (10 %).

В зависимости от локализации наибольшее число ДТП происходит на участке 1201-1250а/д М-8 23 (16 %), 700-750а/д М-8 16 (11 %), 1101-1150а/д М-8 12 (8 %), 1101-1150а/д М-8 12 (8 %). Особого внимания заслуживает участок на трассе Архангельск – Северодвинск, на 30км которого произошло 30 (21 %) ДТП. Надо отметить, что данные получены после реконструкции этого участка и его расширения.

Распределение по районам выглядит следующим образом. Наибольшее число раненых было в Приморском 80 (34 %), Холмогорском 62 (26 %), Вельском 49 (21 %) р-нах. ДТП с летальным исходом зафиксировано в большинстве в Вельский р-н 7(21 %), Холмогорский р-н 7 (21 %), Виноградовский р-н 6 (18 %).

Проанализирована закономерность возникновения ДТП по кварталам. Число раненных и погибших закономерно возрастает к осенне-зимнему периоду (октябрь-ноябрь-декабрь). Что вероятно обусловлено, снижением как светлого времени суток, так и качеством дорожного покрытия.

Следующим образом распределился дорожный травматизм в зависимости от дня недели. Наибольшее число пострадавших в субботу 117 (50 %) раненых, погибших 15 (53 %), что вероятно, связано с активным отдыхом населения области, сопровождающимся злоупотреблением алкоголя.

Тяжесть травмы при поступлении по шкале Назаренко составила 22,4 балла, GCS= 9,4 баллов, догоспитальное время 5,7 часов.

Среди пострадавших преобладали мужчины – 96 %.

Возраст больных колебался от 20 до 83 лет (средний возраст – 43,9 лет). Распределение пострадавших по возрасту представлено на рисунке 1. Преобладали люди молодого и среднего возраста. Доля пострадавших в возрасте до 65 лет составила 95 %.

По локализации повреждений преимущественно травмировались грудная клетка 36 (27 %), ЧМТ 30 (23 %), органы брюшной полости 28 (21 %).

Время с поступления пациента до оперативного вмешательства составило 128,3 мин. Среднее время нахождения на ИВЛ 68,2 ч. 17 пациентам (28 %) требовалась инотропная либо вазопрессорная поддержка. Среднее время нахождения пациента в стационаре 19,46 сут. При этом выписано из больницы 52 пациента (86,5 %), умерло 8 (13,5 %), до суточная летальность в этой группе 5 человек (8,3 %).

Выводы:

1. Отмечается закономерность поступления пострадавших с тяжелой сочетанной травмой по кварталам, дням недели, что позволяет организовать работу бригад скорой медицинской помощи, стационаров в режиме ожидания, проводить упреждающую профилактическую работу. Число госпитализаций возрастает в 1,5-2 раза в октябре-декабре, в субботу.

2. Основными причинами ДТП на трассе М8 «Холмогоры» являются столкновение, связанное с выездом на встречную полосу. В структуре пострадавших при дорожно-транспортной травме в преобладающей степени доминируют пациенты трудоспособного возраста, ведущей нозологией являются травмы грудной клетки, ЧМТ, абдоминальные повреждения.

Литература:

1. Агаджанян В.В. Политравма: проблемы и практические вопросы / В.В. Агаджанян // Политравма. – 2006. – № 1. – С. 5-8.

2. Гайко Г.В. Превентивная иммобилизация в системе лечения больных с политравмой / Г.В. Гайко, А.Н. Костюк, А.Н. Косяков, О.А. Костюк // Политравма. – 2009. – № 2. – С. 5-12.

3. Гилев Я.К. Интрамедуллярный остеосинтез штифтами с блокированием у больных с политравмой / Я.К. Гилев, А.А. Пронских, А.Ю. Милуков // Политравма. – 2009. – № 1. – С. 53-57.

5. Пронских А.А. Тактика лечения поврежденных опорно-двигательной системы у больных с политравмой / А.А. Пронских // Политравма. – 2006. – № 1. – С. 43-47.

6. Соколов В.А. Профилактика и лечение осложнений политравмы в постреанимационном периоде / В.А. Соколов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2002. – № 1. – С. 78-84.

7. Соколов В.А. «Damage Control» – современная концепция лечения пострадавших с критической политравмой / В.А. Соколов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2005. – № 1. – С. 81-84.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ ПЛАНОВЫХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ: РОЛЬ АЛЬВЕОЛЯРНОГО РЕКРУТМЕНТА И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕГКИХ

Родионова Л. Н., Изотова Н. Н., Метелева Н. С., Качалова Т. В., Фот Е. В., Тарабукин А. В., Кузьков В. В., Киров М. Ю.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск).

ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е. Е. Волосевича» г. Архангельска

Аннотация: В работе рассматривается роль периоперационного альвеолярного рекрутмента и ультразвукового исследования легких по протоколу BLUE при обширных плановых панкреатодуоденальных вмешательствах.

Ключевые слова: рекрутмент, протективная вентиляция, ультразвуковое исследование легких

Введение: Обширные и продолжительные абдоминальные вмешательства отличаются высоким риском послеоперационных дыхательных осложнений и, в частности, как наиболее тяжелой их форма – острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС). В прогнозировании и раннем выявлении этих осложнений большое значение может иметь совершенствование инструментальной диагностической базы, что может быть реализовано при помощи ультразвукового исследования легких по протоколу BLUE (*Bedside Lung Ultrasonography in Emergency*). Польза периоперационного альвеолярного рекрутмента легких, доказанная при ОРДС в интенсивной терапии, при обширных абдоминальных вмешательствах, как и роль повышенного положительного давления в конце выдоха (ПДКВ) остается неуточненной.

Материалы и методы: В исследование было вовлечено 23 взрослых пациента (10 мужчин, 13 женщин; возраст, 58 (50–64) лет; ИМТ 25,0 (21,6–28,4) кг/м²) которым были выполнены плановые резекционное панкреатодуоденальные вмешательства в условиях комбинированной анестезии. Пациенты были рандомизированно разделены на две группы – контрольную (КОНТР., *n* = 11) и группу, в которой проводился периоперационный альвеолярный рекрутмент (РЕКР., *n* = 12). Рекрутирование легких осуществлялось путем трехкратного повышения ПДКВ до 15 см вод. ст. продолжительностью пять минут на трех этапах: после интубации трахеи, после окончания вмешательства и перед экстубацией трахеи. Искусственная вентиляция легких проводилась с протективными параметрами: дыхательный объем 6 мл/кг предсказанного веса, целевое РаСО₂ 35–45 мм рт. ст., ПДКВ 5 см. вод. ст. Всем пациентам выполняли ультразвуковое исследование легких по протоколу BLUE (Ezono 3, Германия) накануне и спустя

24 часа после окончания вмешательства с балльной оценкой консолидации, подсчетом числа В-линий и выявлением плеврального выпота в трех стандартных точках над обеими сторонами грудной клетки.

Кардиореспираторные параметры и газообмен оценивались во время и в течение 48 часов после вмешательства. Прекращение ИВЛ и перевод из ОИТ осуществлялись по стандартному протоколу.

Результаты: Мы не обнаружили значимых различий по оксигенации (отношение $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) или транспорту CO_2 (Pa-etCO_2) между группами КОНТР. и РЕКР. как во время, так и после вмешательства. Вместе с тем, была обнаружена сильная корреляция между оценкой выраженности консолидации легких в пред- и послеоперационном периодах ($\rho = 0,83$, $p < 0,001$), а также численностью В-линий ($\rho = 0,55$; $p = 0,007$). Суммарная выраженность консолидации легких в пред- и послеоперационном периоде коррелировала с состоянием оксигенации $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ на 48 часов после окончания вмешательства ($\rho = -0,490$, $p = 0,021$ и $\rho = -0,39$, $p = 0,07$, соответственно). При выполнении ROC-анализа предиктивная роль предоперационной выраженности консолидации при УЗИ в отношении отсроченного снижения $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ мм рт. ст. (что может трактоваться как отсроченный послеоперационный ОРДС) была представлена площадью под ROC-кривой 0,73 при $p = 0,08$, при высокой специфичности 100 % неудовлетворительной чувствительности 43 %. В отношении послеоперационного УЗИ легких: AUC 0,75, при $p = 0,04$, специфичности 73 %, чувствительности 71 %. В обоих случаях критерий ассоциации составил более 6 баллов при оценке консолидаций с помощью УЗИ.

Выводы: В условиях протективной респираторной поддержки, периоперационный рекрутмент не оказал значимого влияния на состояние оксигенации и транспорта CO_2 , хотя и улучшал некоторые механические характеристики легких. Ультразвуковое исследование в предоперационном и раннем послеоперационном периоде может обладать определенной прогностической значимостью в отношении отсроченной гипоксемии и требует дальнейшего изучения. Представляет особый интерес, могут ли результаты послеоперационного УЗИ легких быть использованы, как критерий к готовности перевода из ОРИТ.

Литература:

1. Кузьков В. В., Суборов Е. В., Фот Е. В., Родионова Л. Н., Соколова М. М., Лебединский К. М., Киров М. Ю. Послеоперационные дыхательные осложнения легче предупредить, чем лечить. Анестезиология и реаниматология 2016; 6 (61): 461–468.

2. Заболоцких И. Б., Вейлер Р.В., Трембач Н.В. Маневр рекрутмента в условиях общей анестезии при абдоминальных операциях Вестник анестезиологии и реаниматологии 2016,13(6) : с 72-80.

ДЕГИДРАТАЦИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ ГЛОБАЛЬНОГО КОНЕЧНО-ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ОБЪЕМА ИЛИ ВНЕСОСУДИСТОЙ ВОДЫ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ

Хромачева Н.О.¹, Фот Е.В.², Ушаков А.А.², Смёткин А.А.², Кузьков В.В.², Киров М.Ю.²

1- ГБУЗ АО « 1 ГКБ им. Волосевич Е.Е.» E-mail: natalol318@rambler.ru

2-Кафедра анестезиологии и реаниматологии,

Северный государственный медицинский университет.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Киров М.Ю.

Аннотация: Еще несколько лет назад в клинической практике активно применялся либеральный подход к инфузионной терапии, на смену которому в дальнейшем пришла ограничительная или рестриктивная стратегия. В настоящее время ведется поиск надежных ориентиров для проведения контролируемой дегидратационной терапии. В исследование включено 30 пациентов с клиникой острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС). Все больные были рандомизированы на две группы: дегидратации по внесосудистому сектору с использованием в качестве ориентира индекса внесосудистой воды легких (ИВСВЛ) < 10 мл/кг или по внутрисосудистому сектору с индексом глобального конечно-диастолического объема (ИГКДО) < 650 мл/м². Через 48 часов от начала целенаправленной терапии в группе ИГКДО наблюдались достоверно более низкие значения ИВСВЛ, а также достоверное улучшение оксигенации по сравнению с группой дегидратации по внесосудистому сектору. Таким образом, у пациентов с ОРДС более предпочтительна дегидратация по внутрисосудистому сектору.

Ключевые слова: индекс внесосудистой воды легких, индекс глобального конечно-диастолического объема, острый респираторный дистресс-синдром, инфузионная терапия, дегидратационная терапия.

Введение: Одним из ключевых компонентов лечения острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) является инфузионная терапия. Считается, что пациенты, находящиеся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии, уже ко вторым суткам не требуют активной инфузионной терапии

и пребывают в нормо- или гиперволемии, в связи с этим у них может быть оправдано начало ранней дегидратационной стратегии. Тем не менее, определение целевых показателей для проведения дегидратационной терапии остается предметом дискуссий и требует дальнейших исследований.

Цель исследования: оценка эффективности индекса внесосудистой воды легких (ИВСВЛ) и индекса глобального конечно-диастолического объема (ИГКДО) в качестве ориентиров для проведения дегидратационной терапии у пациентов с ОРДС.

Материалы и методы: В одноцентровое проспективное рандомизированное исследование включено 30 пациентов ОРИТ с диагнозом сепсиса и ОРДС, получающих ИВЛ не менее 24 часов, и с дозой вазопрессорной поддержки, не превышающей 0,4 мкг/кг/мин. Пациентам была выполнена катетеризация бедренной артерии и центральной вены. Согласно рандомизации пациенты были разделены на группу дегидратации по внесосудистому сектору и дегидратации по внутрисосудистому сектору. В зависимости от группы рандомизации применялась активная дегидратация по средством назначения диуретиков или заместительной почечной терапии в случае, если ИГКДО превышал 650 мл/м² или ИВСВЛ > 10 мл/кг. У всех пациентов оценивали параметры вентиляции и газовый состав артериальной крови (ABL800Flex, Radiometer, Дания). Мониторинг гемодинамики осуществляли при помощи метода транспульмональной термодилуции (PiCCO₂, Pulsion Medical Systems, Германия).

При статистическом анализе для оценки нормальности распределения признака использовали критерий Шапиро-Уилка. Для сравнения между группами применяли *U*-критерий Манна-Уитни. Для проведения внутригрупповых сравнений использовали критерий Уилкоксона. Для оценки корреляционных отношений использовали *rho* Спирмена. Результаты считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: Группы были сопоставимы по исходным показателям. Однако уже через 48 часов после начала целенаправленной терапии в группе дегидратации по внутрисосудистому сектору наблюдались достоверно более низкие значения ИВСВЛ 9 (8 – 14) мл/кг по сравнению с группой дегидратации по внесосудистому сектору, где ИВСВЛ составил 16 (10 – 19) мл/кг ($p = 0,03$). Более того, к 48 часам терапии в группе ИГКДО наблюдалось достоверное повышение PaO_2/FiO_2 с 198 (133 – 297) до 246 (198 – 300) мм рт. ст. ($p = 0,04$). В группе ИВСВЛ оксигенация в ходе лечения не улучшалась, показатель PaO_2/FiO_2 в начале исследования составил 204 (138 – 264), а через 48 часов – 218 (151 – 261) мм рт. ст. ($p = 0,08$). Подобные различия между группами могут быть объяснены более выраженной дегидратацией в группе ИГКДО, где кумулятивный гидробаланс за 48 часов составил -2545 (-3174 – -680) мл по сравнению с -1475 (-1939 – +757) мл в группе ИВСВЛ ($p = 0,15$). Интересно, что ИВСВЛ на начало исследования был взаимосвязан с концентрацией альбумина крови ($rho = 0,79$, $p < 0,001$).

Выводы: Таким образом, у пациентов с ОРДС на фоне сепсиса индекс глобального конечно-диастолического объема служит эффективным ориентиром для целенаправленной дегидратационной терапии, и дегидратация по внутрисосудистому сектору предпочтительнее, чем по внесосудистому сектору.

Литература:

1. Основы интенсивной терапии и анестезиологии в схемах и таблицах: учебное пособие/ под ред. М.Ю. Кирова, В.В. Кузькова.- Изд. 4-е, перераб. и доп. Архангельск: Северный государственный медицинский университет, 2014. С.5-24.
2. Кузьков В.В., Киров М.Ю. Инвазивный мониторинг гемодинамики в интенсивной терапии и анестезиологии: монография. Архангельск: Северный государственный медицинский университет, 2008.-с.244.
3. Интенсивная терапия: национальное руководство: в 2 т./ под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова.- М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009. С. 406-479.

ПРОБЛЕМЫ ОНКОЛОГИИ, ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗОТЕЛИОМЫ РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Гриценко А.А.¹, Мамонтов О.Ю.²

1 – ФГБУ «НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова» МЗ РФ, клинический ординатор. E-mail: rabota2xonii@gmail.com 2 – ФГБУ «НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова» МЗ РФ.

Научный руководитель: д.м.н. Левченко Е.В.

Аннотация: Злокачественная мезотелиома это редкое и агрессивно протекающее заболевание. В данной статье мы описали уникальный клинический случай мезотелиомы редкой локализации у пациентки 50 лет. Комплекс лечебных методик, примененных в этом случае, позволил достигнуть полного локального контроля и увеличить время до прогрессирования заболевания.

Ключевые слова: мезотелиома, химиоперфузия, комплексное лечение

Вступление: Злокачественная мезотелиома плевры (ЗМ) относится к редко встречающимся опухолям и отличается агрессивным, быстро прогрессирующим течением, для которого особо характерно местное рецидивирование. Для лечения ЗМ применяются все доступные методы воздействия на опухоль – полихимиотерапия (ПХТ), хирургическое лечение, фотодинамическая терапия (ФДТ), лучевая терапия. [7,9,10,12] Учитывая высокий риск регионарного рецидивирования, перспективным представляются методики местного воздействия на опухоль. В настоящее время одной из ведущих перспектив улучшения результатов лечения является применение метода изолированной гипертермической химиоперфузии (ИГХП). [1,2,5,8]

Больные ЗМ имеют очень плохой прогноз с медианой общей выживаемости (ОВ) по данным литературы от 4 до 13 месяцев для нелеченых пациентов и от 6 до 18 месяцев для леченных. [4,5] Существует мнение, что время до прогрессирования является более надежным фактором прогноза ОВ, чем ранее использовавшийся показатель – ответ на лечение. [3]

Описание случая: Женщина 50 лет отметила появление боли в области правой половины живота, при УЗИ выявлено образование, установлен диагноз гемангиома, верификация не выполнялась. Через год интенсивность боли увеличилась, появилась припухлость и отек правой половины живота, прогрессирующая одышка. При обследовании выявлен правосторонний гидроторакс, выполнен торакоцентез – эвакуировано 1500 мл экссудата, опухолевые клетки в экссудате не обнаружены. При повторном торакоцентезе (через 1 месяц) эвакуировано 1000 мл экссудата, в котором обнаружены опухолевые клетки. При комплексном обследовании выявлено диффузное уплотнение мягких тканей брюшной стенки. Выполнена трепан-биопсия образования, гистологическое исследование (ГИ) препарата – эпителиоидноклеточная мезотелиома.

В течение 6 месяцев пациентка получила 5 курсов ПХТ по схеме Pemetrexedi 500 mg/m² + Cisplatin 75 mg/m², лечение перенесла удовлетворительно. Во время лечения неоднократно рецидивировал гидроторакс, выполнялся торакоцентез справа с удалением до 3000 мл экссудата. При обследовании после завершения ПХТ по данным ПЭТ-КТ выявлено образование с высокой метаболической активностью в области мягких тканей правой боковой области брюшной стенки, правой плевральной полости. Эффект лечения расценен как стабилизация процесса.

После 5 циклов ПХТ выполнена операция – торакотомия справа, эвакуация плеврита, биопсия плевры, удаление опухоли мягких тканей брюшной стенки. При выполнении торакотомии выявлено уплотнение участка широчайшей мышцы спины, мышца мобилизована от уровня 3 ребра. При ревизии плевральной полости удалено 1500 мл экссудата (цитологическое исследование – комплексы клеток рака), визуальное висцеральная и париетальная плевра не изменены, в правом реберно-диафрагмальном синусе небольшой участок утолщения плевры (ГИ – плевра, опухолевых клеток нет). Доступ расширен, выявлено уплотнение мышц боковой поверхности брюшной стенки справа, вовлекающее широчайшую мышцу спины и наружную косую мышцу живота. Участок измененных мышц удален единым блоком с фрагментом грудной стенки в проекции правого реберно-диафрагмального синуса. Дефект брюшной стенки укреплен протезом из проленовой сетки. Выполнена ИГХП правой плевральной полости (Cisplatin 350 mg, 120 мин., 42,5 °C).

Послеоперационный период осложнился формированием остаточной полости в области резецированных мышц брюшной стенки, длительной раневой экссудацией (при регулярном цитологическом мониторинге без опухолевых клеток), сохраняющейся в течение 2 месяцев. С целью купирования экссудации выполнена ИГХП остаточной полости в области удаленных мышц брюшной стенки (Cisplatin 150 mg, 30 мин., 42,5°C), ФДТ остаточной полости.

После заживления раны выполнен курс стереотаксической лучевой терапии на область ложа опухоли (СОД 45 Гр на участок брюшной стенки) и на область диафрагмы (СОД 40 Гр).

В течение 1 года после завершения лечения наблюдалась картина местного и системного контроля над заболеванием.

Через 1 год после завершения лечения при контрольном обследовании выявлен экссудат в левой плевральной полости. Выполнена видеоторакоскопия слева, удалено 700 мл экссудата, канцероматоза плевры нет, единичные спайки (ГИ – эпителиоидная мезотелиома плевры), выполнена ИГХП левой плевральной полости (Cisplatin 400 mg, 120 мин., 42°C), внутриплевральная ФДТ. Послеоперационный период осложнился отеком легкого и острой почечной недостаточностью – состояние купировано, в дальнейшем не рецидивировало.

Через 1 год после выявления поражения плевры слева диагностировано метастатическое поражение внутригрудных лимфоузлов слева, забрюшинных лимфоузлов. Пациентка умерла от генерализации процесса.

Дискуссия: Изложенный клинический случай представляет интерес в связи с редкой локализацией первичного очага злокачественной мезотелиомы. Уникально то, что первичный опухолевый очаг не имел связи ни с плеврой, ни с брюшиной – подобный случай ранее упоминался в литературе 3 раза. [11,12,13] Комплексный подход и применение различных методик лечения, описанных в данном клиническом случае, позволили достигнуть полного локального и системного контроля над заболеванием в течение года. Следует отметить, что даже после генерализации заболевания не отмечалось появления метастазов в правой плевральной полости и рецидива опухоли в области удаленных мышц брюшной стенки, что может служить предпосылкой к обоснованию применения метода гипертермической химиоперфузии в комплексном лечении злокачественной мезотелиомы, как надежного средства профилактики местного рецидива.

Выводы: Данный случай демонстрирует целесообразность применения комплексного лечения (неоадьювантная ПХТ, удаление опухоли, ИГХП плевральной полости и ложа опухоли, ФДТ, адьювантная лучевая терапия) для достижения локального контроля.



Рис.1: диффузное уплотнение мягких тканей брюшной стенки



Рис.2: операционное поле после удаления опухоли и пластики проленовым сетчатым протезом

Литература:

- 1) Левченко Е.В., Мамонтов О.Ю., Сенчик К.Ю., Барчук А.С., Гельфонд М.Л. Гипертермическая химиоперфузия плевральной полости в комбинированном лечении злокачественной мезотелиомы плевры // Вопросы онкологии. 2014. №60 (4). С 482-485.
- 2) Левченко Е.В., Мамонтов О.Ю., Сенчик К.Ю., Барчук А.С., Гельфонд М.Л. Использование мультимодального подхода в лечении больных со злокачественными новообразованиями плевры // Вопросы онкологии. 2015. №61 (3). С 401-406.
- 3) Hasan B, Greillier L, Pallis A, Menis J, Gaafar R, Sylvester R, Fennell DA, Baas P, Surmont V, Van Meerbeeck JP, O'Brien ME. Progression free survival rate at 9 and 18 weeks predict overall survival in patients with malignant pleural mesothelioma: an individual patient pooled analysis of 10 European Organisation for Research and Treatment of Cancer Lung Cancer Group studies and an independent study validation // Eur J Cancer. – 2014 – Vol.50(16) – p.2771-2782.
- 4) Merritt N, Blewett CJ, Miller JD, Bennett WF, Young JE, Urschel JD. Survival after conservative (palliative) management of pleural malignant mesothelioma // J. Surg. Oncol. – 2001 – Vol.78(3) – p.171-174.

- 5) Migliore M, Calvo D, Criscione A, Palmucci S, Fuccio Sanzà G, Caltabiano R, Spatola C, Privitera G, Aiello MM, Parra HS, Ciancio N, Di Maria G. Pleurectomy/decortication and hyperthermic intrapleural chemotherapy for malignant pleural mesothelioma: initial experience // *Future Oncol.* – 2015 – Vol.11(24) – p. 19-22.
- 6) Milano MT, Zhang H. Malignant pleural mesothelioma: a population-based study of survival // *J. Thorac. Oncol.* – 2010 – Vol.5(11) – p.1841–1848 (Про прогноз и выживаемость)
- 7) Munck C, Mordon SR, Scherpereel A, Porte H, Dhalluin X, Betrouni N. Intrapleural Photodynamic Therapy for Mesothelioma: What Place and Which Future? // *Ann Thorac Surg.* – 2015 – Vol.99(6) – p. 2237-45.
- 8) Nunez MF, Sardi A, Nieroda C, Jimenez W, Sittig M, MacDonald R, Aydin N, Milovanov V, Gushchin V. Morbidity of the abdominal wall resection and reconstruction after cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (CRS/HIPEC) // *Ann Surg Oncol.* – 2015 – Vol.22(5) – p. 1658-63.
- 9) Ryu JW, Kim YS. A case of advanced malignant pleural mesothelioma treatment with chemotherapy and photodynamic therapy // *Tuberc Respir Dis (Seoul).* – 2015 – Vol.78(1) – p. 36-40.
- 10) Spatola C, Militello C, Tocco A, Salamone V, Raffaele L, Migliore M, Pagana A, Milazzotto R, Chillura I, Pergolizzi S, Privitera G. Intensity-modulated radiotherapy for relapsed malignant pleural mesothelioma // *Future Oncol.* – 2016 – Vol.12(23s) – p.67-71.
- 11) Takeda T, Nishimura Y, Tsuchiya T, Nakata K, Takenaka K, Nakata H, Yokoyama M. A large abdominal wall mass as an initial manifestation of malignant mesothelioma // *Am J Med Sci.* – 2007 – Vol.333(4) – p. 218-20.
- 12) Videtic GM. Primary malignant mesothelioma of the abdominal wall: complete response with radiotherapy alone // *Technol Cancer Res Treat.* – 2008 – Vol.7(1) – p. 41-44.
- 13) Zhi-hong Shao, Xiao-long Gao, Xiang-hua Yi, Pei-jun Wang. Malignant Mesothelioma Presenting as a Giant Chest, Abdominal and Pelvic Wall Mass // *Korean J Radiol.* – 2011 – Vol.12(6) – p. 750–753.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ПОДРОСТКОВ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Куликов А.С.², Уланова А.С.^{1,2}, Григорьева Н.А.¹, Митрофанов В.А.¹

¹ГБУЗ АО «Архангельская областная детская клиническая больница им. П. Г. Выжлецова»; Россия, 163001, Архангельск, просп. Обводный канал, 7;

²ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России
Научный руководитель: зав. кафедрой детской хирургии д.м.н., профессор Турабов И. А.

Аннотация: В структуре заболеваемости онкологической патологией в возрасте от 0 до 17 лет лейкозы составляют около 30 %. При этом на острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) приходится около 80 % случаев, на острый нелимфобластный лейкоз (ОНЕЛЛ) – 15 – 17 % (1). Одним из факторов неблагоприятного прогноза течения ОЛ является подростковый возраст (2).

Ключевые слова: подростки, заболеваемость, острый лимфобластный лейкоз, острый нелимфобластный лейкоз.

Цель исследования – оценить эффективность терапии острых лейкозов у подростков (12-17 лет) по протоколам, принятым в детской онкологии.

Материалы и методы: Анализ проведен ретроспективно на базе данных архива медицинской документации ГБУЗ АО «АОДКБ им. П.Г. Выжлецова», а так же данных регистра онкологической заболеваемости Архангельского областного онкологического клинического диспансера. В 2000-2015 г.г. острый лейкоз диагностирован у 45 подростков: 14 (31 %) – у девушек и 31 (69 %) – у юношей; соотношение по полу – 1:2,2 соответственно. Среди всех случаев ОЛ на ОЛЛ приходится 35 (78 %) и на ОНЕЛЛ – 10 случаев (22 %). Отношение сельских и городских жителей среди заболевших примерно одинаковое и составило 1:1,1. В 2000-2006 г.г. больные (24 человека, 53 %) с диагностированным ОЛ лечились в АОКБ по программам, принятым в общей гематологии. В 2007-2015 г.г. лечение подростков проводилось в отделении химиотерапии АОДКБ: по протоколам МВ-2002, МВ-2008 для ОЛЛ (15 человек, 33 %), для ОНЕЛЛ по протоколам АМЛ-2007 (6 человек, 13 %). Результаты терапии подростков с ОЛ оценивали по показателям общей выживаемости, рассчитанным по методу Каплана–Майера. Все данные были обработаны с помощью программы MS Office Excell.

Результаты: Медиана возраста пациентов -14 лет. Диагноз был верифицирован во всех случаях 45 (100 %) цитологически. В 37 случаях было проведено радикальное лечение (82 %), в 6 случаях (16 %) пациенты не получали радикального лечения, в 1 случае (2 %) радикальное лечение продолжается, у 1 (2 %) пациента проведено паллиативное лечение. Общая выживаемость в 2000-2006 г.г. составила 11,2 % $\pm$ 1,5 %, в 2006-15 г.г. года – 56,3 % $\pm$ 3 %.

Вывод: В результате проведенного исследования выявлено, что лечебные протоколы ОЛ, принятые в детской онкологии, значительно эффективнее программ, используемых в общей гематологии, при лечении подростков.

Литература:

1.А.В. Пшонкин, Ю.В. Румянцев, Д.В. Литвинов и др. Лечение острого лимфобластного лейкоза у подростков и молодых взрослых: опыт Москва–Берлин// РЖДГиО. 2016. Том 3. Выпуск 1. С. 35-36.

2.Стренева О.В. Острый лимфобластный лейкоз у подростков: клиническая характеристика, результаты лечения по данным мультицентрового исследования. Автореф. Дис. канд. мед. наук. М., 2003.

ГЕРМИНОГЕННОКЛЕТОЧНЫЕ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Уланова А. С.^{1,2}, Лукачева В. С.², Григорьева Н. А.¹, Митрофанов В.А.¹

1 ГБУЗ АО «Архангельская областная детская клиническая больница им. П. Г. Выжлецова»

2 ГБОУ ВПО СГМУ Минздрава России

E-mail: ulanova03@yandex.ru

Научный руководитель: зав. кафедрой детской хирургии д.м.н. доцент И. А. Турабов

Аннотация: В статье представлен анализ всех случаев герминогенноклеточных опухолей (ГКО) у детей в Архангельской областной клинической больнице за период в 2006-2015 г.г., результаты их терапии по современным международным протоколам.

Ключевые слова: Герминогенноклеточные опухоли, тератома, гистологические варианты.

Опухоли герминогенной природы относят к редким: они составляют 3 % всех регистрируемых злокачественных опухолей детского возраста.(2) В то же время, на 1-м году жизни ГКО в структуре опухолей у детей составляют до 20 % за счет тератом и опухолей более, чем одного гистологического типа, которые располагаются в крестцово-копчиковой области. Наблюдается 2 пика данных новообразований: до 3 лет со снижением к 6 годам и в возрасте 13-14 лет. Необходимо отметить, что хотя доброкачественные новообразования не регистрируются как онкологические заболевания, их количество растет из года в год. Источником этих опухолей является первичная половая клетка или примордиальная плюрипотентная герминогенная клетка (ППГК). ГКО возникает если ППГК в процессе эмбриогенеза и миграции, неправильно оседает и развивается, т.е. эти опухоли – пороки развития первичной половой клетки. ППГК начинают пролиферировать по мере миграции из желточного мешка в эмбрион. При нарушении процесса миграции по каким-то причинам зародышевые клетки могут задерживаться в любом месте на пути следования и вызывать опухолевый рост. Следствие чего является образование внегонадных герминогенноклеточных опухолей. Последние локализуются по срединной линии тела. (1). Гистологическая структура этих опухолей обычно является нехарактерной для анатомической области, где они располагаются. Для детей младшего возраста характерны внегонадные герминогенные ГКО, большинство из которых представлены тератомами, которые содержат элементы всех трех зародышевых листков (эктодермы, энтодермы и мезодермы). У детей старшего возраста и подростков внегонадные ГКО чаще всего расположены в средостении.

В основу большинства современных классификаций ГКО положен гистогенетический принцип происхождения опухолей из ППГК. Большинство ГКО половых органов сочетается с пороками развития (смешанная и чистая дисгенезии гонад, гермафродитизм, крипторхизм и др.).

При диагностике ГКО большое значение отводится онкомаркерам: опухоли с трофобластическим компонентом могут продуцировать хорионический гонадотропин человека (ХГТЧ), новообразования с элементами желточного мешка – альфа-фетопротеин (АФП).(3).

Цель данной работы: проанализировать частоту случаев ГКО в детской популяции в ГБУЗ Архангельской областной детской больницы (ГБУЗ АО АОДКБ) и результаты их лечения по современным международным протоколам.

Материалы и методы: ретроспективно были проанализированы все случаи ГКО у детей в Архангельской областной детской больнице за 2006 – 2015 годы. За 10-летний период в ГБУЗ АО АОДКБ на лечении находились 21 ребенок с морфологически подтвержденным диагнозом ГКО, из них: до 1 года – 16 детей (76.2 %), 10–17 лет – 5 детей (23.8 %). Соотношение мальчиков и девочек – 8 (38.1 %) и 13 (61.9 %), соответственно.

Средний возраст больных в младшей группе от 0 до 12 мес. составил 6,5 месяцев. Локализация ГКО в этой возрастной группе была следующей: крестцово-копчиковая область – 11 случаев, голова/шея – 2, ЦНС – 1, забрюшинное пространство – 2 случая. Гистологические варианты распределились следующим образом: тератомы зрелая – 12, незрелая – 1, хориоидкарцинома – 1, смешанная ГКО – 1. В крестцово-копчиковой области ГКО выявлялись у детей 1 года жизни: до 1 мес. (сразу после рождения) – 9 (у 5

из них – пренатально), 6-10 мес. – 2. Распределение их в соответствии с хирургической классификацией: 1 тип – 7, 2 тип – 2, 3 тип – 1, 4 тип – 1. В зависимости от гистологической принадлежности: зрелая тератома – 10 случаев (одна из них – монодермальная), незрелая – 1 случай. Средний объем удаленных опухолей составил 274,8 см³. В 8 случаях лечение заключалось в тотальном удалении опухоли с резекцией копчика, в 1 – лапароскопическое удаление пресакральной опухоли, в 1 – операция удаления остаточной опухоли с резекцией копчика после проведения неадьювантной ПХТ.

Во всей возрастной группе у детей до 1 года терапия ограничилась: хирургический этап лечения (тотальное удаление опухоли) – в 13 случаях; в 2-х случаях – проведение биопсии опухоли с последующим проведением ПХТ (это девочка 1 год, локализация ЦНС – хориоидкарцинома; девочка 4 недели, локализация – левая щечная область – опухоль с элементами желточного мешка); в 1-м случае – проведение неадьювантной ПХТ затем оперативное удаление остаточной опухоли, с последующим проведением блока ПХТ. В последнем случае – девочка 10 мес, локализация – крестцово-копчиковая область, неадьювантная ПХТ проводилась с целью снижения объема опухоли и минимизация рисков оперативного этапа, адьювантная ПХТ – с учетом гистологического варианта – незрелая тератома. В возрасте от 1 года до 10 лет эпизодов герминогенноклеточных опухолей не зарегистрировано.

Средний возраст у подростков (10-17 лет) составил 13,5 лет. Локализации ГКО в этой возрастной группе следующая: центральная нервная система – 2, яичники – 2, яичко – 1 случай. По гистологической принадлежности: тератомы зрелая – 1, незрелая – 2, герминома – 1, эмбриональный рак – 1. В 2 случаях терапевтический план состоял из проведения хирургического этапа с последующим проведением химиотерапии, в 1 случае – ограничилась проведением хирургического этапа лечения (тотального удаления опухоли), так же проведение удаление опухоли оперативным путем с последующим проведением лучевой терапии – в 1 случае (мальчик, диагноз: незрелая тератома левой лобной доли), и в 1 случае – комбинированная терапия – хирургическое удаление опухоли, химиотерапия, лучевая терапия (мальчик с диагнозом: герминома 3-го желудочка головного мозга).

Во всех случаях ПХТ проводилась нами по протоколу MAKEU 96.

Вывод: Таким образом, проведенный анализ клинико-диагностических данных показал, что заболеваемость ГКО в Архангельской области имеют два возрастных пика с подъемом на первом и десятом году жизни. В большинстве случаев, учитывая доброкачественность процесса, в объем терапии входило проведение только хирургического этапа лечения. Случаев рецидивирования не было. Своевременное и адекватное лечение крестцово-копчиковых тератом привело к выздоровлению всех пациентов и послужило причиной отсутствия рецидивов опухоли.

Литература:

1. Кудрявцев В.А., Турабов И.А. Тератоидные опухоли у детей (обзор литературы). – Вопросы онкологии Л., 1991г., №1. – С.54-57.
2. Алиев М.Д., Полякова В.Г., Менткевич Г.Л., Маякова С.А. Детская онкология. Национальное руководство. М.: Издательская группа РОНЦ, Практическая медицина, 2012. 589, 596 с.
3. Белокурова М.Б. Детская онкология: Руководство для врачей. – СПб. Спец. Лит, 2002. 306с.

ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ

ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ

Бирюкова А.А.

Северный государственный медицинский университет.

Студентка 5 курса педиатрического факультета

E-mail: gugusha_0110@mail.ru

Научный руководитель: к.м.н. Кригер Е.А., д.м.н. Самодова О.В.

Аннотация: По данным Всемирной организации здравоохранения в мире ежегодно заболевает коклюшем около 60 млн. человек, из них до 600 000 случаев заканчиваются летальным исходом [1].

В России в разные годы регистрируется до 20 случаев коклюша на 100 000 населения. Значительно увеличилась заболеваемость среди детей старшего возраста и взрослых ввиду отсутствия ревакцинации против коклюша в старших возрастных группах. В свою очередь, данная категория пациентов может служить источником инфекции для непривитых детей и младенцев первых месяцев жизни, не получивших вакцинации в силу возраста [1]. В последние годы отмечается неблагоприятная тенденция к росту числа отказов родителей от вакцинации против коклюша, что в сложившихся обстоятельствах может привести к росту заболеваемости среди детей раннего возраста, у которых коклюш протекает наиболее тяжело [1].

Ключевые слова: вакцинопрофилактика, коклюш

Цель. Определить отношение родителей к вакцинопрофилактике коклюша у детей.

Материал и методы. Сбор материала осуществлялся путем анкетирования, которое включало вопросы об отношении к вакцинации против коклюша, причинах отказа от вакцинации, проблемах и сомнениях в необходимости вакцинации. В исследовании приняли участие 2896 родителей.

Результаты. Возрастная структура респондентов была следующей: 18-24 года – 10,9 %, 25-29 лет – 27,2 %, 30-35 лет – 29,9 %, старше 35 лет – 30,8 %; из них 6,4 % – мужчины, 93,6 % – женщины. Более половины респондентов имели среднее – специальное образование, остальные 34,8 % – высшее.

По результатам анкетирования 86,1 % родителей считали важным привить ребёнка против коклюша, 140 человек (4,8 %) – сомневались в необходимости проведения данной прививки, 63 респондента (2,3 %) недооценивали важность вакцинации, а 197 человек (6,8 %) воздержались от ответа на данный вопрос.

От вакцинопрофилактики коклюша у детей отказались 8 родителей. Причинами отказа от вакцинации стали: боязнь поствакцинальных осложнений (62 %), мнение, что вакцины некачественные (37 %), а также недомогание у ребёнка (при отсутствии медицинских противопоказаний) на момент вакцинации, а также личное мнение родителя о вреде вакцин (1 %).

Сомнения в целесообразности вакцинопрофилактики против коклюша возникли у 36 родителей. Основными причинами сомнений были: боязнь поствакцинальных осложнений (52,7 %), неудовлетворительное, по их мнению, состояние ребенка на момент планируемой вакцинации (5,5 %), высокая температура тела после предыдущей вакцинации (8,3 %). Среди других причин: неосведомленность в вопросах вакцинопрофилактики, сомнения в качестве вакцин, мнение, что ребёнок слишком мал, а также слухи об осложнениях среди знакомых и широкая антипрививочная пропаганда в средствах массовой информации (33,5 %). Основными проблемами, связанными с вакцинопрофилактикой большинство опрошенных считали отсутствие качественных, по их мнению, вакцин (22,2 %), частое развитие поствакцинальных осложнений (22,2 %), некачественное проведение медицинского осмотра ребёнка перед прививкой (8,3 %).

Выводы. Таким образом, несмотря на большой удельный вес родителей (86,1 %) положительно относящихся к вакцинации против коклюша, остаётся категория лиц с отрицательной настроенностью, что является поводом к индивидуальному подходу в вопросах повышения приверженности вакцинации при работе с родителями, усилению пропаганды вакцинопрофилактики путем проведения бесед с родителями в поликлинике, созданию и распространению раздаточных материалов, брошюр, буклетов, освещения важности вакцинации в средствах массовой информации.

Литература:

1. Северина Е. А. , Миндлина А. Я. «Современные тенденции заболеваемости коклюшем, лечение и профилактика» ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова

БРОНХИОЛИТЫ У ДЕТЕЙ

Богданова А.В.¹, Бугаева О.С.²,

1 – Северный государственный медицинский университет.

Кафедра инфекционных болезней. Аспирант.

2 – Северный государственный медицинский университет.

Кафедра инфекционных болезней. Клинический ординатор 2 года обучения

Научный руководитель: д.м.н., доцент Самодова О.В.

Аннотация: На базе Архангельской детской областной больницы был проведен анализ клинико-лабораторных данных пациентов с бронхиолитами в возрасте до 1 года за период с марта 2015 по октябрь 2016 года. Нуклеиновые кислоты респираторных вирусов определяли методом мультиплексной полимеразной цепной реакции, при этом выявляли 6 возбудителей (РС-вирус, метапневмовирус, вирусы парагриппа 1,2,3 и 4 типа, коронавирус, риновирус, аденовирусы) в мазке из носоглотки. Определялся уровень СРБ, прокальцитонина. В исследование было включено 185 детей. Наиболее часто обнаруживались нуклеиновые кислоты респираторно-синцитиального вируса, достигая 56,7 % среди расшифрованных результатов. У большинства пациентов отсутствовало повышение маркеров воспаления.

Ключевые слова: респираторные вирусы, бронхиолиты, дети, СРБ, прокальцитонин.

Бронхиолиты одна из наиболее частых причин госпитализации детей первого года жизни. Ежегодно около 2-3 % всех детей в возрасте до 1 года поступают в стационар по поводу бронхиолита. В США частота госпитализаций достигает 100 000 случаев ежегодно. Хотя, по литературным данным, летальность от бронхиолитов невелика (от 1,82 до 2,0 на 100 000 живорожденных), данное заболевание является одним из факторов риска рецидивирующих обструкций и бронхиальной астмы в старшем возрасте [2].

Цель исследования: оценить структуру и частоту выделения вирусных патогенов и изменения С-реактивного белка и прокальцитонина при бронхолитах у детей первого года жизни.

Материалы и методы.

Исследование было проведено на базе инфекционных отделений Архангельской областной детской клинической больницы им. П.Г. Выжлецова с марта 2015 года по октябрь 2016 года. В исследование включены все дети в возрасте до 1 года с установленным диагнозом «Бронхиолит» [1].

В течение 72 часов от момента поступления ребенка в стационар проводился забор крови для определения С-реактивного белка и прокальцитонина. В первые сутки госпитализации проводился забор мазка из носоглотки для определения респираторных вирусов методом полимеразной цепной реакции с использованием тест-системы «АмплиСенс® ОРВИ-скрин-FL». Выявляли следующие респираторные вирусы: респираторно-синцитиальный, метапневмовирус, вирусы парагриппа, коронавирусы, риновирусы, аденовирусы и бокавирус. При представлении результатов качественные признаки выражены в абсолютных числах с указанием частот (%). Количественные данные представлены в виде медианы и квартилей. Исследование одобрено локальным этическим комитетом Северного государственного медицинского университета (протокол № 02/04-15 от 08.04.15).

Результаты.

За период с марта 2015 по октябрь 2016 года было госпитализировано 185 детей, соответствующих критериям включения. 61,1 % составили мальчики (113 человек). Средний возраст пациентов – 5 (2;7) месяцев. Госпитализация – на 3 (2; 5) сутки болезни.

У 45,4 % госпитализированных пациентов отмечен отягощенный преморбидный фон, 20,5 % (38 человек) были недоношенные дети. При поступлении тяжесть состояния была обусловлена выраженностью дыхательной недостаточности. Повышение температуры отмечено в 73 % случаев (135 человек). Средняя длительность лихорадки составила 3 (2;5) дня. В анализе периферической крови лейкоцитоз наблюдался в 19,5 % случаев (36 человек), у остальных пациентов уровень лейкоцитов был в пределах возрастной нормы или ниже. Ускорение СОЭ зарегистрировано в 34,6 % случаев.

Повышение уровня СРБ более 30 мг/л или уровня прокальцитонина более 0,5 нг/мл, как маркер вероятной бактериальной инфекции, было отмечено только у 9 человек. Медиана уровня СРБ составила 3,5 (0,9; 14,2) мг/л, а медиана уровня прокальцитонина составила 0,07 (0,056; 0,108) нг/мл.

При обследовании пациентов с использованием мультиплексной полимеразной цепной реакции, нуклеиновые кислоты различных вирусов были обнаружены у 141 пациента (76,2 %). В структуре расшифрованных вирусных инфекций первое место занимал респираторно-синцитиальный вирус (РС-вирус) достигая 56,7 % (80/141). Среди других вирусов наиболее часто обнаруживались нуклеиновые кислоты риновирусов (в 28,4 % случаев, 40 человек), метапневмовирусов (в 10,6 % случаев, 15 человек). У 83 % детей (117 человек) заболевание протекало в виде моноинфекции, а в 17 % случаев (24 человека) находили нуклеиновые кислоты двух респираторных вирусов.

Вывод: у детей первого года жизни, госпитализированных в стационар по поводу бронхолиита, нуклеиновые кислоты респираторных вирусов обнаруживали в 76,2 % случаев. Ведущее место занимал респираторно-синцитиальный вирус, удельный вес которого достигал 56,7 % среди расшифрованных патогенов. В обследованной группе детей в 95,1 % случаев не было повышения маркеров воспаления.

Литература:

1. Shawn L. Ralston, Allan S. Lieberthal, H. Cody Meissner. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis // Pediatrics 2014; 134: p. e1474–e1502
2. Smyth Rosalind L, Openshaw Peter J M. Bronchiolitis // Lancet. 2006; 368: p. 312–22

ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Власова А.А.¹, Горенькова А.В.

1 – Северный государственный медицинский университет. Кафедра педиатрии.

Ординатор. E-mail: anna89062802216@yandex.ru

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры педиатрии Горенькова А.В.

Аннотация: Бронхиальная астма является одним из самых распространенных хронических заболеваний органов дыхания у детей и подростков. В данной статье представлен сравнительный анализ спектра сенсibilизации у двух групп детей разного возраста.

Ключевые слова: бронхиальная астма, аллергены, сенсibilизация, дошкольники, подростки.

Бронхиальная астма (БА) в настоящее время рассматривается как гетерогенное заболевание, которое характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей и проявляется повторными эпизодами свистящего дыхания, одышки, стеснения в груди и кашля, варьируемыми по продолжительности и интенсивности и проявляются вместе с варьирующей обструкцией дыхательных путей.

БА является одним из самых распространенных хронических заболеваний органов дыхания у детей и подростков. За последние годы в мире отмечается тенденция к росту заболеваемости БА. По результатам эпидемиологических исследований, представленных Российским респираторным обществом, распространенность БА среди детей составляет 5,6-12,1 %.

Современная классификация бронхиальной астмы выделяет несколько фенотипов заболевания, но атопическая астма, связанная с высокой продукцией специфических Ig E антител к респираторным аллергенам, остается доминирующей у детей (более 80 %). С возрастом значимость разных групп аллергенов меняется, но наиболее важными остаются бытовые, эпидермальные и пыльцевые аллергены.

Материалы и методы исследования.

В исследование было включено 70 детей с установленным диагнозом бронхиальная астма в возрасте от 3 до 16 лет. Дети были разделены на 2 группы: группа «дети дошкольного возраста» и группа «подростки». К первой группе относились дети от 3 до 7 лет (N=36), ко второй – от 10 до 16 лет (N=34). Медиана возраста в группе детей дошкольного возраста составила 5,0 лет (ДИ 4-6), в группе подростков 11,0 лет (ДИ 10-13). Группы детей были сопоставимы по полу: в группе дошкольников – 10 девочек и 26 мальчиков (28 и 72 % соответственно), в группе подростков – 8 девочек и 26 мальчиков (23,5 и 76,5 % соответственно) и месту проживания: в группе дошкольников – 9 область и 27 город (25 и 75 % соответственно), в группе подростков – 13 область и 21 город (38 и 62 % соответственно).

Всем детям проводилось общее клиническое обследование и аллергологическое исследование для выявления специфических IgE в сыворотке крови методом иммунохемилюминесценции технология ImmunoCap.

Доминирующим фенотипом как у дошкольников, так и у школьников, была атопическая бронхиальная астма (75 % и 94 % соответственно), при этом неиммунная (вирус-индуцированная астма) встречалась чаще у дошкольников (25 %), чем в группе подростков (6 %). В группе дошкольников преобладала астма средней тяжести (56 %), а среди подростков астма легкого течения (53 %), но при этом тяжелая астма встречалась только в группе подростков (9 %).

Математическая обработка данных проведена с использованием статистической программы STATA 13.0.

В данном исследовании представленные количественные данные имели неправильное распределение (p для теста Колмогорова – Смирнова $< 0,05$), поэтому для описания распределения переменных использовались медианы (Me) и перцентильное ранжирование (25-й и 75-й перцентиль). Сравнительный анализ проводился с помощью методов непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни) Номинальные переменные анализировались с помощью χ^2 -теста.

Результаты исследования.

Большинство детей обеих групп имели отягощенную наследственность по аллергическим заболеваниям (бронхиальная астма, аллергический ринит, аллергодерматиты, лекарственная аллергия). Наиболее часто эти заболевания отмечались у родителей (52 % дошкольники и 44 % подростки), реже (27 % дошкольники и 38 % подростки) у братьев и сестер. При сравнении частоты наследственной отягощенности у детей 2 групп достоверных различий не получено.

При анализе частоты сочетанных форм аллергических заболеваний показано, что сочетание бронхиальной астмы и аллергического ринита достоверно чаще встречалось у подростков ($p 0,032$). Ассоциации БА с другими аллергическими заболеваниями (атопический дерматит, лекарственная аллергия, острые аллергические реакции) встречались с одинаковой частотой в обеих группах.

Анализ лабораторных данных в группах сравнения не выявил достоверных различий по абсолютной эозинофилии (медиана в группе дошкольников составила 461,45 (ДИ 239,93 – 753,98), в группе подростков – 432,00 (ДИ 259,90 – 650,65) и уровню общего иммуноглобулина E сыворотки крови (медиана в группе дошкольников – 527,00 МЕ/мл (ДИ 145,30 – 1355,0), в группе подростков – 366,70 МЕ/мл (ДИ 181,75 – 1221,70)).

Анализ спектра сенсибилизации позволяет отметить высокую частоту поливалентной сенсибилизации. Сенсибилизация к пищевым аллергенам (яичный белок, овомукоид, молоко, казеин, пшеница) отмечалась только в группе дошкольников. Наиболее значимыми респираторными аллергенами в обеих группах были бытовые аллергены клещей домашней пыли, животных, пыльцы березы и луговых трав, при этом достоверно чаще в группе дошкольников выявлялась сенсибилизация к аллергенам кошки ($p 0,050$), а в группе подростков сенсибилизация к пыльце березы ($p 0,012$). Сочетание сенсибилизации к пыльце березы и перекрестным пищевым аллергенам яблока и косточковым фруктам выявлялось только у подростков.

Анализ триггерных факторов приступов бронхиальной астмы позволяет отметить значение вирусных инфекций, физической нагрузки, холодного воздуха в обеих группах детей, но провоцирующая роль резких запахов отмечена только у подростков.

Заключение: Атопический фенотип бронхиальной астмы является доминирующим у детей разных возрастных групп, однако отмечаются возрастные особенности течения бронхиальной астмы у дошкольников и подростков. В группе дошкольников бронхиальная астма имела более благоприятное нетяжелое течение, сохранялось влияние пищевой сенсibilизации и появлялось значимое влияние эпидермальных аллергенов, особенно аллергенов кошки. В группе подростков появлялись тяжелые формы бронхиальной астмы, сочетание бронхиальной астмы с аллергическим ринитом, повышалась значимость сенсibilизации к пыльце березы с развитием перекрестной пищевой аллергии, чувствительность к запахам.

Литература:

1. Архипов В.В., Григорьева Е.В., Гавришина Е.В. Контроль над бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового наблюдательного исследования НИКА. Пульмонология, 2011. 6: 87-93.
2. Балаболкин И.И., Булгакова В.А. Бронхиальная астма у детей. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агенство», 2015. 144 с.
3. Баранов А.А., Хаитов Р.М. Аллергология и иммунология. М.: Союз педиатров России, 2011. 240 с.
4. Намазова-Баранова Л.С. Бронхиальная астма. Руководство для врачей. М., 2015. 64 с.
5. Намазова-Баранова Л.С. Аллергия у детей: от теории – к практике. М., 2010-2011. 668 с.
6. Ненашева Н.М. Возможности контроля пылевой бронхиальной астмы с помощью режима единого ингалятора. Медицинский совет. 2015. №11. С. 3-6.
7. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики». 4-е изд. М., 2012. 184 с.
8. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с бронхиальной астмой, 2016 г. Союз педиатров России
9. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания. Практическое руководство. М: Издательство «ПедиатрЪ», 2015. 396 с.
10. Федеральные клинические рекомендации по лечению атопической бронхиальной астмы, 2015 г. РААКИ
11. Федеральные клинические рекомендации по диагностике аллергических заболеваний, 2015 г. РААКИ
12. Глобальная стратегия по диагностике и лечению бронхиальной астмы (GINA), 2014, 2015, 2016 гг.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ И ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ, МОТИВИРУЮЩИХ К ВАКЦИНАЦИИ

Леготина М.А., Шумилова А.С.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра инфекционных болезней.

Студентки 5 курса, 3 группы педиатрического факультета. E-mail: aniram-lolo3@yandex.ru

Научные руководители: к.м.н. Кригер Е.А., д.м.н. Самодова О.В.

Аннотация: проведено поперечное исследование с участием 2896 взрослых жителей Архангельской области с целью выявления и анализа факторов, мотивирующих родителей к вакцинации их детей и источников информации по вакцинации, которым они доверяют. Среди факторов, мотивирующих к проведению вакцинации преобладали: уверенность в необходимости (82,2 %), рекомендации врачей (51,8 %), требования для устройства в детские дошкольные учреждения (39,5 %). Более 93 % опрошенных доверяют врачам при принятии решения о необходимости проведения вакцинации, 18,7 % респондентов доверяют информации, демонстрируемой телевидением, 14,6 % – информации в интернете. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения информационно-просветительной работы с родителями для повышения мотивации к проведению вакцинопрофилактики.

Ключевые слова: вакцинация, дети

В настоящее время вакцинопрофилактику рассматривают как один из основных методов достижения здоровья любого человека из любой социальной группы в развитых и развивающихся странах. Общеизвестно, что вакцины снижают детскую смертность, увеличивают ожидаемую продолжительность жизни и способствуют сохранению активного долголетия. На современном этапе развития весьма серьезной проблемой является нарастание в обществе антивакцинальных настроений, в связи с широким распространением противопрививочных сайтов, которые очень привлекательны для читателя. Целью исследования является выявление и анализ факторов, мотивирующих родителей к вакцинации их детей и источников информации по вакцинации, которым они доверяют. Было проведено поперечное исследование с участием 2896 жителей Архангельской области, имеющих детей до 18 лет. Результаты представлены в абсолютных числах с указанием процентов. В исследовании приняли участие 2896 родителей, среди которых преобладают женщины (94 %) старше 35 лет (31 %), имеющие среднее специальное образование

(50 %) и двух и более детей (45 %). Среди мотивирующих факторов родители указывали: уверенность в необходимости вакцинирования (82,2 %), рекомендации врачей (51,8 %), требования для устройства в детские дошкольные учреждения (39,5 %), пропаганда СМИ (14,2 %), советы родственников, знакомых (10,2 %), личный опыт (9,8 %), советы на сайтах, форумах (10,3 %). Уровень доверия врачам при решении вопроса о необходимости вакцинации составил более 93 %. 654 опрошенных (22,6 %) доверяют информации, представленной на плакатах и листовках в поликлиниках, 18,7 % – информации по телевидению, 14,6 % – сведениям в интернете. В ходе исследования выявлены следующие закономерности: чем моложе родители, тем больше они доверяют врачам, таким образом 90 % родителей до 18 лет доверяют врачам; чем старше родители, тем меньше они доверяют средствам массовой информации и знакомым, так 8 % опрошенных старше 35 лет доверяют сайтам и 6 % – родственникам и знакомым; чем выше уровень образования у родителей, тем меньше они доверяют знакомым и СМИ, лишь 9 % родителей с высшим образованием доверяют советам знакомых. Таким образом, основным мотивирующим фактором для родителей при решении вопроса о вакцинации детей является рекомендация врача. Несмотря на это достаточно высокий процент респондентов доверяют средствам массовой информации. Необходимо выработать оптимальную стратегию массовой вакцинации в условиях эпидемиологического благополучия и вести активный диалог с разными слоями общества, как врачами, так и СМИ, разъясняя необходимость вакцинации 95 % детей первых лет жизни, даже при отсутствии заболеваний.

Литература:

1. Вакцины и вакцинация: национальное руководство / Под ред. В.В. Зверева, Б.Ф. Семенова, Р.М. Хаитова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 880 с

2. Организация вакцинопрофилактики в амбулаторно-поликлинических условиях: уч. пособие / сост.: Л.В. Яковлева, Т.Д. Просвирина, Л.Д. Изотова, А.А. Рулева, С.А. Ларшутин. –Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2015. –86с.

ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ВАЖНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ОТ ОТДЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Лысанова А.И. , Маслова В.А.

*Северный государственный медицинский университет. Студентки 5 курса, 3 группы
педиатрического факультета. Кафедра инфекционных болезней. E-mail: aliona.lysanowa@
yandex.ru; maslova94@rambler.ru*

Научные руководители: к.м.н. Кригер Е.А.; доцент, д.м.н. Самодова О.В.

Аннотация: Для оценки понимания родителями важности вакцинации детей, учитывая их пол, возраст, уровень образования и количество детей, были проанализированы ответы 2896 опрошенных граждан в отношении прививок от 16 инфекционных заболеваний и выявлены группы лиц, сомневающих и уверенных в необходимости вакцинации своих детей.

Ключевые слова: вакцинация, важность вакцинации, отношение родителей к вакцинации детей, инфекционное заболевание.

По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ за январь-октябрь 2016 г. по сравнению с аналогичным периодом 2015 г. в Р. Ф. зарегистрировано снижение заболеваемости по следующим нозологическим формам: корь – в 9,7 раза и составляет 0,06 на 100 тыс. населения против 0,57 в 2015 г.), острый гепатит В – на 14,6 %, хронический гепатит В – на 4,9 %, менингококковая инфекция – на 24,9 % (в том числе генерализованные формы – на 27,4 %), клещевой вирусный энцефалит) – на 12,3 %, впервые выявленный туберкулез – на 7,8 %, ветряной оспой на 2,6 % (составляет 450,6 на 100 тыс. населения против 462,4 в 2015 г.). Однако, по сравнению с аналогичным периодом 2015 г., отмечается рост заболеваемости коклюшем в 1,5 раза (составляет 4,8 на 100 тыс. населения против 3,2 за аналогичный период 2015 года), краснухой – в 2,2 раза (41 случай, в том числе 4 случая – у детей до 14 лет (в 2015 году - 19 случаев), эпидемическим паротитом – в 5 раз, энтеровирусными инфекциями – в 1,8 раза (в том числе энтеровирусным менингитом – в 1,5 раза), внебольничным пневмониям – на 22,3 % больше (339,4 на 100 тыс. населения против 277,5 в 2015 г.). Превышение среднесезонных показателей в отношении перечисленных инфекций (за 10 лет аналогичного периода) отмечено по коклюшу – в 1,6 раза (4,8 в 2016 году против 3 в 2006-2015 гг.), эпидемическому паротиту – в 2,2 раза (0,5 против 0,2), ЭВМ – в 1,3 раза (2,8 против 2,1). За январь-октябрь 2016 г. не зарегистрировано ни одного случая острого паралитического полиомиелита, в том числе ассоциированного с вакциной.

Архангельская область наряду с некоторыми другими областями, лидирует по росту заболеваемости эпидемическим паротитом, краснухой, ветряной оспой, внебольничной пневмонией.

По оценкам ВОЗ, иммунизация позволяет ежегодно предотвращать от 2 до 3 миллионов случаев смерти от дифтерии, столбняка, коклюша и кори. На протяжении последних лет глобальный охват вакцинацией – доля детей в мире, получающих рекомендуемые вакцины – держится на одном уровне. Несмотря на очевидные преимущества вакцинации, некоторые родители отказываются от прививок. Проблема актуальна по всему миру, в том числе для таких стран, как США или Россия.

Интернет «пестрит» множеством статей, которые отговаривают родителей прививать своих детей. Такие антипрививочные сайты оперируют недостоверными фактами о вреде вакцинации и осложнениях, не упоминая о важности и необходимости специфической профилактики тяжелых инфекций.

С целью оценки отношения родителей к важности вакцинации детей нами были проанализированы ответы 2896 человек (2680 женщин и 216 мужчин) в отношении прививок от туберкулеза, гепатита В, кори, краснухи, ветряной оспы, дифтерии, полиомиелита, столбняка, коклюша, сезонного гриппа, паротитной инфекции, ротавирусной, менингококковой, пневмококковой, гемофильной инфекций и клещевого энцефалита.

После анализа ответов 2896 опрошенных граждан в отношении прививок от 16 инфекционных заболеваний нами было установлено, что 1978 человек (68,3 % опрошенных), не сомневаются в важности вакцинации, 795 (27,5 %) опрошенных сомневаются в вакцинации по трем и более инфекциям, 123 опрошенных (4,2 %) не указали свои сомнения.

Составлены социальные портреты тех среднестатистических родителей (мужского, и женского пола), которые сомневаются в важности вакцинации: женщина, сомневающаяся в необходимости вакцинации, – чаще 30-35 лет (32,5 %), со средним специальным образованием (48,2 %), имеющая 2 детей (45,6 %); мужчина 30-35 лет (47,2 %), со средним специальным образованием (58,5 %), имеющий 2 детей (41,5 %).

Также составлены портреты среднестатистических родителей (мужского, и женского пола), которые уверены в необходимости прививок: женщина – имеет возраст старше 35 лет (31,2 %), со средним специальным образованием, имеющая 2 детей (45,5 %); мужчина: старше 35 лет (29,3 %), со средним специальным образованием (42 %), имеющий одного ребенка (48,4 %).

Выявлено, что наибольшее количество опрошенных считают важными прививки от туберкулеза (94,1 %), вирусного гепатита В (92,1 %), полиомиелита (90,5 %), кори (89,9 %), дифтерии (89,6 %) и столбняка (89,4 % всех опрошенных) (**Диаграмма № 1**). По представленной диаграмме также видно, что меньшую значимость родители придают важности вакцинации от таких заболеваний, как ротавирусная инфекция (лишь 46,0 % опрошенных заявили о ее важности), сезонный грипп (50,0 %), гемофильная инфекция (61,5 %) и ветряная оспа (61,6 %), что, вероятно, можно объяснить недавним введением этих вакцин в Национальный календарь профилактических прививок.

Выводы: Большинство опрошенных (68,3 %) не сомневаются в важности вакцинации, среди них среднестатистические и женщина и мужчина имеют возраст старше 35 лет, среднее специальное образование. При этом женщина чаще имеет двух детей, а мужчина одного ребенка. Сомнения в важности вакцинации выражает 27,4 % родителей, среднестатистический портрет которых, независимо от пола, таков: возраст- 30-35 лет, образование- среднее специальное, количество детей- 2. Наибольшее количество опрошенных считают важными прививки от туберкулеза, вирусного гепатита В, полиомиелита, кори, дифтерии и столбняка. Меньшую значимость родители придают важности вакцинации от ротавирусной инфекции, сезонного гриппа, гемофильной инфекции и ветряной оспы.

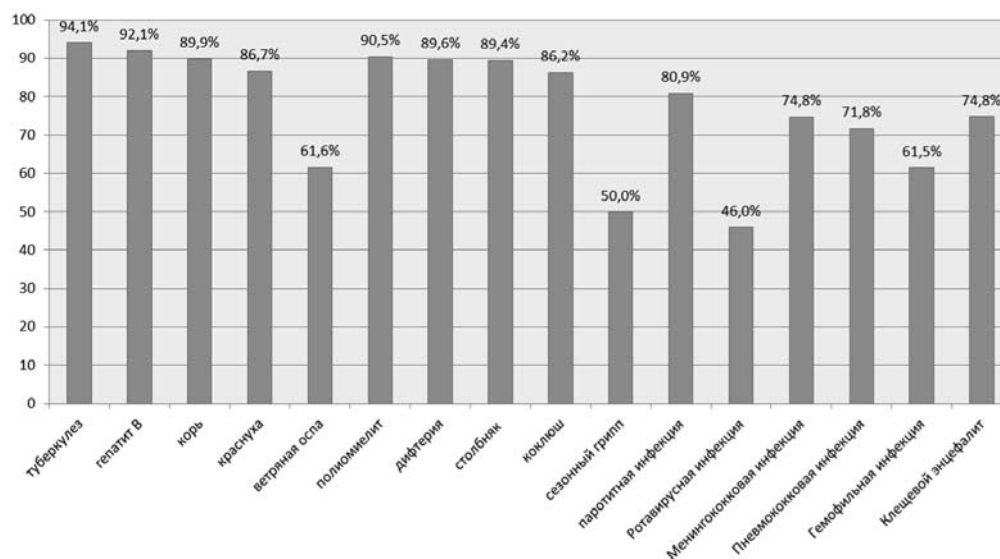


Диаграмма №1: Положительное отношение к вакцинации

Литература:

1. Коток А. Беспощадная иммунизация. Изд-во: МЕТ. 2006. №2.
2. Всемирная организация здравоохранения. Охват иммунизацией. Информационный бюллетень. Март 2016.
3. http://rospotrebnadzor.ru/deyatelnost/org/?ELEMENT_ID=6754

СЕРОЗНЫЕ МЕНИНГИТЫ У ДЕТЕЙ

Неверова Н.В., Самыловских Н.В.

Северный государственный медицинский университет. Студентки 5 курса, педиатрический факультет.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Самодова О.В.

Аннотация: На базе центра инфекционных заболеваний Архангельской областной клинической больницы был проведен анализ клинико-эпидемиологических данных у детей с серозными менингитами за период с 2013 по 2016 год. В исследование включено 152 ребенка. Описаны особенности клинической картины, изменения лабораторных показателей (общий анализ крови, анализ спинномозговой жидкости).

Ключевые слова: дети, серозные менингиты, ликвор.

Серозные менингиты составляют до 30-50 % в структуре инфекционной патологии нервной системы у детей. Характеризуются преобладанием гипертензионно-гидроцефального синдрома с серозным воспалением в оболочках головного мозга. Широко распространены во всем мире, среди заболевших дети до 17 лет составляют 60-65 %. Серозные менингиты отличаются полиэтиологичностью, чаще всего обусловлены вирусами, среди которых энтеровирусные менингиты составляют 85-90 % [1, 2].

Цель исследования: представить клинико-лабораторную характеристику серозных менингитов у детей.

Материалы и методы.

Исследование было проведено на базе центра инфекционных заболеваний Архангельской областной клинической больницы. Были включены все дети с установленным диагнозом «Серозный менингит» за период с 2013 по 2016 год. При представлении результатов качественные признаки выражены в абсолютных числах с указанием частот (%). Количественные данные представлены в виде медианы и квартилей.

Результаты.

За период с 2013 по 2016 год было госпитализировано 152 ребенка с диагнозом «Серозный менингит». Из них мальчиков 58,6 % (89 человек), девочек 41,4 % (63 человека). Средний возраст пациентов составил 8 (5;11) лет. Наибольшее число заболевших отмечено в 2013 году – 68,4 % всех включенных в исследование детей. Отмечена четко выраженная летне-осенняя сезонность заболевания с пиком в августе-октябре (64,5 % детей). Заболевание начиналось остро с появления головной боли (97,4 %), повышения температуры (97,4 %), рвоты (77 %). Среди других жалоб, наиболее часто были отмечены боль в животе, боль при движении глазных яблок, снижение аппетита, боль в горле, насморк, жидкий стул. Обращение за медицинской помощью происходило на 2 (1; 3,7) сутки от начала заболевания. При поступлении в стационар менингеальные симптомы различной степени выраженности определялись у 96 % пациентов.

В общем анализе крови лейкоцитоз наблюдался у 1/3 госпитализированных детей (51 человек), медиана уровня лейкоцитов составила 8 (6; 11)×10⁹/л. Ускорение СОЭ отмечено в 73,7 % случаев (112 человек). Диагностическая люмбальная пункция проводилась на 2 (1;3) день от начала заболевания. Наиболее часто наблюдался умеренный лимфоцитарный (75,7 % случаев) плеоцитоз (в 95 % – до 500 клеток в 1 мкл), медиана составила 83 (30;197) клеток в 1 мкл. Белок и сахар, как правило, оставались в пределах нормы, в среднем 0,29 (0,23;0,04) г/л и 3,3 (2,97;3,77) моль/л соответственно. При исследовании ликвора в полимеразной цепной реакции нуклеиновые кислоты энтеровирусов были выявлены у 55,3 % пациентов (84 человека). Течение заболевания во всех случаях было благоприятным. Контрольная люмбальная пункция была проведена у 68,4 % детей (104 человека) на 22 (20;25) день заболевания. Нормализация показателей ликвора отмечена в 75 % (78 человек).

Вывод: Для серозных менингитов характерна весенне-летняя сезонность. Чаще болеют дети дошкольного и младшего школьного возраста. В клинической картине отмечено наличие общемозгового, интоксикационного, менингеального синдромов. Изменения ликвора характеризовались умеренным лимфоцитарным плеоцитозом при нормальном уровне белка и сахара.

Литература:

1. Нейроинфекции у детей (коллективная монография) / Под ред. Скрипченко Н.В. – Санкт-Петербург: «Тактик-Студио», 2015. – 856 с.
2. Sadarangani M, Willis L, Kadambari S, Gormley S et al. Childhood meningitis in the conjugate vaccine era: a prospective cohort study // Arch Dis Child. 2015 Mar. № 100(3). P. 292-4

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Попова М.М.¹, Шарыпова М.А.¹, Коцемба А.Н.²

1-Северный государственный медицинский университет. Кафедра неонатологии и перинатологии. Клинический ординатор. E-mail: doinyak@mail.ru

2-Северный государственный медицинский университет. Студентка 3 курс пед.ф-т.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Киселева Л.Г.

Аннотация: Проведен анализ медицинской документации женщин с гипертонической болезнью и их доношенных новорожденных. Ранняя неонатальная адаптация детей определяется генезом и степенью тяжести гипертонической болезни матерей, развитием поражений органов-мишеней и фетоплацентарной системы, эффективностью антигипертензивной терапии. При компенсированных стадиях гипертонической болезни прогноз для здоровья детей благоприятный.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, беременность, новорожденный.

Артериальная гипертензия (АГ) при беременности – повышение абсолютной величины артериального давления (АД) до 140/90 мм рт.ст. и выше или подъем АД по сравнению с его значениями до беременности или в I триместре: систолического АД – на 25 мм рт.ст. и более, диастолического – на 15 мм рт.ст. и более от нормального [1]. Хроническая АГ (син.: гипертоническая болезнь (ГБ), вторичная гипертензия) – это АГ, диагностированная до наступления беременности или до 20-й недели гравидарного периода. АГ, возникшая после 20-й недели гестации, но не исчезающая после родов в течение 12 недель, также ретроспективно классифицируется как хроническая АГ [4].

По данным эпидемиологических исследований распространенность ГБ среди беременных женщин составляет от 1 % до 6 % [6] и сопряжена с преждевременными родами (10-12 %), нарушением мозгового кровообращения, отслойкой сетчатки, эклампсией, массивными коагулопатическими кровотечениями, фетоплацентарной недостаточностью, антенатальной гибелью плода [2].

Цель исследования: оценить перинатальный анамнез доношенных детей от матерей с ГБ.

С 2013 по 2016гг. в акушерском отделении ГБУЗ АО АОКБ (г.Архангельск) общее количество беременных с диагнозом ГБ составило 581 человек (в 2013г. – 177 женщин (6,8 % от общего количества беременных); в 2014г. – 128 (7,9 %); в 2015г. – 128 (5,7 %); в 2016г. – 134 (6,4 %)). Проведен анализ медицинской документации 55 родильниц с ГБ, родоразрешившихся при сроке гестации 37-41 неделя в 2016г. Средний возраст женщин составил 32,8±4,9 лет. Работающие женщины преобладали над домохозяйками, при этом почти в равных соотношениях были заняты, как физическим, так и умственным трудом. На учете в женской консультации состояли 53 (96,4 %) обследованных; первая явка в среднем отмечена в 9,4±3,2 недели (min 5; max 19).

Согласно записям обменной карты (ф 111/у), алкоголь употребляли во время беременности 3,6 % женщин, курили – 18,2 % обследованных. Среди экстрагенитальной патологии, кроме ГБ, отмечены нарушение жирового обмена 27(49,1 %), гипотиреоз 11 (20 %), миопия 10 (18,2 %), хронический пиелонефрит 9 (16,4 %), ангиопатия сетчатки 7 (12,7 %), сахарный диабет – 3 (5,5 %). В период беременности госпитализировались для лечения 38(69,1 %) женщин. Основными показаниями к госпитализации беременных с АГ являются тяжелая АГ (АД ≥ 160/110 мм рт. ст.), впервые выявленная в период беременности АГ, клинические и/или лабораторные признаки преэклампсии [10].

Во время беременности 87 % женщин получали антигипертензивные препараты: метилдопа (альфа-адреномиметик, степень токсичности по FDA-B), метопролол, бисопролол (бетта-адреноблокаторы, FDA-C), амлодипин, нифедипин (блокатор кальциевых каналов, FDA-C). Основными ЛС, которые используются в настоящее время в мире для лечения АГ в период беременности, являются метилдопа (препарат первой линии), антагонисты кальция (нифедипин) и b-адреноблокаторы. Метопролол препарат выбора в настоящее время среди b-адреноблокаторов. В плацебо-контролируемом исследовании при применении метопролола не получено данных, указывающих на отрицательное влияние препарата на развитие плода, в т. ч. задержку внутриутробного развития, а также не зарегистрировано осложнений у новорожденного, таких как гипогликемия, угнетение дыхания, брадикардия и гипотензия. Метилдопа – единственный антигипертензивный препарат, использующийся во время беременности, при применении которого изучались отдаленные последствия в отношении развития детей, неблагоприятного влияния препарата на постнатальное физическое и интеллектуальное развитие выявлено не было [5].

Необходимость лекарственной терапии при тяжелой АГ не вызывает сомнений, в то время как целесообразность медикаментозной терапии при умеренной АГ или оптимальных целевых уровнях АД остаются предметом дискуссий [5]. Антигипертензивная терапия уменьшает риск развития тяжелых форм АГ, однако существенно не влияет на частоту преэклампсии, преждевременных родов,

перинатальные исходы [7]. В литературе имеются указания, что снижение АД у матери ассоциируется с низкой массой тела ребенка при рождении [9]. При анализе медицинской документации отмечено, что в третьем триместре гравидарного периода не получали лекарственных препараты для снижения артериального давления 20 % беременных, что в 2 раза меньше чем во втором и в 3 раза меньше чем в первом триместрах.

Через естественные родовые пути родоразрешились 62 % женщин. Показаниями для операции кесарево сечение явились: несостоятельный рубец на матке, неэффективность родовозбуждения. Оценка по шкале Апгар 7,8±0,7 на 1 и 8,2±0,6 на 5 минутах. 6 (10,9 %) детей имели задержку внутриутробного развития. Неонатальная желтуха, потребовавшая проведения фототерапии отмечена у 20 (36,4 %) детей. Геморрагический синдром встречался у 7 (12,7 %) новорожденных и проявлялся субконъюнктивальными кровоизлияниями и в кожу лица. У одного младенца в раннем неонатальном периоде отмечался синдром срыгиваний. У 3 (5,5 %) детей отмечался синдром угнетения, у одного – синдром возбуждения. 48 (87,3 %) новорожденных получали исключительно грудное вскармливание, 3 (5,5 %) – нуждались в докормах, 2 (3,6 %) ребенка находились на искусственном вскармливании. Максимальная убыль массы тела составила на 3-4 сутки жизни 6,3±2,1 %. Структура заболеваний в неонатальном периоде была представлена ГБН по системе АВО у 7 (12,7 %) новорожденных, неонатальная желтуха неуточненная 20 (36,4 %), ЗВУР 6 (10,9 %), диабетическая фетопатия отмечена у 6 (10,9 %) новорожденных, родовая травма (кефалогематома) 2 (3,6 %), ВУИ с поражением глаз 1 (1,8 %). 38,3 % детей были выписаны с диагнозом период новорожденности. В детский стационар переведено 4 ребенка для обследования и лечения с диагнозами сердечно-сосудистые нарушения возникшие в перинатальном периоде, неонатальная желтуха.

Таким образом, адаптация новорожденных от женщин с ГБ определяется как основным заболеванием матерей, так лекарственной терапией в период беременности. Антигипертензивные препараты могут оказывать нежелательное воздействие на мать, плод и новорожденного, причем некоторые воздействия проявляются уже после периода новорожденности. Беременные с тяжелой гипертензией должны получать медикаментозную терапию, однако неясно, насколько такая терапия оправдана при легкой гипертензии.

Литература:

1. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности. Российские рекомендации. Российское кардиологическое общество, Москва, 2013 г.– 40 с.
2. Влияние антигипертензивной терапии, применяемой во время беременности, на особенности течения адаптационного периода у новорожденных / Е.В. Занина [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2012. – №11(103). – С.121-124
3. Оганов Р.Г., Ткачева О.Н. Лечебно-диагностическая тактика ведения беременных с артериальной гипертензией в России: вопросы диагностики и классификации // Акушерство и гинекология 2010. № 5. С. 42-8.
4. Стрюк Р.И., Бакалов С.А., Бунин Ю.А. и др. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности. Российские рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2010. № 9(6). Прил. 2.
5. Ткачева О.Н., Рунихина Н.К. и др. Спорные вопросы артериальной гипертензии в период беременности // «ФАРМАТЕКА», 2012, № 4, с. 1-7
6. Чухарева Н.А., Рунихина Н.К., Есаян Р.М., Беременность и три основные проблемы современных женщин: ожирение, диабет и артериальная гипертензия (в помощь практикующему врачу). Consilium Medicum. 2014; 06: 5-8
7. Abalos E, Duley L, Steyn DW, et al. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2007;(1):CD002252.
8. Nabhan AF, Elsedawy MM. Tight control of mild-moderate pre-existing or non-proteinuric gestational hypertension. Cochrane Database Syst Rev 2011 ;(7):CD006907.
9. Dadelszen P, Omstein MP, Bull SB, et al. Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: a meta-analysis. Lancet 2000;355:87-92.
10. Dadelszen P, Magee LA. Fall in mean arterial pressure and fetal growth restriction in pregnancy hypertension: an updated meta-regression analysis. J Obstet Gynaecol Can 2002;24(12):941-45.

ЗАВИСИМОСТЬ КЛИНИКИ РАХИТА ОТ УРОВНЯ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО 3,5 ЛЕТ ГОРОДА АРХАНГЕЛЬСКА

Разумова Е.Ю., Коробицына А.А.

*Северный государственный медицинский университет, кафедра педиатрии,
5 курс педиатрический факультет, 4 курс педиатрический факультет.*

E-mail: lizi19954@gmail.com

Научный руководитель: д.м.н. профессор Малявская С.И.

Введение. Дефицит витамина D – явление достаточно распространённое во всём мире. В последние несколько лет в научном мире произошёл пересмотр взглядов на витамин D и его роль в организме человека. Есть исследования, показывающие возможность его функционального дефицита даже при нормальном содержании витамина D крови.

Цель. Выявить зависимость уровня дефицита витамина D от факторов риска рахита. Установить зависимость клинических проявлений рахита от уровня дефицита витамина D.

Материалы и методы. Проведён статистический анализ лабораторных данных содержания витамина D в крови детей 127 детей в возрасте от 0 до 3,5 лет и анкетирование родителей. Распределение пациентов на группы по уровню витамина D осуществлялось согласно критериям Bischoff-Ferrati H.A. Клиника рахита была разбита на группы:

1) проявления со стороны нервной системы (беспокойство, пугливость, 2) нарушение сна, красный дермографизм, потливость),

3) кожи и мышц (упорная потница, облысение затылка, тургор тканей, мышечный тонус)

4) со стороны костной системы:

а. признаки остеомалации (податливость швов, симптом Лепского, краниотабес, изменение конфигурации черепа, развёрнутая нижняя апертура грудной клетки, деформация грудной клетки, Гаррисонова борозда, деформация позвоночника, деформация нижних конечностей)

б. признаки гиперплазии остеοидной ткани (увеличение лобных/теменных бугров, «чёлки», «браслеты», «нити жемчуга»)

в. признаки гипоплазии остеοидной ткани (поздние закрытие большого родничка и сроки прорезывания зубов, гипоплазия эмали зубов).

Среди факторов риска для оценки были выбраны возраст матери старше 35 лет, токсикозы беременности, месяц рождения ребёнка, его вес при рождении, длительность прогулок.

Результаты. Недостаточность витамина D выявлена у 26 % детей, дефицит у 18 %, тяжёлый дефицит у 8 % детей. Дефицит наиболее распространён в группе детей 2-3 годов жизни. Тяжёлый дефицит наиболее распространён в возрастной группе третьего года жизни, на первом году не наблюдался ни у одного ребёнка.

Как наиболее значимые факторы риска развития дефицита витамина D выявлены: токсикозы во время беременности (они имеются у 28 % детей с дефицитом и 33 % детей с тяжёлым дефицитом), «бурная» прибавка массы тела у детей в первые 3 месяца жизни, (выявлена 42 % детей с тяжёлым дефицитом) и рождение в зимний (33 % детей с дефицитом) или летний период (50 % детей с тяжёлым дефицитом).

Тяжесть клинических проявлений возрастает с уровнем дефицита витамина D, кроме признаков гипоплазии остеοидной ткани. Так количество признаков у 1 ребёнка в среднем со стороны нервной системы у детей с нормальным уровнем витамина D составило 1,5; у детей с недостаточностью 1,8; а у детей с дефицитом 2,4 признака. Проявления со стороны кожи и мышц показали ту же зависимость 1,8 признака у детей с нормальным уровнем витамина D, 1,9 признака у детей с недостаточностью и 2,0 – с дефицитом. Признаки остеомалации 1,8 в среднем у детей с нормой, 3,0 у детей с недостаточностью и 3,1 у детей с дефицитом. Признаки гиперплазии остеοидной ткани 1,5 признака при нормальном содержании витамина D в крови, 2,6, при недостаточности, при дефиците – 3. Признаки гипоплазии остеοидной ткани в отличие от остальных групп имеют тенденцию к снижению при снижении уровня витамина D в сыворотке крови и составили 0,6; 0,5; 0,3 признака на ребёнка соответственно.

Выводы. Существует проблема дефицита витамина D, особенно выраженная у детей 2-3 годов жизни. На первом году жизни тяжёлый дефицит не выявляется. Клиника рахита имеется у всех групп обследованных детей, и имеет прямую зависимость от уровня витамина D.

ОСТЕОПЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ

Сазонова Ю. Н.¹, Бородин Р. В.²

1 – ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России. Кафедра неонатологии и перинатологии, клинический ординатор.

E-mail: iulasazonova@mail.ru

2 – ГБУЗ АО “Архангельский родильный дом им. К.Н. Самойловой”. Врач-неонатолог.

E-mail: alfred-borodin@ya.ru

Научный руководитель: к.м.н., доц., Усынина А.А.

Аннотация: представлены результаты ретроспективного исследования распространенности остеопении и факторов риска остеопении среди госпитализированных недоношенных новорожденных

Ключевые слова: остеопения, недоношенные дети

Повышение выживаемости новорожденных с очень низкой (ОН) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) привело во многих странах мира к увеличению регистрации случаев остеопении у преждевременно родившихся детей. Остеопения недоношенных – это заболевание, при котором нарушаются минерализация и рост костей преимущественно в результате дефицита фосфора и кальция в организме ребенка [1, 2]. Увеличение трабекулярной толщины кости и костного объема во внутриутробном периоде происходит быстрее по сравнению с развитием вне матки. У недоношенных новорожденных минерализация костей происходит медленнее, чем у доношенных детей [2]. Основные запасы кальция и фосфора формируются в период с 24 недель беременности [3]. Дети, родившиеся с ОНМТ и ЭНМТ, имеют ограниченный запас фосфора и кальция и в большинстве случаев лишены адекватного постнатального поступления данных минералов. Дефицит витамина Д не имеет превалирующего значения в патогенезе остеопении недоношенных; гидроксирование витамина Д является полностью функциональным процессом даже у плодов при сроке гестации 24 недели [2].

Факторами риска остеопении недоношенных являются: малые гестационный возраст и масса тела при рождении, длительное применение парентерального питания, отсутствие фортификации грудного молока, вскармливание детей с ОНМТ и ЭНМТ смесью для доношенных, применение лекарственных препаратов, способствующих выведению кальция из костной ткани (фуросемид, кортикостероиды, метилксантины), дефицит витамина Д [2, 4, 5]. Риск остеопении у ребенка повышен в случае дефицита витамина Д или кальция у матери во время беременности, курения матери, повышенном уровне физической нагрузки в третьем триместре беременности, патологии плаценты, употребление беременной высоких доз магния [1, 2, 4, 5].

Остеопения недоношенных клинически проявляется в возрасте 6-16 недель медленными весовыми прибавками, краниотабесом, спонтанными переломами трубчатых костей, дыхательными нарушениями [1, 4]. Лабораторные критерии остеопении неспецифичны, но у большинства детей можно выявить снижение уровня фосфора и повышение уровня щелочной фосфатазы в крови. Уровень кальция может оставаться нормальным до развития поздней стадии заболевания [2, 4]. Рентгенологическое обследование позволяет выявить изменения эпифизов длинных трубчатых костей и переломы [2].

Целью настоящего исследования было изучение распространенности остеопении и селективных факторов риска данной патологии у преждевременно родившихся детей с массой тела при рождении менее 1500 г.

В исследование включены дети с ОНМТ и ЭНМТ, родившиеся в 2014 г. в ГБУЗ АО “Архангельский родильный дом им. К.Н. Самойловой” и переведенные в ГБУЗ АО “Архангельская детская клиническая больница” для дальнейшего обследования и лечения. Исключение составили случаи неонатальной смерти. Проведена выкопировка данных из историй болезни новорожденных и историй родов. В данном исследовании за остеопению принимали наличие у ребенка в возрасте более 28 суток следующих диагностических критериев: повышения уровня щелочной фосфатазы, снижения уровня кальция и/или фосфора, краниотабес.

В исследовании включено 56 детей, 31 из которых – мальчики. Каждый пятый ребенок был рожден при сроке беременности менее 28 недель, 74 % – в срок 28-32 недель, 2 ребенка имели гестационный возраст более 32 недель. Наименьшая масса в исследуемой группе составила 700 г. У 90 % детей отмечалось повышение уровня щелочной фосфатазы в возрасте 1, 1,5 и 2 месяцев. Снижение уровня кальция отмечалось только у 1 ребенка в возрасте 1 и 2 месяцев, и 3 детей в возрасте 1,5 месяцев. Уровень фосфора был снижен лишь у 2 детей в возрасте 1, 1,5 и 2 месяцев. Краниотабес выявлен у 9 (16 %) детей. Диагноз остеопении в истории болезни был выставлен у каждого третьего ребенка исследуемой группы.

Трофическое питание получали 90 % детей. Парентеральное питание получали все дети, средняя длительность парентерального питания составила 27 суток. В группе получающих грудное молоко, его

фортификация проводилась у 35 % пациентов. Лекарственную терапию фуросемидом, кортикостероидами в данной группе не получал ни один ребенок. Витамин Д в дозе 1000 МЕ получали все новорожденные, начало витаминотерапии пришлось в среднем на 24 сутки. ИВЛ потребовали 19 (33 %) детей, при этом средняя длительность ИВЛ составила 17 часов.

Таким образом, все новорожденные имели хотя бы один клинический или лабораторный признак остеопении недоношенных. В отсутствие доказанных специфических маркеров остеопении следует обращать внимание на совокупность анамнестических, клинических и биохимических признаков. Раннее начало энтерального кормления с обязательной фортификацией грудного молока и своевременно начатой дотацией витамина Д может предупредить развитие остеопении у преждевременно родившихся детей с ОНМТ и ЭНМТ.

Литература:

1. Гомелла Т. Л., Каннингем М. Д., Эяль Ф. Г. Неонатология: в 2 томах. М. : Изд-во «БИНОМ», 2015. 1576 с.
2. Сафина А. И. Остеопения недоношенных // Вестник современной клинической медицины. 2013. № 6. С. 114-119.
3. Lothe A., Sinn J., Stone M. Metabolic bone disease of prematurity and secondary hyperparathyroidism // Journal of Paediatrics and Child Health. 2011. N 47. P. 550–553.
4. Rustico S., Calabria A. Metabolic bone disease of prematurity // Journal of Clinical & Translational Endocrinology. 2014. Vol. 1. I. 3. P. 85–91.
5. Vachharajani A.J., Mathur A.M., Rao R. Metabolic Bone Disease of Prematurity // NeoReviews. 2009. N 10. P. 402-411.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Семчугова Э. О., Дудин А.В.

*Северный государственный медицинский университет. Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии. Студенты 5 курса 11 группы, лечебного факультета E-mail: semchugovaelya@rambler.ru
Научный руководитель: д.м.н. Тарасова О.В.*

Аннотация: Врожденные пороки сердца (ВПС)- одна из наиболее значимых патологий сердечно-сосудистой системы у детей. Этот факт диктует необходимость более глубокого изучения причинных факторов развития врожденных аномалий сердца и сосудов для их возможного предупреждения. Проведен ретроспективный анализ анамнестических данных 68 детей с ВПС, которые проходили стационарное лечение. Дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородки занимают лидирующее место в структуре пороков сердца. У женщин во время беременности была выявлена экстрагенитальная и генитальная патология, а так же неблагоприятные социально – бытовые условия. Своевременный учет и профилактика факторов, влияющих на внутриутробное развитие плода, будет снижать риск рождения детей с ВПС.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, факторы риска, профилактика ВПС.

В структуре врожденных пороков развития у детей ВПС составляют 30 %, занимая третье место после патологии опорно-двигательного аппарата и ЦНС. ВПС обнаруживают у 0,7-1,7 % новорождённых. [1]

По данным литературы из числа всех врождённых пороков сердца 89 % обусловлены действием экзогенных факторов; 11 % – обусловлены наследуемыми хромосомными аномалиями или могут быть следствием моногенных мутаций. [3]

Целью данной работы явилось определение паритета значимых медико- социальных факторов, оказывающих влияние на развитие врожденных пороков сердца. Задачи исследования: составить выборку детей с врожденными пороками сердца, провести анализ структуры и паритета факторов риска развития врожденных пороков сердца; на основании имеющегося материала составить группу детей с ВПС в зависимости от нозологии, и определить зависимость от факторов риска возникновения пороков. Материалы и методы исследования: В ГБУЗ «АГКБ № 7» г. Архангельска, отделении патологии новорожденных, недоношенных детей и детей раннего возраста, за период с 2015 по 2016 год, был проведен ретроспективный анализ 1489 историй болезни, из них отобраны данные 68 детей от 0 до 4 лет с врожденными пороками сердца. Статистическая обработка данных была произведена методом описательной статистики с помощью программ SPSS13 и WINPEPI.

Результаты и их обсуждение: Из 1489 детей 68 (4,6 %) имели врожденные пороки сердца. По данным литературы ВПС, ассоциированные с синдромом Дауна, встречается 3-19 % случаев. [3] По нашим данным у 4 (5,9 %) детей было выявлено сочетание аномалий развития сердца и трисомии по 21 хромосоме.

У всех детей были обнаружены пороки с обогащением малого круга кровообращения. Большинство исследуемых детей имели септальные пороки сердца 59 (86,8 % с 95 % ДИ (76,4 %; 93,8 %)), из них 11 (16,2 % с 95 % ДИ (8,4 %; 27,1 %)) имели дефект обеих перегородок. Открытый артериальный проток наблюдался у 12 (17,6 % с 95 % ДИ (1,6 %; 14,4 %)) пациентов. Открытое овальное окно выявлено у 4 (5,9 %) детей, хотя выделение данной патологии как порока сердца является дискуссионным вопросом.

Все дети на момент обследования в стационаре были гемодинамически стабильны, только у 8 детей (11,8 %) имелся 2 функциональный класс сердечной недостаточности (по NYHA) с умеренным ограничением физической активности.

При оценке физического развития и гармоничности детей при рождении было выявлено 28 (43,8 %) детей с физическим развитием ниже среднего, дисгармоничность развития наблюдалась у 30 обследуемых (46,9 %).

Из всех детей у 63 (92,6 %) наблюдалось по данным УЗИ и НСГ сочетание ВПС с экстракардиальной патологией. Среди причин экстракардиальной патологии лидерство занимает поражение ЦНС. У 55 (80,9 %) исследуемых было выявлено перинатальное поражение центральной нервной системы.

При анализе возрастного состава матерей, 61,8 % женщины от 27 до 34 лет. Анализ состояния здоровья матерей на момент беременности, выявил наличие экстрагенитальной и генитальной патологии у 63 (88,2 %) женщин. У половины матерей серологически были подтверждены внутриутробные инфекции. По частоте токсоплазмоз и цитомегаловирус занимают 38,46 % соответственно, а их ассоциация встретила у 19 (27,9 %) матерей. Следующим по частоте выступает хламидиоз- 7 (10,77 %) случаев. Вирус папилломы человека, сифилис, микоплазма и уреоплазма наблюдаются в 3,08 % случаев. Еще одним фактором, влияющим на развитие плода, является отягощенный акушерский анамнез, он был представлен 27 (39,7 %) наблюдениями.

Не стоит исключать влияние социально-бытовых факторов на возникновение ВПС. Косвенно об этом можно судить по причинам госпитализации: 51 (75 %) ребенок поступил по социальным показаниям. Еще одним фактором, указывающим на социальное благополучие семьи и непосредственно оказывающим влияние на фетоплацентарное развитие, является употребление женщиной алкоголя и курение. Так как исследование является ретроспективным, мы не можем адекватно оценивать эти данные, но четверть (20,6 %) матерей употребляла алкоголь во время беременности и 35,3 % женщин имели табачную зависимость.

Ведущее место в структуре ВПС по данным нашего анализа занимают септальные пороки, что соответствует общероссийским показателям. Наличие аномалий строения сердца часто сочеталось с перинатальной патологией нервной системы. Наличие у женщины экстрагенитальной и генитальной патологии, отягощенного акушерского анамнеза являются отягощающими факторами беременности, влияющими на внутриутробное развитие плода. Своевременный учет всех перинатальных факторов и их коррекция в период эмбриогенеза сердца, особенно в первый триместр, будет способствовать снижению рождения детей с ВПС.

Литература:

1. Клинические рекомендации по ведению детей с врожденными пороками сердца. Под ред. Л.А. Бокерия. М.:НЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2014. С. 342
2. Краснянская О.И. Состояние здоровья женщины и факторы риска врождённых пороков сердца у плода // Междисциплинарный подход к сохранению репродуктивного здоровья-2013- С. 85-87.
3. Миролюбов Л.М. и соавт. Диагностика и лечение врождённых пороков сердца у новорождённых.// Казанский медицинский журнал- 2015.- N 4(96)- С.628-632

ПРОБЛЕМЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАТАРАКТОЙ ПО ДАННЫМ ЦАХ С ОДС ГАУЗ АО АКОБ ЗА 2015 И 2016 ГОДЫ

Алкатер В. А.,¹Кавадеев О. Е.,²Дойков М. В.,³ Дойков В. М.⁴

¹Северный государственный медицинский университет. Кафедра офтальмологии.

Клинический ординатор. ²Северный государственный медицинский университет.

Кафедра офтальмологии. Клинический интерн. ³Врач-офтальмолог ГАУЗ АО АКОБ,

⁴Врач-офтальмолог ГБУЗ КЦГБ.

E-mail: waelalkhater@bk.ru

Научный руководитель: к.м.н. Кузнецова Н.А.

Аннотация: Много лет назад операция по удалению катаракты выполнялась в стационаре с использованием общей анестезии и требовала госпитализации сроком до двух – трех недель. Пациенту делали большие разрезы (примерно в полдюйма), через которые удаляли помутневший хрусталик и

заменяли его протезом из толстого стекла, а позднее искусственным хрусталиком. Сегодня такую операцию по удалению катаракты выполняют амбулаторно с применением местной анестезии и специальных микроскопов. Продолжительность операции не более 30 минут. И хотя не обходится без риска, такая операция считается одной из самых безопасных.

Ключевые слова: острота зрения, катаракта, факоемульсификация.

Целью работы является сравнение результатов лечения пациентов с катарактой методом факоемульсификации (ФЭ) в центре амбулаторной хирургии с отделением дневного стационара (ЦАХ с ОДС) ГАУЗ АКОБ за 2015 и 2016 года.

Проанализированы истории болезни 556 пациентов (735 глаз) с катарактой, оперированных в ЦАХ с ОДС в 2015 году и истории болезни 493 пациентов (687 глаз) с катарактой, оперированных в ЦАХ с ОДС в 2016 году. Оценивали распределение пациентов по полу и возрасту, району проживания пациента. Отмечали остроту зрения при госпитализации и выписке пациента из отделения. Анализировали частоту развития внутриоперационных и послеоперационных осложнений.

В 2015 году в отделении ЦАХ с ОДС проведено 735 операций по поводу катаракты. Распределение пациентов по полу: мужчин – 206 (37,1 %), женщин – 350 (62,9 %). Средний возраст пациентов составил 65,7±7,5 лет.

В 2016 году в отделении ЦАХ с ОДС проведено 687 операций по поводу катаракты. Распределение пациентов по полу: мужчин – 163(33 %), женщин – 330 (67 %). Средний возраст пациентов составил 67±5,5 лет.

Распределение пациентов по районам области в 2015 и 2016 годах (см. таблицу № 1). Распределение пациентов по возрасту (см. таблицу № 2). Исход лечения (см. таблицу № 3). Данные хирургического лечения катаракты за 2015-2016гг. (см. таблицу № 4). Оптические результаты оперативного лечения катаракты (корригированная острота зрения) (см. таблицу № 5).

Выводы: 1. При анализе половозрастного состава пациентов Архангельской области выявлено, что в структуре заболеваемости катарактой преобладает женская часть населения – 350 пациентов (62,9 %) в 2015 году и 330 пациентов (67 %) в 2016 году, что видимо, связано с большей продолжительностью жизни у женщин. 2. В 2016 году было прооперировано пациентов из г. Архангельска больше, чем в 2015 году на 13,9 % 3. В 2016 году пациентов в возрасте 18-50 лет прооперировано на 3,7 % больше, чем в 2016 году. 4. В результате лечения в 2015 и в 2016 годах улучшение достигнуто более, чем у 99,5 % пациентов. 5. Количество осложнений в сравниваемые периоды были незначительными (не более 0,6 %). 6. Возрастная макулодистрофия и глаукома 4 стадии явились причиной остроты зрения менее 0,1 в 1,4 % случаев в 2015 году и 1,01 % случаев в 2016 году. 7. Сопутствующая патология сетчатки и зрительного нерва привела к снижению остроты зрения до 0,1-0,4 в 17,9 % в 2015 году и 19,8 % случаев в 2016 году.

8. Высокая острота зрения (0.5- 1.0) была достигнута на 80,7 % глаз в 2015 году и 79,19 % глаз в 2016 году. Причем острота зрения равная 1,0 (100 %) была на 16,1 % в 2015 году и у 16,59 % в 2016 году оперированных глазах.

Таблица 1

Распределение пациентов по районам области в 2015 и 2016 годах.

Район, город	2015г. %	2016г. %
г. Архангельск	56,7	70.6
г. Новодвинск	4,2	2.5
г. Северодвинск	8,3	9.0
Холмогорский район	3,5	1.9
Приморский район	5,2	2.4
Плесецкий район	2,8	1.7
Пинежский район	2,4	1.4
Онежский район	2,5	1.3
Прочие районы области	14,4	9.2
Всего	100	100

Таблица 2

Распределение пациентов по возрасту

Возраст	2015г. %	2016г. %
18-50 лет	12.6	18.3
51-60 лет	16.1	14.9

Возраст	2015г. %	2016г. %
61-70 лет	35.5	36.3
71-80 лет	31.3	26.6
81 год и старше	4.5	3.7
Всего	100	100

Таблица 3

Исход лечения

	2015г. %	2016г. %
Улучшение	99.55	99.5
Без перемен	0.45	0.5

Таблица 4

Данные хирургического лечения катаракты за 2015-2016гг.

	2015 г	2016г
Прооперировано	556	493
Из них с осложнениями	1	3
Процент осложнений	0,05 %	0.6 %
Средние сроки лечения		
До операции	1,1	1.1
Средний койко-день	5,9	4.0

Таблица 5

Оптические результаты оперативного лечения катаракты (корригированная острота зрения)

Острота зрения	2015г. Кол-во глаз (%)	2016г. Кол-во глаз (%)
<0,1	8 (1,4 %)	5 (1,01 %)
0,1- 0,4	100(17,9 %)	981(9,8 %)
0,5- 0,9	359(64,6 %)	309 (62.6 %)
1,0	89 (16,1 %)	70 (16.59 %)
Всего	556	493

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МАКУЛЯРНЫХ РАЗРЫВОВ

Батраков Д.И.¹, Фролова Т.М.²

ФГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет».

Кафедра офтальмологии.

1- Студент 6 курса лечебного факультета 3 группы.

2- Студентка 6 курса лечебного факультета 9 группы.

E-mail: Mitek48@yandex.ru.

Научные руководители: к.м.н. Кузнецова Н.А., д.м.н. Коновалов А.В.

Аннотация: В последние десятилетия патология макулярной области сетчатки устойчиво занимает ведущие позиции в структуре слабовидения взрослого населения развитых стран. Одним из таких нарушений, приводящих к необратимому ухудшению зрения, является макулярный разрыв (МР). Наиболее часто встречаются идиопатические МР, в структуре МР они составляют 0,1 – 0,8 % в возрастной группе пациентов старше 40 лет. Из них две трети составляют женщины и в 80 % случаев состояние является односторонним.

Ключевые слова: макулярный разрыв сетчатки, оптическая когерентная томография, микропериметрия, диагностика, лечение.

Макулярный разрыв сетчатки – это дефект центральной области сетчатки округлой или овальной формы, возникающий в результате травмы или воспаления [1], вследствие естественных возрастных причин [2]. Это состояние впервые описал офтальмолог Кнапп в 1869 году у пациента после травмы глаза после удара тупым предметом [3].

По этиологии отслойки сетчатки с центральными разрывами могут быть идиопатическими (77 – 84 %), травматическими (10 – 15 %), миопическими (5 – 7 %), послеоперационными (афакические, артифактические – 1 %) [4]. Решающую роль в образовании МР сетчатки играют изменения стекловидного тела (СТ) [4, 5]. Синехизис и синерезис могут вызвать появление тракций [5]. В области премакулярной сумки и приоптической цистерны задней гиаловидной мембраны (ЗГМ) возникает адгезия с сетчаткой различной степени выраженности [6, 7]. В ряде случаев, когда адгезия прочная, а тракции СТ развиваются, в этой зоне происходит разрыв сетчатки. Тракции могут быть как перпендикулярными (передне – задние) [8], так и тангенциальными [2]. Образование разрыва может быть связано с развитием задней отслойки СТ [9]. В этих случаях нередко можно видеть на отслоившейся ЗГМ «крышечку» – оторвавшийся участок сетчатки [9]. Независимо от причин, приводящих к возникновению разрыва, макулярный дефект может захватывать только некоторые слои сетчатки – ламеллярный разрыв макулы (несквозной, неполный) [10, 11], или распространяться на все слои макулярной области – полный МР (сквозной) [11, 12].

МР иногда трудно диагностировать. Их необходимо отличать от макулярных цист, неполного разрыва, атрофичной макулы [13]. При диагностике нужно использовать комбинацию разных методов: традиционных, таких как авторефрактометрия [3], визометрия, тонометрия [5], периметрия, эхиоиметрия, биомикроскопия [13] и биомикроофтальмоскопия [3, 9, 14], а так же оптическая когерентная томография (ОКТ) [15]. Данные ОКТ могут служить в качестве прогностических критериев анатомического и функционального эффекта хирургического лечения МР [1], а также для оценки морфологических изменений в динамике после операции [5].

Не менее важным диагностическим исследованием является микропериметрия. Она позволяет определить светочувствительность центральной зоны сетчатки в различных точках и дать информацию о степени функциональных нарушений макулярной области [3].

В качестве прогностических факторов анатомического эффекта операции рассматривают дооперационную остроту зрения, возраст пациента, длительность существования МР [6]. Чаще других в литературе отмечается высокая диагностическая ценность минимального и максимального диаметра МР [3, 4, 8]. А. Salter с соавторами в своем исследовании установили, что при минимальном диаметре МР менее 500 мкм во всех случаях наблюдалось закрытие МР, в то время как при диаметре более или равно 500 мкм в 14,9 % случаев наблюдался неблагоприятный исход хирургического вмешательства [10].

«Золотым стандартом» в лечении МР является эндовитреальное вмешательство с удалением внутренней пограничной мембраны (ВПМ) [4, 15]. Доказано, что удаление ВПМ обеспечивает повышение эффективности хирургического лечения МР. Существуют два способа удаления ВПМ: круговой [2] и прямолинейный [12].

В настоящее время стала развиваться технология «перевернутого лоскута» [1, 12], однако данный подход не лишен недостатков: высокий риск повреждения сетчатки вследствие «щипкового» воздействия на нее в процессе отделения лоскута ВПМ, вероятность его самопроизвольного отделения от поверхности сетчатки, а также риск неполного закрытия МР [15].

В заключении, стоит отметить, что постоянное развитие методов микроинвазивной хирургии приводит к улучшению анатомических и функциональных результатов лечения. Одним из ключевых моментов является уменьшение калибра инструментария и, как следствие, уменьшение хирургической травмы.

Литература:

1. Азнабаев Б.М., Ширшов М.В., Мухамадеев Т.Р., Александров А.А.. Результаты хирургии идиопатических макулярных отверстий // Современные технологии лечения витреоретиальной патологии. 2013. С. 21 – 23.
2. Балашевич Л.И., Байбородов Я.В., Жоголев К.С.. Патология витреомакулярного интерфейса // Офтальмохирургия. 2014. № 4. С.109 – 114.
3. Белый Ю.А., Терещенко А.В., Шкворченко Д.О., Ерохина Е.В., Шилов Н.М.. Хирургическое лечение больших идиопатических макулярных разрывов // Практическая медицина. 2015. Т. 1. С.119 – 123.
4. Белый Ю. А. Терещенко А. В., Шкворченко Д. О., Ерохина Е. В., Шилов Н. М.. Новая методика формирования фрагмента внутренней пограничной мембраны в хирургическом лечении больших идиопатических макулярных разрывов // Офтальмология. 2015. Т.12. №4 С.27 – 33.
5. Бикбов М.М., Файзрахманов Р.Р., Исангулова Л.Х. Особенности интерфейса макулярной зоны при губчатом диабетическом макулярном отеке // Восток-Запад. Точка зрения. 2014. №1. С.147 – 148.
6. Дакер Дж.С., Вэхид Н.К., Голдман Д.Р. Оптическая когерентная томография сетчатки // МЕДпресс-информ, 2016. 192 с.
7. Жигулин А.В., Худяков А.Ю., Машенко Н.В. Анализ результатов хирургического лечения макулярных разрывов большого диаметра // Современные технологии в офтальмологии. 2014. №2. С. 62 – 64.

8. Жигулин А.В., Худяков А.Ю., Лебедев Я.Б., Машенко Н.В.. Эффективность силиконовой тампонады в хирургическом лечении макулярных разрывов большого диаметра // Офтальмохирургия. 2013. №1. С.6 – 8.
9. Каштан О.В., Осокин И.Г., Соломин В.А. и др. Применение воздушной тампонады при хирургическом лечении идиопатических макулярных разрывов // Современные технологии лечения витреоретинальной патологии. Сб. тезисов. М. 2010. С.69 – 70.
10. Ламбозо Б., Рисполи М. ОКТ сетчатки. Метод анализа и интерпретации // Москва. «Апрель». 2012. 83 с.
11. Нероев В. В., Зуева М. В., Бычков П. А., Цапенко И. В., Сарыгина О. И., Илюхин П. А., Семенова Н. А.. Динамика функциональной активности сетчатки при хирургическом закрытии идиопатических макулярных разрывов // Офтальмологические ведомости. 2013. Т.6. №4 С.21 -27.
12. Столяренко Г.Е. Место хирурга в системе лечения пациентов с заболеваниями макулярной области. 8 лет спустя // Макула – 2012. V Всерос. семинар – «Круглый стол». Ростов-на-Дону. 2012. С. 102 – 105.
13. Файзрахманов Р.Р., Зайнуллин Р.М., Гильманшин Т.Р. Картирование фовеолярной зоны сетчатки при идиопатическом макулярном разрыве // Вестник ОГУ. 2014. №12. С. 322 – 324.
14. Шпак А.А., Севостьянова М.К., Огородникова С.Н. Оценка макулярного слоя ганглиозных клеток методом спектральной оптической когерентной томографии в диагностике начальной глаукомы // Вестник офтальмологии. 2013. №6. С.16 – 18.
15. Юханова О.А. Прогнозирование исходов и оценка результатов лечения идиопатического макулярного разрыва // Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва. ФГАУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова. 2015. 107с.

К ВОПРОСУ О РЕТИНОБЛАСТОМЕ

Борисова Н.А., Дьячкова Т.А.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет».

Кафедра офтальмологии. Студенты 6 курса педиатрического факультета.

E-mail: taniadyackova@yandex.ru

Научные руководители: к.м.н. Кузнецова Н.А, д.м.н. Коновалов А.В.

Аннотация: За последние десятилетия отмечается рост заболеваемости ретинобластомой [4]. В данной статье представлены клиническая картина, лечение, реабилитация, диспансерное наблюдение детей с ретинобластомой, а также меры профилактики.

Ключевые слова: ретинобластома, нейроэктодермальная опухоль сетчатки, офтальмоонкология.

Ретинобластома – одна из наиболее тяжелых злокачественных опухолей глазного яблока у детей. В 80-е годы прошлого столетия опухоль диагностировали у 1 из 34000 новорожденных, в настоящее время – у 1: 15000-20000 новорожденных [2, 12].

Ретинобластома (РБ) – это злокачественная нейроэктодермальная опухоль оптической части сетчатки, поражающая детей в возрасте от 0 до 9 лет [6]. Различают монокулярную (поражен один глаз) и бинокулярную (поражены оба глаза) формы. Опухоль является генетически детерминированной и формируется в эмбриональный период [13]. Причинами развития могут служить вредные привычки родителей, неблагоприятные условия труда и экологическая обстановка, перенесенные инфекционные заболевания и другие факторы [15].

Один из первых симптомов заболевания – лейкокория (свечение зрачка, образующееся при отражении света от поверхности белых масс опухоли). Гиперемия и боль в глазу, симптом псевдогипопиона (уменьшение глубины и помутнение влаги передней камеры), рубез радужки (патологический рост сосудов на радужке), паралитический мидриаз, повышение внутриглазного давления, экзофтальм и увеличение размеров глазного яблока (буфтальм) возникают при далекозашедшем процессе [8,12].

Задачами лечения являются сохранение жизни детей, сохранение органа зрения и его функций, профилактика рецидивов и метастазирования, а также реабилитация детей с утратой глаз [12]. При своевременном и адекватном лечении выживаемость при монокулярных формах РБ составляет 99 %, при бинокулярных – 95 % [4, 14].

Лечение РБ проводится в специализированных офтальмологических или онкологических центрах при участии врача – офтальмоонколога, онколога, радиолога, химиотерапевта [9]. Для лечения применяются медикаментозные (химиотерапия), хирургические (ликвидационные, органосохраняющие) и лучевые методы. Химиотерапия (ХТ) используется, как системная, так и локальная, которая в свою очередь подразделяется в зависимости от пути введения, на суперселективную интраартериальную химиотерапию (СИАХТ) и интравитреальную химиотерапию (ИВХТ). Применяются цитостатики: винкристин, этопозид, карбоплатин, циклофосфамид и др.[3]. Хирургические методы лечения подразделяются на ликвидационные,

лучевые и локальные органосохраняющие. К ликвидационным методам относятся энуклеация (удаление глазного яблока) и экзентерация (удаление содержимого глазницы), к локальным – лазеркоагуляция, транспупиллярная термотерапия и криодеструкция. Лучевые методы подразделяются на брахитерапию и наружное облучение глаза и орбиты [1,5].

Выбор тактики лечения проводится в зависимости от возраста, стадии заболевания, размера и локализации опухоли, характера роста опухоли, одно- и двусторонности поражения [12].

Отсутствие глазного яблока, потеря зрения приводят к психологическому дискомфорту личности в обществе и низкому качеству жизни ребенка. Обязательной частью реабилитации детей с анофтальмом является глазное протезирование [10]. Детей приучают к ношению протеза, который меняют по мере роста ребенка. Для реабилитации после операции пациентам с ретинобластомой показаны методы курортной терапии, которые в комплексе с медикаментозным лечением способствуют улучшению общего состояния больных [9].

Дети с РБ состоят у офтальмоонколога на диспансерном учете до 18 лет, включая детей раннего возраста (до 3 лет жизни) с отягощенным анамнезом [7].

Пренатальная диагностика (ультразвуковое исследование плода на сроках беременности в 10-14, 18-22 и 30-34 недели) позволяет выявить заболевание до рождения ребенка и определить показания для прерывания беременности. Женщинам до и вовремя беременности рекомендуется вести здоровый образ жизни, следить за состоянием здоровья (предупреждать возникновение инфекционных заболеваний), отказаться от вредных привычек, по – возможности избегать рентгенологических исследований, в т.ч. флюорографию, определяя ожидаемую пользу для матери и потенциальный риск для плода. При семейной форме РБ для рождения здорового ребенка возможно использование процедуры экстракорпорального оплодотворения [11].

Таким образом, при ранней диагностике РБ, своевременном лечении с помощью органосохраняющих методик и дальнейшей реабилитации возможно сохранение органа зрения и его зрительных функций.

Литература:

1. Абдуалиева Г.М., Макимбетов Э.К. Диагностика и лечение ретинобластомы // Вестник КРСУ. 2011. Т. 13, № 1. С. 91.
2. Бегимкулова А.С. Анализ заболеваемости и результаты лечения ретинобластомы // Тихоокеанский медицинский журнал. 2011. №3. С. 39.
3. Боброва Н.Ф., Сорочинская Т.А., Суходоева Л.А. Локальная химиотерапия ретинобластомы // Научно-практическая конференция по офтальмохирургии «Восток-Запад». Уфа. 2011. С. 374.
4. Бровкина А.Ф. Офтальмоонкология: руководство для врачей. М.. Медицина. 2011. С. 424.
5. Бровкина А.Ф. Современная концепция лечения ретинобластомы // Вестник офтальмологии. 2012. № 2. С. 48-51.
6. Горовцова О.В., Иванова Н.В, Ушакова Т.Л. и др. под редакцией Полякова В.Г. Клинические рекомендации по диагностике и лечению ретинобластомы у детей и подростков. НИИ детской онкологии и гематологии. 2015. С. 47.
7. Громакина Т.В., Янченко Т.В. Эпидемиологические аспекты ретинобластомы // Медицина в Кузбассе. 2015. Т. 14. № 2. С. 4.
8. Дудкина Е.Ю., Еремин В.П., Случай ретинобластомы глаза // Современные технологии в офтальмологии. 2014. № 2. С. 158.
9. Дыбов С.П. Ретинобластома: лечение, диагностика, реабилитация. Самара. 2011. 126с.
10. Иванов И.А, Левина А.Г. Федеральные клинические рекомендации. Энуклеация, экзентерация: показания, хирургическая техника, реабилитация. НИИ глазных болезней им. Гельмгольца. 2015. С. 44.
11. Казубская Т.П., Козлова В.М., Соколова И.Н. Ретинобластома: диагностика и генетическое консультирование // Онкопедиатрия. 2015. № 2 (1). С. 30.
12. Катаргина Л.А., Саакян С.В. Федеральные клинические рекомендации по диагностике, мониторингу и лечению детей с ретинобластомой. 2014. С. 30.
13. Милованова, В.М. Панормова, Н.В. Вопросы офтальмогенетики, Москва. 2010. С. 315.
14. Ушакова Т.Л.. Современные подходы к лечению ретинобластомы // Вестник РОНЦ. 2011. Т. 22. №2. С. 41.
15. Ушакова Т.Л. Этиология, патогенез, клиника, диагностика ретинобластомы. Проблемы органосохраняющего лечения // Детская онкология. 2011, №1. С. 40.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА У СТУДЕНТОВ V КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА СГМУ В 2016 ГОДУ

Гоглева А.И.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра офтальмологии.

Клинический интерн.

E-mail: anka234@yandex.ru

Научный руководитель: к.м.н. Кузнецова Н. А.

Аннотация: В настоящее время одной из проблем, стоящих перед современной офтальмологией, является прогрессирующее увеличение заболеваемости близорукостью. Данную тенденцию многие исследователи связывают с изменяющимися условиями жизни в современном обществе: компьютеризацией, неблагоприятной зрительной обстановкой (замкнутые пространства мегаполисов), избыточное напряжение аккомодации при чтении и письме и ряде других. Актуальность данного вопроса связана не только со значительной и постоянно нарастающей распространенностью миопии, но также и с тем, что данное заболевание оказывает существенное влияние на качество жизни человека и может привести к существенному снижению зрения в трудоспособном возрасте, к развитию необратимых изменений глазного дна, инвалидизации. **Ключевые слова:** миопия, острота зрения, поля зрения, астигматизм, относительная аккомодация, экзофтальмометрия.

Цель данного исследования является анализ данных, полученных в результате исследования органа зрения у студентов V курса лечебного факультета в 2016 году.

Исследовались следующие функции глаз: центральное зрение, периферическое зрение, цветоощущение и характер зрения. Также проводились измерение внутриглазного давления пальпаторно, экзофтальмометрия, определение ближайшей и дальнейшей точки ясного зрения, длины и объема аккомодации, относительной аккомодации, осмотр глазного дна с помощью непрямой офтальмоскопии, биомикроскопия. На каждого студента была заполнена карта с результатами обследования.

Было осмотрено 169 студентов, среди них мужчин – 56 (33 %) человек; женщин – 113 (67 %) человек. Возраст студентов на момент исследования был 21 год у 2 (7 %) человек, 22 – у 120 (71 %), 23 – у 19 (11 %), 24 – у 6 (3 %), 25 – у 2 (1 %), 26 – у 1 (0,5 %), 27 – у 1 (0,5 %), 28 – у 1 (0,5 %), 29 – у 1 (0,5 %), 34 – у 1 (0,5 %), 35 – у 1 (0,5 %), 37 лет – у 1 (0,5 %), не указан возраст был у 3 (3,5 %) студентов.

При поступлении в ВУЗ острота зрения лучше, чем на момент исследования, была у 53 (31 %) студентов; не изменилась – у 104 (61,5 %) человек; хуже, чем при поступлении – у 12 (7,5 %) исследуемых.

Не предъявляли жалоб со стороны органа зрения 77 (45,5 %) студентов, отмечали снижение остроты зрения вдаль 85 (50 %) человек, утомление глаз после работы за компьютером была у 6 (4 %), опущение верхнего века у одного (0,5 %) человека.

Среди исследуемых 169 студентов (338 глаз) эметропическая рефракция обнаружена на 130 глазах, причем на обоих глазах у 60 (35,5 %) человек, на один глаз у 10 (6 %) человек. Аномалии рефракции отмечались у 109 (64 %) человек. Слабая степень миопии обнаружена на 134 глазах: у 64 (38 %) человек на оба глаза, у 6 (3,5 %) человек на одном глазу. Средняя степень миопии на 55 глазах, причем у 26 (15 %) человек на обоих глазах, у 3 (2 %) человек на одном глазу. Высокая степень миопии отмечалась у 6 студентов на 11 глазах: у 5 (3 %) человек на обоих глазах, у 1 (0,5 %) человека на одном глазу.

Из 70 студентов, проживающих до поступления в ВУЗ в г. Архангельске была диагностирована миопия слабой степени у 46 (60 %) человек. Из 31 студента прибывших из Архангельской области, 8 (26 %) студентов, была слабая степень, у 1 (3 %) – средняя степень, у 1 (3 %) – высокая степень. Из 18 человек из г. Северодвинска средняя степень миопии была у 14 (77 %). У 10 студентов, приехавших из Мурманской области слабая степень у 4 (40 %) человек, средняя степень – у 4 (40 %), высокая степень у 1 (10 %). У 6 исследуемых, проживающих до поступления в ВУЗ в НАО, средняя степень миопии отмечалась у 4 (80 %) человек, из 2 студентов из г. Апатиты слабая степень миопии – у обоих человек (100 %). У 1 студента из г. Калининграда была слабая степень миопии (100 %), из 2 человек из Краснодарского края по одному человеку со слабой и средней степенью миопии (по 50 %), у 1 студента с о. Новая Земля была высокая степень миопии (100 %).

Зрение у 166 (98,5 %) студентов было бинокулярное, у 2 (1 %) студентов – монокулярное, у 1 (0,5 %) – одновременное. Внутриглазное давление у всех исследуемых студентов соответствовало норме.

При проведении экзофтальмометрии у 5 (3 %) человек был выявлен незначительный экзофтальм до 20 мм, у одного (0,5 %) до 28 мм. Так же у 56 (33 %) человек отмечалось снижение положительной части относительной аккомодации, что говорит о зрительном утомлении (астенопии).

Среди студентов очки не носят 74 (43 %) человека, из них 42 (25 %) человека нуждаются в очковой коррекции. Очки слабее по силе у 50 (30 %) человек, полная коррекция у 28 (16,5 %) студентов, более сильная коррекция у 5 (3 %) человек, нет данных у 12 (7,5 %) исследуемых.

Снижение остроты зрения было с рождения у 2 (1 %) человек, в дошкольном возрасте отмечалось у 6 (3,5 %) студентов, в младшем школьном возрасте – у 26 (15 %) , в старшем школьном возрасте – у 66 (39 %) , в студенческие годы – у 8 (5 %) человек, нет данных у 3 (2 %) опрошенных.

Среди тех, у кого отмечалось снижение остроты зрения, не наблюдались у офтальмолога 34 (30 %) человека. Изменения на глазном дне в виде миопического конуса обнаружено у 3 (2 %) человек с высокой степенью миопии.

Выводы: 1. Результаты исследования студентов лечебного факультета показали, что при поступлении острота зрения была лучше, чем на момент исследования, у 31 % студентов; такая же, как и при поступлении – у 61,5 % человек; хуже, чем при поступлении – у 7,5 % исследуемых.

2. У 77 % студентов были жалобы на снижение остроты зрения вдаль.

3. Эмметропическая рефракция обнаружена у 70 (41,5 %) студентов, из них на обоих глазах – у 35,5 %, на один глаз – у 6 % исследуемых.

4. Аномалии рефракции отмечались у 64 % человек. Из них превалировала легкая степень миопии у 70 человек, из них у 38 % студентов на оба глаза, у 3,5 % человек на одном глазу.

5. У 33 % человек отмечалось снижение положительной части относительной аккомодации, что говорит о зрительном утомлении (астенопии).

6. Среди студентов очки не носят 43 %, из них 25 % нуждаются в очковой коррекции. 7. Среди студентов, носивших очки, преобладают те, у кого неполная коррекция (30 %) .

8. 30 % лиц со сниженной остротой зрения не наблюдались у офтальмолога.

9. Изменения на глазном дне в виде миопического конуса обнаружены у 2 % человек с высокой степенью миопии.

ПАТОЛОГИЯ ГЛАЗ У СТУДЕНТОВ 5 КУРСА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА СГМУ В 2016 ГОДУ

Дмитриева А.А

Северный государственный медицинский университет. Кафедра офтальмологии.

Клинический ординатор.

E-mail: andr659355@yandex.ru

Научный руководитель: к.м.н. Кузнецова Н.А.

Аннотация: В настоящее время применение современных технологий, таких как планшеты, телефоны, а также работа над плохо освещенными поверхностями, ношение неправильных корригирующих очков, слишком близкое расстояние от рабочего объекта до глаз, несоблюдение правил гигиены труда приводит к ухудшению работы зрительного анализатора. Поступив в университет, студенты сталкиваются с тяжелой умственной работой, психоэмоциональной нагрузкой, стрессом, адаптацией к новым условиям ритма жизни. В период экзаменов студенты переносят большие зрительные нагрузки в условиях малой двигательной активности. Поэтому характерно постепенное нарастание следующих симптомов: головные боли, напряжение и усталость глаз. Это влияет на качество жизни молодых людей, ведёт к снижению способности к обучающему процессу в университете. Все эти причины приводят к спазму аккомодации, снижению остроты зрения, а затем к возникновению близорукости (миопии).

Ключевые слова: острота зрения, астигматизм, спазм аккомодации, миопия.

Сегодня миопию причисляют к болезни цивилизации. Это вовсе не удивительно, так как с бурным ростом компьютерных технологий количество случаев миопии растет буквально в геометрической прогрессии. Каждый третий современный человек страдает близорукостью. Примечателен тот факт, что миопия чаще всего возникает в возрасте от 7 до 12 лет. А затем она либо прогрессирует, либо остается на том же уровне. Принимая во внимание такое распространение миопии и тенденцию к постоянному увеличению численности миопической рефракции, этот вид аметропии становится очень актуальной проблемой в современных условиях.

В 2016 году были обследованы все студенты 5 курса педиатрического факультета. На каждого студента заполнялась карта. Исследовались следующие функции: центральное зрение, периферическое зрение, цветоощущение, характер зрения. Так же проводились измерение внутриглазного давления пальпаторно, экзофтальмометрия, определение ближайшей и дальнейшей точки ясного зрения, длины и объема аккомодации, относительной аккомодации, биомикроскопия, осмотр глазного дна с помощью непрямой офтальмоскопии. Отмечались место проживания до поступления в СГМУ, жалобы студентов, тщательно собирался анамнез.

Всего осмотрено 45 студентов. Среди них: мужчин – 8 (18 %), женщин – 37 (82 %) человек. Возраст студентов на момент исследования был следующий: 22 года- 3(7 %) студента, 23 года -29 (65 %) , 24 – 9 (20 %), 25 – 2 (4 %), 27 – 1 (2 %), 28 лет – 1 (2 %) человек.

При поступлении острота зрения была лучше, чем на момент исследования у 13 (29 %) человек; такая же, что и при поступлении – у 17 (38 %); хуже, чем при поступлении – у 15 (33 %) человек.

Острота зрения, равная 1,0 на оба глаза выявлена у 12 (27 %) студентов; на один глаз – у 5 (11 %). Нарушение рефракции в виде миопии обнаружено у 33 человек (66 глаз), что составило 73 %. Слабая степень миопии выявлена у 22 исследуемых (36 глаз), из них у 14 (31 %) человек на обоих глазах, у 8 (18 %) студентов на одном глазу. Средняя степень миопии обнаружена у 10 студентов (18 глаз): у 7 (16 %) – на обоих глазах, у 3 (7 %) человек – на одном. Высокая степень миопии на обоих глазах отмечалась у 3 человек (6 глаз), что составило 7 %. Сложный миопический астигматизм выявлен у 1 (2 %) обследуемого.

До поступления в СГМУ 21 студент проживал в Архангельске. Из них нормальная острота зрения (1,0) на обоих глазах была у 7 (33 %) человек. Миопия слабой степени на обоих глазах диагностирована у 4 (19 %) студентов, на одном глазу – у 4 (19 %) человек; миопия средней степени – у 4 (19 %) студентов на оба глаза, на один глаз у 1 (5 %) человека; миопия высокой степени – у 1 (5 %) человека.

7 человек до поступления в университет проживали в г.Северодвинске. Нормальная острота зрения на оба глаза была у 2 (29 %) человек, на один глаз – у 1 (14,2 %) студента; миопия слабой степени на оба глаза – у 3 (43 %), на один глаз – у 1 (14 %) человека; сложный миопический астигматизм – у 1 (14 %) исследуемого; миопия высокой степени на оба глаза – у 1 (14 %) студента.

Студентов из Архангельской области было 8 человек. Нормальная острота зрения – у 3 (38 %) человек; миопия слабой степени на оба глаза – у 1 (13 %) человека; миопия средней степени на оба глаза – у 4 (50 %) обследуемых, из них миопия средней степени на один глаз – у 2 (25 %) студентов.

Студентов, проживающих до поступления в СГМУ в Вологде, было 4 человека. У всех студентов была миопия слабой степени. Один студент приехал из Мезени, острота зрения у него была нормальной. Один студент проживал до поступления в СГМУ в Вологодской области, у него была миопия слабой степени на оба глаза. В Череповце проживали до поступления в СГМУ 2 студента, один (50 %) из них имел миопию слабой степени, а второй (50 %) – миопию высокой степени. Один студент из Мурманска имел миопию слабой степени.

44 (98,0 %) человека имели бинокулярное зрение, 1 (2 %) студент – одновременное. Внутриглазное давление у всех студентов соответствовало норме. При выполнении экзофтальмометрии у 3 (6 %) человек был выявлен незначительный экзофтальм (20 мм). У 17 (38 %) студентов отмечалось снижение положительной части относительной аккомодации, что говорит об астенопии (зрительном утомлении). Данные кампиметрии и периметрии соответствуют нормальным значениям. Нарушение цветоощущения (дейтеродифицит 1 степени) наблюдалось у 2 (4 %) человек. Впервые обращались к окулисту в детском возрасте 3 (7 %) студента, в школьном возрасте – 19 (42 %) человек, в университете – 1 (2 %) студент, 22 (49 %) – не помнят время обращения к окулисту. Очками пользуются 21 (47 %) человек, не носят очки 24 (53 %). У тех студентов, у которых выявлена миопия, не наблюдались у офтальмолога 16 (47 %). Обнаружены изменения на глазном дне в виде миопического конуса у 2 (4 %) обследуемых.

Выводы:

1. Исследования глаз студентов V курса педиатрического факультета показали, что наиболее распространенная рефракция – миопия, которая обнаружена у 33 человек (66 глаз), что составило 73 %.

2. В настоящее время молодые люди много времени проводят с телефонами, планшетами, не соблюдают правила гигиены и труда. Эти факторы приводят к развитию астенопии, снижению остроты зрения.

3. При поступлении острота зрения была лучше, чем на момент исследования у 29 % студентов; такая же, как и при поступлении – у 38 %; хуже, чем при поступлении – у 33 % человек.

4. У 38 % отмечалось снижение положительной части относительной аккомодации, что говорит об астенопии (зрительном утомлении).

5. Изменения на глазном дне в виде миопического конуса обнаружено у 4 % студентов с высокой степенью миопии.

6. Необходимо проводить комплекс профилактических мероприятий: правильное питание, правильное освещение, правильная осанка, витаминотерапия, соблюдение режима зрительных нагрузок, своевременное обращение к окулисту и регулярное наблюдение у него, гимнастика для глаз.

ОРТОКЕРАТОЛОГИЯ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД

Зворыкин А.С.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет». Кафедра офтальмологии. Студент 5 курса лечебного факультета. E-mail: DasterRast@mail.ru

Научные руководители: д.м.н. Коновалов А.В., к.м.н. Кузнецова Н.А.

Аннотация: Ортокератология (ОК) – метод безоперационной коррекции нарушений рефракций, осуществляемый путем запрограммированного изменения формы и оптической силы роговицы с помощью жестких газопроницаемых контактных линз в ночном режиме ношения [5,12].

Ключевые слова: ортокератология, миопия, ортокератологические контактные линзы, запас относительной аккомодации, объем абсолютной аккомодации.

В последнее десятилетие все большее распространение получает ОК как способ приостановки прогрессирования миопии [7]. Многие авторы в своих работах доказывают ее эффективность и безопасность. Это способ временного устранения миопической рефракции, осуществляемый путем применения во время ночного сна жестких контактных линз с «обратной геометрией», изменяющих форму и оптическую силу роговицы [8]. Отмечено улучшение аккомодации у детей применяющих эту методику при прогрессировании миопии [6,13,4].

Близорукость является одной из актуальных проблем в современной офтальмологии [2]. По данным фонда «Здоровая Россия», с 1993 по 2003 г. заболеваемость детей миопией в России выросла с 734,4 до 1175,0, а подростков – с 1333,0 до 1720,5 на 100 тыс. населения соответственно. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2013г. слепота и слабовидение вследствие миопии и других нарушений рефракции в Российской Федерации достигли 12 %.

В основе механизма формирования изменения рефракции при ОК лежит принцип обратной геометрии, при которой каждая последующая кривизна, находящаяся после центральной, является более крутой, чем базовая (центральная) кривизна [9]. Благодаря этим конструктивным характеристикам дизайна под линзой в слезном слое возникают гидродинамические взаимодействия, формирующие определенный профиль эпителии роговицы [10,15]. В результате в центральной зоне роговицы происходит заданное уменьшение кривизны, а на средней периферии кольцевидное ее увеличение [1]. Таким образом, оказывается дозированное временное уплощение роговицы с формированием оптической зоны необходимой рефракции, что позволяет эффективно корригировать близорукость разной степени [3,11]. После извлечения ночных линз роговица некоторое время сохраняет свою форму, благодаря чему изображение фокусируется на сетчатке.

ОК может быть применена, как один из методов консервативного лечения миопии, в связи с этим изучалась в сравнении эффективность консервативного аппаратного лечения и ОК – терапии на основании анализа показателей функции аккомодационного аппарата. Исследователи проводили анализ амбулаторных карт 50 пациентов в возрасте от 6 до 16 лет с миопией различных степеней и сформировали на две группы:

В первую группу вошли 25 детей и подростков, получающих различные виды тренировок аккомодации в сочетании с физиотерапевтическим лечением (магнито -, лазер- или электростимуляция) на фоне полной очковой коррекции миопии и ежедневных инстилляций ирифрина на протяжении месяца.

Пациентам второй группы были подобраны ОК – линзы.

По результатам исследования было выявлено, что запас относительной аккомодации (ЗОА) и объем абсолютной аккомодации (ОАА) до начала лечения существенно ниже возрастной нормы в изучаемых группах. В результате аппаратного лечения указанные показатели повысились у пациентов всех возрастов и приблизились к норме. У пациентов II группы так же произошло улучшение исследуемых показателей до нормы, однако аппаратное лечение дает более быстрый эффект – у пациентов I группы улучшение показателей произошло в течение 10 дней, у пациентов II группы те же данные отмечены через 1 месяц. Через 3 месяца эти же показатели исследовались повторно. У пациентов I группы отмечено снижение ЗОА на 20 %, ОАА – на 25 %. У пациентов II группы отмечалось дальнейшее улучшение показателей: ЗОА на 15 %, ОАА на 17 %.

Оба метода лечения показали свою эффективность в лечении детей с миопией, что проявилось улучшением показателей функции аккомодации и приближению ЗОА и ОАА к возрастной норме. Курсы аппаратного лечения позволяют в течение десяти дней добиться улучшения показателей ЗОА и ОАА, однако через три месяца наблюдается регресс эффекта, что требует проведения повторного курса лечения. ОК – терапия дает более медленное улучшение показателей функции аккомодации по сравнению с аппаратным лечением, но достигнутый эффект сохраняется в течение всего периода наблюдения [14].

Так же проводилось сравнение эффективности ОК и склероукрепляющих операций (СО). Пациенты были разделены на три группы. В I группу вошли 89 пациентов (178 глаз) с прогрессирующей миопией средней степени, использующие ОК линзы. Во II группу – 102 пациента (204 глаза) с прогрессирующей миопией средней степени, которым была проведена меридиональная склеропластика по Пивоварову. III группа – контрольная, в которую вошли 85 пациентов (170 глаз) с миопией средней степени, получающих только медикаментозное лечение. Срок наблюдения составил 12 месяцев.

У пациентов первых двух групп выявлено замедление прогрессирования миопии в сравнении с контрольной группой. Применение ОК линз и проведение СО у детей с прогрессирующей миопией средней степени снижает прогрессирование миопии. Однако эффективность ОК коррекции в сравнении со СО в торможении прогрессирования миопии более выражена.

Как мы видим, из приведенных выше данных, ОК может применяться, как в виде самостоятельного, так и комбинированного лечения прогрессирующей миопии. ОК только приобретет популярность в нашей стране, многие находят в ее применении только недостатки, другие существенные преимущества. Многие врачи считают, что за ОК будущее и их дальнейшее усовершенствование позволит корректировать зрение пациентам с высокими степенями нарушений рефракции.

Литература:

1. Аляева О.О. Офтальмоэргонимическая оценка эффективности ортокератологической коррекции миопии // Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2014. 22 с.
2. Бодрова С. Г., Зарайская М. М. Изменения роговицы по данным конфокальной микроскопии и анализатора биомеханических свойств в ранние сроки после ношения ортокератологических линз // ПМ. 2012. №59. С.87 – 90.
3. Жуковская И.Н. Коррекция миопии высокой степени и лимболимбального астигматизма ортокератологическими линзами специальных дизайнов // Офтальмологический журнал «Точка зрения. Восток – Запад». 2014. № 2. С. 45 – 47.
4. Калабаева Ю. А., Рудин Я. В. Современные методы оптической коррекции сложных аномалий рефракции // Научно-технический вестник информационных технологий, механики и оптики. 2004. №16. С. 188 – 192.
5. Кузнецова О. С., Фокин В. П. Анализ результатов эксимерлазерной хирургии после применения ортокератологических контактных линз // Вестник ОГУ. 2015. №12 (187). С.123 – 125.
6. Кузнецова М. В. Влияние ортокератологических линз на зрительные функции и состояние глаз близоруких больных // Современная оптометрия. 2010. № 2. С. 29 – 31.
7. Матрасова Ю.В. Клинико-функциональные показатели при ортокератологической коррекции миопии // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2016. №4. С.26 – 28.
8. Матросова Ю. В., Халеева Д. В. Сравнительная оценка эффективности ортокератологии и склеропластики в торможении прогрессирования миопии // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2015. №3. С.25 – 27.
9. Мирсаяфов Д.С. Современная ортокератология. Ч. 2. Топография роговицы // Соврем. оптометрия. 2007. № 4. С. 32 – 38.
10. Нагорский П. Г., Белкина В. В. Клиническое обоснование применения ортокератологических линз для оптической коррекции и лечения прогрессирующей миопии у детей и подростков // Актуальные проблемы лечения косоглазия. Сб. ст. Всерос. «круглого стола». Новосибирск. 2010. С. 28 – 31.
11. Селиванова Н.А. и др. Рефракционная терапия ортолинзами PARAGON CRT 100 – эффективный метод коррекции и контроля миопии у детей и подростков // Невские горизонты – 2012. СПб., 2012. С. 255 – 257.
12. Тарутта Е.П. Федеральные клинические рекомендации «Диагностика и лечение близорукости у детей» // Российская педиатрическая офтальмология. 2014. №2. С.45 – 47.
13. Тарутта Е.П., Вержанская Т.Ю., Мирсаяфов Д.С. Ортокератология при миопии: пособие для врачей // Моск. НИИ глазных болезней им. Гельмгольца. М., 2006. 18 с.
14. Фабрикантов Олег Львович, Матросова Юлия Владимировна Сравнительная оценка эффективности различных методов лечения миопии // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2014. №4. С. 57 – 58.
15. Mountford J., Ruston D., Dave T. Orthokeratology: Principles and Practice. London: Butterworth-Heinemann, 2004. P. 113-114.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ IV КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА СГМУ ЗА 2016 ГОД

Кавадеев О. Е.1, Алкатер В. А.2

Северный государственный медицинский университет. Кафедра офтальмологии.

1 Клинический интерн. 2 Клинический ординатор.

E-mail: oleg.kawadeev@yandex.ru, waelalkhater@bk.ru

Научный руководитель: к.м.н. Кузнецова Н.А., д.м.н. Коновалов А.В.

Аннотация: в настоящее время – в эпоху высоких технологии, жизнь человека стала составлять единое целое с электронными устройствами и малоподвижным образом жизни, что неизбежно отражается на функциональных свойствах зрительного аппарата. Ярким примером этого является близорукость, которая остается одной из наиболее актуальных проблем в офтальмологии.

Ключевые слова: миопия, астигматизм, острота зрения, влияние современных электронных устройств на орган зрения, здоровье, гигиена зрения.

Целью данного исследования является обработка и анализ данных, полученных в результате исследования функций зрительного анализатора у студентов IV курса стоматологического факультета за 2016 год.

Было проведено исследование следующих функций органа зрения: центральное зрение, перифери-

ческое зрение, цветоощущение, характер зрения (наличие бинокулярного зрения), а также определялись длина и объём аккомодации, относительная аккомодация, внутриглазное давление методом пальпации, биомикроскопия, осмотр глазного дна методом непрямой офтальмоскопии. На каждого студента была заполнена карта обследования с результатами исследований.

Всего осмотрено 67 студентов (134 глаза). Из них мужчин было 20 человек (29,8 %); женщин – 47 (70,2 %). Средний возраст обследуемых составляет 23 года.

До поступления в университет проживало в Архангельской области – 36 (53,7 %) человек, Вологодской области – 10 (14,9 %), Республике Коми – 8 (11,9 %), Мурманской области – 5 (7,5 %), Республике Карелия – 4 (6,0 %), Ярославской области – 3 (4,5 %), Краснодарском крае – 1 (1,5 %) человек.

26 студентов (38,8 %) имели жалобы на дискомфорт и режущие боли в глазах, быструю утомляемость при чтении и работой за компьютером, частые головные боли.

Острота зрения, равная 1,0 на оба глаза, выявлена у 35 студентов (52,2 %). Из них – у 23 (65,7 %) женщин и у 12 (34,3 %) мужчин. Нарушение рефракции в виде миопии обнаружено у 32 (47,8 %) человек (64 глаза). Из них: миопия легкой степени – на 36 (56,2 %) глазах, средней степени – на 22 (34,4 %) глазах, высокой степени – на 6 (9,4 %) глазах обследованных. Простой миопический астигматизм выявлен – на 4 (6,2 %) глазах, сложный миопический – на 8 (12,5 %), смешанный астигматизм – на 2 (3,1 %) глазах.

У 21 (65,6 %) студента зрение снизилось в школьном возрасте (средний возраст 12 лет), у 7 (21,9 %) – после поступления в СГМУ, у 4 (12,5 %) студентов зрение снизилось в школьном возрасте и продолжает ухудшаться после поступления в ВУЗ.

Результаты периметрии и кампиметрии – без патологии.

Бинокулярным зрением обладают 65 человек (97 %), у 2 студентов выявлено одновременное зрение (3 %). Нарушения цветоощущения не выявлено. Внутриглазное давление пальпаторно у всех студентов соответствует норме. При проведении экзофтальмометрии у 3 (4,4 %) человек выявлен незначительный экзофтальм (20 мм при норме 13-19 мм.).

Снижение положительной части относительной аккомодации отмечается у 21 (65,6 %) студента, что говорит о зрительном утомлении (астенопии). Методом непрямой офтальмоскопии у 5 человек (35,7 %) с высокой и средней степенью миопии на глазном дне обнаружены изменения в виде миопического конуса.

На основе исследования можно подтвердить высокую частоту миопии и зрительного утомления у студентов.

Выводы: 1) Длительное времяпровождение за компьютером, использование электронных книг, планшетов, телефонов и других устройств приводит к тому, что современное население всё чаще страдает астигматизмом и миопией. 2) Среди патологии глаз у студентов стоматологического факультета наиболее распространена такая патология органа зрения как миопия. 3) Почти две трети студентов (65,6 %) имеют астигматизм в результате снижения положительной части относительной аккомодации. 4) Самые высокие показатели остроты зрения отмечаются у студентов проживающих в Вологодской области, самые низкие показатели – Мурманской области. Скорее всего это связано с продолжительностью светового дня в течение года в данных областях. 5) Профилактика миопии состоит в соблюдении правильного режима зрительной нагрузки: соблюдении гигиены зрения (правильная организация и освещение рабочего места), правильном чередовании труда и отдыха, выполнении гимнастики для глаз, общего оздоровления организма, сбалансированного питания (белки и полезные жиры), лечении сопутствующих заболеваний, своевременное обращение к офтальмологу.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ 4 КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА СГМУ В 2016 ГОДУ

Кавадеев О. Е., ¹Алкатер В. А. ²

¹Северный государственный медицинский университет. Кафедра офтальмологии.

Клинический интерн. ²Северный государственный университет.

Кафедра офтальмологии. Клинический ординатор.

E-mail: olegkavadeev@mail.ru, waelalkhater@bk.ru

Научные руководители: к.м.н. Кузнецова Н.А., д.м.н. Коновалов А.В.

Аннотация: В настоящее время, в эпоху высоких технологий, жизнь человека стала составлять единое целое с электронными устройствами, что неизбежно отражается на функциональных свойствах зрительного аппарата. Ярким примером этого является близорукость, которая остается одной из наиболее актуальных проблем в офтальмологии.

Ключевые слова: миопия, астигматизм, острота зрения, влияние современных электронных устройств на орган зрения, здоровье, гигиена зрения.

Целью данного исследования является обработка и анализ данных, полученных в результате обследования зрительного анализатора у студентов IV курса стоматологического факультета в 2016 году. Было проведено исследование следующих функций органа зрения: центральное зрение, периферическое зрение, цветоощущение, характер зрения (наличие бинокулярного зрения), а также определялись длина и объём аккомодации, относительная аккомодация, внутриглазное давление методом пальпации, биомикроскопия, осмотр глазного дна методом непрямой офтальмоскопии. На каждого студента была заполнена карта обследования. Всего осмотрено 67 студентов (134 глаза). Из них мужчин было 20 человек (29,8 %); женщин – 47 (70,2 %). Средний возраст обследуемых составил 23 года. До поступления в университет в Архангельской области проживали 36 (53,7 %) человек, в Вологодской области – 10 (14,9 %), в Республике Коми – 8 (11,9 %), в Мурманской области – 5 (7,5 %), в Республике Карелия – 4 (6,0 %), в Ярославской области – 3 (4,5 %), в Краснодарском крае – 1 (1,5 %) человек. 26 студентов (38,8 %) имели жалобы на дискомфорт и режущие боли в глазах, быструю утомляемость при чтении и работой за компьютером, частые головные боли.

Острота зрения, равная 1,0 на оба глаза, выявлена у 35 студентов (52,2 %). Из них – у 23 (65,7 %) женщин и у 12 (34,3 %) мужчин. Нарушение рефракции в виде миопии обнаружено у 32 (47,8 %) человек (64 глаза). Из них: миопия легкой степени – на 36 (56,2 %) глазах, средней степени – на 22 (34,4 %), высокой степени – на 6 (9,4 %) глазах обследованных. Простой миопический астигматизм выявлен на 4 (6,2 %) глазах, сложный миопический – на 8 (12,5 %), смешанный астигматизм – на 2 (3,1 %) глазах. У 21 (65,6 %) студента зрение снизилось в школьном возрасте (средний возраст 12 лет), у 7 (21,9 %) – после поступления в СГМУ, у 4 (12,5 %) студентов зрение снизилось в школьном возрасте и продолжает ухудшаться после поступления в ВУЗ. Результаты периметрии и кампиметрии – без патологии. Бинокулярным зрением обладают 65 человек (97 %), у 2 студентов выявлено одновременное зрение (3 %). Нарушения цветоощущения не обнаружено. Внутриглазное давление пальпаторно у всех студентов соответствует норме. При проведении экзофтальмометрии у 3 (4,4 %) человек выявлен незначительный экзофтальм (20 мм при норме 13-19). Снижение положительной части относительной аккомодации отмечается у 21 (65,6 %) студента, что говорит о зрительном утомлении (астенопии). Методом непрямой офтальмоскопии у 5 человек (35,7 %) с высокой и средней степенью миопии на глазном дне обнаружены изменения в виде миопического конуса. На основе исследования можно подтвердить высокую частоту миопии и зрительного утомления у студентов.

Выводы: 1. Длительное времяпровождение за компьютером, использование электронных книг, планшетов, телефонов и других устройств приводит к тому, что студенты всё чаще страдают астигматизмом и миопией.

2. Среди патологии глаз у студентов стоматологического факультета наиболее распространена миопия.

3. Почти две трети студентов (65,6 %) имеют астигматизм в результате снижения положительной части относительной аккомодации.

4. Самая высокая острота зрения отмечается у студентов, приехавших из Вологодской области. Самая низкая острота зрения – у студентов из Мурманской области. Скорее всего, это связано с продолжительностью светового дня в течение года в данных областях.

5. Профилактика миопии состоит в соблюдении правильного режима зрительной нагрузки: гигиена зрения (правильная организация и освещение рабочего места), правильное чередование труда и отдыха, выполнение гимнастики для глаз, общее оздоровление организма, сбалансированное питание (белки и полезные жиры), лечение сопутствующих заболеваний, своевременное обращение к офтальмологу.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛАУКОМЫ ПО ДАННЫМ ГАУЗ АО АКОБ ЗА 2015-2016 ГГ

Конанова М.В.¹, Павлова Н.Н.²

Россия, Архангельск

¹Северный государственный медицинский университет.

Кафедра офтальмологии. Клинический ординатор.

²ГАУЗ АО «Архангельская клиническая офтальмологическая больница». Врач-офтальмолог.

E-mail: miss.konanova@yandex.ru

Научный руководитель: к.м.н. Кузнецова Н.А.

Аннотация: Повышение внутриглазного давления является одним из ведущих звеньев в патогенезе развития глаукомы, вызывающим повреждение зрительного нерва и ухудшение зрительных функций [1].

Наряду с фармакотерапией и хирургическими методами лечения в настоящее время с целью снижения внутриглазного давления активно используются лазерные вмешательства. Для лечения глаукомы наиболее

часто применяется лазерная трабекулопластика, которая направлена на улучшение оттока внутриглазной жидкости по естественным дренажным путям [2].

Внедрение лазера в клиническую офтальмологию при лечении глаукомы впервые было предложено в 1970-1972 гг. академиком М.М. Красновым [1]. В 1979г. Weise, Witter предложили аргоновую лазерную трабекулопластику (АЛТ), которая улучшает отток водянистой влаги и снижает повышенное внутриглазное давление. У данной методики существуют свои недостатки (АЛТ приводит к коагулирующему разрушению трабекулярной сетки шлеммова канала, что в дальнейшем может снижать эффективность последующей лекарственной гипотензивной терапии).

В 1995г. Mark A. Latina предложил новую лазерную процедуру – селективную лазерную трабекулопластику [3]. Она основывается на принципе селективного фототермолизиса в соответствии с чем свет селективно поглощается пигментными структурами в трабекулярной сети, улучшая отток жидкости из глаза [1].

Ключевые слова: глаукома, селективная лазерная трабекулопластика, внутриглазное давление.

Проведен анализ историй болезни 89 пациентов (126 глаз) с глаукомой, которым выполнялась лазерная трабекулопластика на базе ГАУЗ АКОБ за 2015-2016гг.

Распределение пациентов по стадиям глаукомы: начальная стадия глаукомы на 39 глазах у 31 больного (31 %), развитая стадия на 72 глазах у 56 больных (57 %), далеко зашедшая на 16 глазах у 11 больных (13 %). Распределение по уровню внутриглазного давления: с нормальным внутриглазным давлением на 118 глазах (93,6 %), с умеренно повышенным на 8 глазах (6,3 %).

Распределение пациентов по полу: мужчины – 34 пациента (38 %), женщины – 55 пациентов (62 %). Средний возраст пациентов составил 64,7 лет (от 30 до 87 лет).

Из анамнестических данных продолжительность глаукомы в среднем составила около 6 лет. У 20 пациентов до применения лазерной трабекулопластики были проведены антиглаукоматозные операции.

Консервативную терапию получали все пациенты: 48 человек закапывали 3 препарата, 36 – 2 препарата и 5 человек закапывали 1 препарат.

Всем больным глаукомой было проведено офтальмологическое обследование: визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, периметрия, гониоскопия. Поле зрения соответствовало стадии заболевания.

Все процедуры были проведены одним и тем же лазерным хирургом.

Динамика внутриглазного давления до и после проведения селективной лазерной трабекулопластики представлена в таблице 1.

В послеоперационном периоде (4 недели) ВГД на глазах с I стадией ВГД снизилось с 23,12 мм рт. ст. до 21,2 мм рт. ст.; со II стадией глаукомы – с 23,18 мм рт. ст. до 18,7 мм рт. ст.; с III стадией – с 23,37 мм рт. ст. до 16,3 мм рт. ст. Через 6 месяцев после селективной лазерной трабекулопластики внутриглазное давление составило 19,6 мм рт. ст. при I стадии глаукомы, 19,1 мм рт. ст. – при II стадии глаукомы. Стоит отметить незначительное повышение внутриглазного давления через 6 месяцев наблюдения в пределах нормальных значений.

У 3 пациентов на фоне гипотензивной терапии наблюдалось повышение внутриглазного давления. У данных пациентов в дальнейшем было выполнено хирургическое лечение глаукомы – непроникающая глубокая склерэктомия.

Во время проведения селективной лазерной трабекулопластики осложнений не отмечено.

Количество гипотензивных препаратов до и после проведения селективной лазерной трабекулопластики оставалось чаще всего одинаковым.

Селективная лазерная трабекулопластика является безопасной операцией и ее следует применять как дополнительный метод лечения на фоне лекарственной терапии.

Таблица 1

Период	Количество глаз	ВГД (начальная стадия)	Количество глаз	ВГД (развитая стадия)	Количество глаз	ВГД (далеко зашедшая стадия)
Исходный	39	23.12	72	23.18	16	23.37
1 месяц	19	21.2	49	18.7	14	16.3
2 месяца	23	16.9	24	18	12	19
3 месяца	7	18.8	19	17.8	8	17.6
5–6 месяцев	10	19.6	15	19.1	–	–

Литература:

1. Д. А. Салех, Е.И. Сидоренко, В.В. Новодержкин Эффективность селективной лазерной трабекулопластики у больных первичной открытоугольной глаукомы // Вестник РУДН, серия Медицина, 2014, №. С 46-50.

2. Т.А. Бирич, В.А. Савич, Е.С. Батовская Лазерные методы лечения первичной открытоугольной глаукомы // РМЖ «Клиническая Офтальмология», 2012. №3. С. 102

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПО ДАННЫМ ГБУЗ АО АГКБ №7 ЗА 2016 ГОД

Коньшин Л.И.¹, Воробьева Н.А.²

Россия, Архангельск

¹Северный государственный медицинский университет. Кафедра офтальмологии.

Клинический ординатор.

²ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница №7». Врач-офтальмолог.

E-mail: l.konschin@yandex.ru

Научный руководитель: к.м.н. Кузнецова Н.А.

Аннотация: В настоящей статье рассматривается структура заболеваемости глазными болезнями по обращаемости пациентов в поликлинику АГКБ №7 за 2016 год.

Ключевые слова: структура, заболеваемость, глазные болезни, глаукома.

На территории Российской Федерации у каждого второго жителя отмечаются нарушения со стороны органа зрения, наибольшее медико-социальное значение среди них имеют катаракта, глаукома, миопия и заболевания сетчатки, при этом глаукома является одной из основных причин слепоты. В России глаукомой страдают более 1 миллиона человек, а удельный вес больных с глаукомой в общей структуре первичной инвалидности достигает 29,0 %. За последние десять лет уровень слепоты вследствие глаукомы в Российской Федерации возрос в три раза – с 8 до 22 случаев на тысячу населения [1].

Цель работы – проанализировать уровень и структуру заболеваемости населения глазными болезнями, в т.ч. глаукомой по обращаемости в поликлинику АГКБ №7 за 2016 год.

Проведен анализ статистических данных годового отчета офтальмологического приема в АГКБ №7 г. Архангельск за 2016 г.

Офтальмологическое обследование включало сбор жалоб и анамнеза, проверку остроты зрения обоих глаз, оценку состояния переднего и заднего отрезков глаза, определение степени и тяжести патологического состояния. Проводилось оказание офтальмологической помощи в зависимости от нозологии.

Отдельное внимание уделялось пациентам с глаукомой. После осмотра производилось заполнение учетной карты. Отмечались следующие критерии: пол, возраст, год установления диагноза, поражение одного или обоих глаз, вид и стадия глаукомы, медикаментозная терапия, оперативное лечение, слепота. В исследование вошли пациенты, осмотренные за отчетный период с сентября по декабрь 2016 года.

Результаты. Численность обслуживаемого населения составила 31 183 человек, из них взрослых 24 277, детей от 0 до 17 лет 6906.

Структура заболеваемости глаз по нозологическим единицам за 2016 г.

Нозология	Число пациентов (%)			
	Взрослые		Дети	
Халазион	12	0,9	36	6,0
Ячмень	7	0,5	27	4,5
Блефарит	54	4,0	3	0,6
ССГ	15	1,1	0	0
Конъюнктивит	56	4,1	134	22,3
Конъюнктивальное кровоизлияние	3	0,2	0	0
Эписклерит	1	0,05	0	0
Кератит	7	0,5	0	0
Иридоциклит	5	0,4	0	0
Катаракта	534	39,2	1	0,2
Глаукома	119	8,7	2	0,4
Подозрение на глаукому	11	0,8	0	0
Дегенеративная миопия	12	0,9	0	0

Нозология	Число пациентов (%)			
	Взрослые		Дети	
ЧАЗН	4	0,3	2	0,4
Возрастная макулярная дегенерация	17	1,2	0	0
Диабетическая ретинопатия	11	0,8	0	0
Миопия	297	21,8	173	28,7
Гиперметропия	41	3,0	96	15,9
Пресбиопия	102	7,5	0	0
Нарушение аккомодации	44	3,2	77	12,8
Косоглазие	4	0,3	50	8,3
Онкологические заболевания	0	0	0	0
Ушиб глазного яблока	2	0,1	1	0,2
Инородное тело роговицы, конъюнктивы	2	0,1	0	0
Ожог глаза	1	0,05	0	0
Итого	1361	100 %	602	100 %

При анализе общей структуры глазных болезней по нозологии среди взрослых пациентов за отчетный период 2016 года, получены следующие результаты: на первом месте катаракта – 534 (39,2 %); на втором – нарушения рефракции 484 (35,5 %), из них близорукость 297 (21,8 %); на третьем – воспалительные заболевания век и конъюнктивы 129 (9,5 %); на четвертом – глаукома 119 (8,7 %) и затем патология сетчатки – 40 (2,9 %).

Структура заболеваний органа зрения у детей по составу обращений в поликлинику распределена следующим образом: ведущее место занимает нарушение рефракции и аккомодации – 346 (57,4 %), из них близорукость 173 (28,8 %); следующие позиции в структуре занимают воспалительные заболевания век и конъюнктивы – 200 (33,4 %) и косоглазие – 50 (8,3 %).

Изучили уровень и структуру заболеваемости населения глаукомой по обращаемости в поликлинику АГКБ №7 за 2016 год.

Осмотрено 130 пациентов (195 глаз) на глаукому, выявлено с подозрением на глаукому – 17, из них диагноз подтвердился у 6 человек, остальные 11 человек, направленные для консультации в КДП ГАУЗ АО АКОБ, не явились на повторные осмотры.

Распределение пациентов по полу: мужчин – 49 человек (42,5 %), женщины – 66 человек (57,5 %). Средний возраст пациентов составил $74,58 \pm 8,47$ лет (от 50 до 88 лет). Средняя документально установленная продолжительность болезни составила $10,5 \pm 3,5$ лет. Поражение одного глаза было отмечено у 43 пациентов (34,7 % случаев), обоих глаз – у 76 пациентов (65,3 %).

Распределение пациентов по стадиям и виду глаукомы: I стадия – 37 глаз (18,9 %); II стадия – 84 глаза (43,1 %); III стадия – 44 глаза (22,5 %); IV стадия – 30 глаз (15,5 %). В 114 (95,8 %) случаях наблюдалась открытоугольная глаукома, в 5 (4,2 %) – закрытоугольная глаукома.

Количество получаемых пациентами гипотензивных препаратов составило $1,75 \pm 0,79$, при этом максимальная медикаментозная терапия глаукомы, состоящая из препаратов в различных комбинациях (ингибиторы карбоангидразы; β -адреноблокаторы; аналог простагландина) присутствовала в схеме лечения у 39 пациентов (32,7 %). 31 пациенту (26,8 %) ранее были проведены гипотензивные операции, а, именно, непроникающая глубокая склерэктомия и синустрабекулэктомия. Слепых от глаукомы на 1 глаз – 17 человек, на оба глаза – 1 человек.

Выводы. 1. По структуре заболеваний органа зрения среди взрослых преобладают пациенты с катарактой 534 (39,2 %), нарушением рефракции и аккомодации 484 (35,5 %), воспалительными заболеваниями век и конъюнктивы – 129 (9,5 %); глаукомой – 119 (8,7 %) и патологией сетчатки – 40 (2,9 %).

2. По структуре заболеваний органа зрения среди детей преобладают пациенты с нарушением рефракции и аккомодации – 346 (57,4 %), воспалительными заболеваниями век и конъюнктивы – 200 (33,4 %), косоглазием – 50 (8,3 %).

3. Раннее выявление глаукомы на этапе доклинических поражений зрительного нерва остается одним из основных направлений, позволяющих при своевременно начатом патогенетическом лечении способствовать оптимизации зрительных функций.

Литература.

1. Егоров Е.А. Статистические данные об инвалидности вследствие глаукомы / Е.А. Егоров, В.Н. Алексеев, А.В. Куроедов // Новости глаукомы. 2013. № 2. С. 3-4.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ ГЛАЗ СТУДЕНТОВ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА СГМУ ЗА 2008-2016 ГОДЫ

Куций Л.Р.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра офтальмологии.

Клинический интерн.

E-mail: lyuba.kutsi@mail.ru

Научные руководители: к.м.н. Кузнецова Н.А., д.м.н. Коновалов А.В.

Аннотация: Глазные болезни оказывает значительное влияние на показатели здоровья населения, являются причиной снижения трудоспособности, значительно ухудшают качество жизни. Приблизительно 1,6 млрд человек во всем мире страдают аномалиями рефракции. Миопия является одной из актуальнейших проблем офтальмологии. Это заболевание начинается все в более раннем возрасте, что делает изучение причин, методов лечения и последствий наиболее значимыми. В современном обществе все больше людей используют для работы и чтения компьютеры, планшеты, телефоны, значительное время проводят перед экранами телевизора, что является непосредственной причиной возникновения спазма аккомодации.

Ключевые слова: острота зрения, эметропия, аномалии рефракции, миопия, гиперметропия.

Целью данного исследования является выявление патологии глаз среди студентов медико – профилактического факультета СГМУ. Период исследования с 2008 по 2016 годы. Всего осмотрено 94 студента, среди них мужчин было 16 (17 %) человек, женщин – 78 (83 %) человек. Возраст исследуемых был следующим: 20 лет – 23 человека (24 %), 21 год – 16 (17 %), 22 – 36 (38 %), 23 года – 12 человек (13 %), 24 – 3 (3 %), 25 – 2 (2 %), 26 – 1 (1 %), 28 лет – 1 человек (1 %).

Перед поступлением в ВУЗ студенты проживали в следующих местностях: в Архангельской области – 82 (88 %) человека, в Вологодской области – 6 (6 %), в Мурманской – 1 (1 %), в НАО – 1 (1 %), в республике Коми – 1 (1 %), в Краснодарском крае – 1 (1 %), в Ставропольском крае – 1 (1 %), в Нижегородской области – 1 (1 %) человек.

Из 82 студентов из Архангельской области: 29 (35 %) имели слабую степень миопии, 10 (12 %) – среднюю, 9 (11 %) – высокую, 33 (40 %) студента имели эметропию. Из 6 (100 %) человек (из Вологодской области) слабая степень миопии была у 5 (83 %) студентов, средняя степень у 1 (17 %). С гиперметропией 1 (6 %) человек. Один (1 %) обучающийся, приехавший из республики Коми, имел эметропию. Один (1 %) студент из НАО также не имел аномалий рефракции. Среди обучающихся из Краснодарского края, Ставропольского края и Мурманской области все имели эметропию. Один студент приехавший из Нижегородской области имел высокую степень миопии.

Внутриглазное давление методом пальпации у всех студентов было в пределах нормы (100 %). 93 (99 %) студента имели бинокулярное зрение, у 1 (1 %) было обнаружено одновременное зрение.

Острота зрения при поступлении в ВУЗ у 34 (36 %) студентов была выше, чем в момент обследования, у 60 (64 %) – не изменилась. При проведении экзофтальмометрии у всех студентов показатели в пределах нормы (N=13-19 мм). У 51 (54 %) человек было отмечено снижение положительной части аккомодации, что указывает на зрительное утомление (астенопию). Сравнительная характеристика обследуемых студентов за период времени с 2008 по 2016 года дана в таблице 1.

Выводы:

1. В результате проведенного обследования студентов медико-профилактического факультета СГМУ выявлено, что чаще всего из аномалий рефракции встречается миопия.

2. Изменение степени миопии у 36 % студентов в процессе обучения указывает на прогрессирование заболевания.

3. Чаще всего (36 %) у студентов МПФ встречается миопия слабой степени.

4. У 54 % обучающихся обнаружено снижение положительной части относительной аккомодации, что ведет к астинопии и затем к возникновению миопии.

5. Из 94 человек эметропия на оба глаза была у 39 (41 %), аномалии рефракции имели 55 (59 %) студентов.

Для профилактики данного заболевания необходимо: периодические профилактические осмотры у офтальмолога по месту жительства, ранняя диагностика заболевания, ограничение времени работы с цифровой техникой, правильное сбалансированное питание с достаточным употреблением витаминов и минералов, своевременная очковая коррекция.

Таблица 1.

Сравнительная характеристика обследуемых студентов за период времени с 2008 по 2016 год

Показатели	2007–2008 учебный год	2009–2010 учебный год	2011–2012 учебный год	2013–2014 учебный год	2015–2016 учебный год
Количество обучающихся студентов	20 (21 %)	22 (23 %)	14 (15 %)	14(15 %)	24 (26 %)
Степень миопии/гиперметропии					
Слабая	7(35 %)	8(36 %)	9(64 %)	4(29 %)	6(26 %)
Средняя	5(25 %)	0(0 %)	1(7 %)	2(14 %)	3(12 %)
Высокая	4(20 %)	3(14 %)	0(0 %)	1(7 %)	2(8 %)
Эмметропия	4(20 %)	11(50 %)	4(29 %)	6(43 %)	13(54 %)
Гиперметропия слабой степени				1(7 %)	
Область проживания					
Архангельская область	19 (95 %)	20(91 %)	13(97 %)	14(100 %)	16(67 %)
Вологодская область					3(13 %)
Республика Коми		2(9 %)	1 (7 %)		1(4 %)
Краснодарский край	1(5 %)				1(4 %)
НАО					1(4 %)
Мурманская область					1(4 %)
Ставропольский край					(4 %)
Изменение остроты зрения в процессе обучения					
Не изменилась	9(45 %)	12(55 %)	6(43 %)	10(71 %)	22(96 %)
Была выше при поступлении	11(55 %)	10(45 %)	8(57 %)	4(29 %)	1(4 %)

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ ЛЕЧЕНИЯ «ВЛАЖНОЙ» ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

Ляпунова Е.А., Смирнова Н.В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет».

Кафедра офтальмологии. Студенты 6 курса педиатрического факультета.

E-mail: ekaterina3781@mail.ru

Научный руководитель: к.м.н. Кузнецова Н.А., д.м.н. Коновалов А.В.

Аннотация: Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) занимает одно из первых мест среди причин слепоты у лиц старше 60 лет и является ведущей причиной потери центрального зрения. Актуальность лечения ВМД связана с тем, что последние годы это заболевание стали выявлять не только в пожилом, но и в относительно молодом возрасте на поздних стадиях, что приводит к первичной инвалидности в 11 % случаев у лиц трудоспособного возраста и в 28 % случаев – у пожилых пациентов [7,10].

Ключевые слова: макулярная дегенерация, консервативное лечение, лазерное лечение.

В настоящее время выделяют четыре основных направления лечения «влажной» формы ВМД: консервативное, лазерное, радиотерапию и хирургическое лечение.

Консервативное лечение «влажной» формы ВМД направлено на улучшение метаболизма и микроциркуляции в тканях глаза для замедления прогрессирования заболевания. С этой целью используются препараты, улучшающие общее и местное кровообращение, дезагреганты и сосудорасширяющие средства. Для уменьшения отека сетчатки в макулярной области рекомендуется проведение дегидратационной терапии с помощью ингибиторов карбоангидразы [11]. В целях резорбции кровоизлияний применяются ангиопротекторы, гемостатические препараты, витамины, антиоксиданты [3, 5, 15]. Однако не всегда фармакотерапией удастся добиться стабилизации процесса и улучшения зрительных функций.

Еще одно направление в консервативном лечении «влажной» формы ВМД – это интравитреальная антиангиогенная терапия. Все чаще используется эндовитреальное введение противоопухолевых средств, препятствующих росту новообразованных сосудов. Это такие препараты, как Lucentis (Ranibizumab) и Avastin (Bevacizumab) [12, 14]. Они являются гуманизированными моноклональными антителами, ингибирующими VEGF, и селективного ингибитора VEGF препарата Macugen (пегалтаниб натрия) [1, 4, 7,9,10]. На фоне лечения Macugen наблюдается замедление потери зрительных функций у пациентов с экссудативной формой ВМД. Lucentis стал первым лекарственным препаратом из этой группы, лечение которым приводит не только к замедлению снижения центрального зрения, но и к частичному восстановлению остроты зрения [4, 7]. Перспективы терапии напрямую зависят от своевременного её начала (чем раньше начато лечение – тем лучше результат).

Наряду с фармакотерапией, в лечении «влажной» формы ВМД широко используется лазерная стимуляция сетчатки. Применение малых энергий лазерного излучения не приводит к видимым разрушениям в облучаемых тканях, однако обеспечивает эффект биостимуляции [2,6]. Происходит усиление фагоцитарной активности пигментного эпителия, способствующей удалению продуктов распада нейрорецепторов, и возрастает антиоксидантная активность [2, 6].

При «влажной» форме ВМД высокоэффективна лазерная коагуляция сетчатки [5, 7]. При экссудативной отслойке нейроретина и пигментного эпителия сетчатки, локализуемой вне зоны центральной ямки, коагулируют всю отслоенную зону. Если патологический процесс захватывает центр, то рекомендуется нанесение коагулятов в два ряда в виде «подковы», открытой в носовую сторону. При наличии субретинальной неоваскулярной мембраны показано полное закрытие патологической зоны [2].

При перипапиллярном расположении неоваскуляризации применение лазеркоагуляции позволяет достичь наилучших анатомических и клинко-функциональных результатов [13].

Одним из высокоэффективных методов деструкции новообразованных сосудов является фотодинамическая терапия (ФДТ). Суть метода: накопление в новообразованных сосудах фоточувствительного препарата Вертепорфин (Визудин) или «Фотодитазин» [2, 6, 8]. Попадая в кровоток, молекулы вертепорфина связываются с липопротеидами низкой плотности. Образующийся комплекс захватывается эндотелиоцитами аномальных сосудов хориоидеи. Активированный лазерным излучением, препарат вызывает распад тканевого кислорода до атомарного, что ведет к структурному и функциональному повреждению эндотелиальных клеток. В результате происходит окклюзия новообразованных сосудов без повреждения сетчатки и мембраны Бруха [2, 5, 6]. В России данный вид терапии практически не используется.

Хирургическое лечение ВМД не получило широкого распространения из-за значительной технической сложности, риском серьезных осложнений и невысокими функциональными исходами [6].

Литература:

1. Алпатов С.А., Урнева Е.М., Щуко А.Г., Малышев В.В. Современные технологии лечения витреоретинальной патологии – 2010 // Сб. тезисов ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза». М. 2010. С.13-15.
2. Астахов Ю.С., Лисочкина А.Б., Нечипоренко П.А. Современные методы диагностики «сухой» формы возрастной макулярной дегенерации // Офтальмологические ведомости. 2010. Т. III. № 2. С. 41– 47.
3. Балашевич Л.И. Модифицированная клиническая классификация возрастной макулярной дегенерации // Офтальмологические ведомости. 2011. Т.4. №4. С. 41 – 47.
4. Бикбов М.М. Б.Б. Бикбов, Р.Р. Файзрахманов, Я. Л.Ярмухаметова. Возрастная макулярная дегенерация .М., «Апрель». 2013. – 196с.
5. Бойко Э.В., Чурашов С.В., Камилова Т.А. Молекулярно – генетические основы возрастной макулярной дегенерации // Вестник офтальмологии. 2013. N 2. С. 86 – 90.
6. Гветадзе А.А., Королева И.А. Возрастная макулярная дегенерация. Современный взгляд на проблему (обзор литературы) // РМЖ «Клиническая офтальмология». 2015. №1. С. 37.
7. Егоров Е.А. Ранибизумаб в лечении пациентов с «влажной» формой возрастной макулярной дегенерации // «Клиническая офтальмология». 2010. № 2. С.65 – 68.
8. Мирзабекова К.А. Возрастная макулярная дегенерация: профилактика и лечение. Обзор. // Офтальмология. 2014. № 1. С. 4 – 8.
9. Нероев В.В., Лысенко В.С., Бабаева А.М., Цапенко И.В. Оценка клинических результатов лазеркоагуляции в центральной зоне глазного дна // Вестник офтальмологии. 2010. Т.1. №5. С.23 – 25.
10. Adinoyi O. Garba Bevasiranib for the Treatment of Wet, Age Related Macular Degeneration Adinoyi O Garba, Shaker A. Mousa // Ophthalmology and Eye Diseases. 2010. 2. P. 75 – 83.
11. Barak Y., Heroman W.J., Tezel T.H. The past, present, and future of exudative age-related macular degeneration treatment // Journal of Ophthalmology. 2012. Vol. 19 (1). P. 43–51.
12. Lalwani G.A., Rosenfeld P.J., Fung A.E. et al. A variable-dosing regimen with intravitreal ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration: year 2 of the Pronto Study // Am. J. Ophthalmol. 2011. № 1. Vol. 148. P. 43-58.
13. Moutray T., Chakravarthy U. Age-related macular degeneration: current treatment and future options // Therapeutic Advances in Chronic Disease. 2011. Vol. 2 (5). P. 325 – 331.
14. Singer M. Advances in the management of macular degeneration // F1000 Prime Reports. 2014. Vol. 10. P. 6 – 29.
15. Yang X., Hu J., Zhang J., Guan H. Polymorphisms in CFH, HTRA1 and CX3CR1 confer risk to exudative age-related macular degeneration // Br. J. Ophthalmol. 2010. Vol.94. P. 121-124.

ЗАМЕНИТЕЛИ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА: ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

Пальянова О.В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет». Кафедра офтальмологии. Студентка 5 курса лечебного факультета 9 группы.

E-mail: helga.palyanova@yandex.ru

Научные руководители: к.м.н. Кузнецова Н.А., д.м.н. Коновалов А.В.

Аннотация: При заболеваниях и травмах органа зрения могут возникать помутнения стекловидного тела, которые снижают зрительные функции и создают опасность тракционного воздействия на сетчатую оболочку, что требует в ряде случаев удаления и замещения стекловидного тела (ЗСТ).

Ключевые слова: заменители стекловидного тела, стекловидное тело, отслойка сетчатки.

Для замещения стекловидного тела применялись и применяются разнообразные вещества: стекловидное тело человека и животных, спинномозговая жидкость, воздух, газ, аллопластические препараты, гиалуроновая кислота, перфторорганические соединения (ПФОС), силиконовое масло. К составу ЗСТ предъявляются определенные требования: он должен обладать высокой прозрачностью, индексом преломления близким к 1,33, значительной вязкостью, не должен вызывать местной или общей токсической, аллергической и воспалительной реакции, длительное время не подвергаться рассасыванию [10].

В настоящее время известны следующие ЗСТ:

1. В 1957 – 1959 гг. Стукалов С. Е. провел работы по изучению ауто-, гомо- и гетеротрансплантации стекловидного тела с замещением его физиологическим раствором и спинномозговой жидкостью. Лучшие результаты были получены при аутооттрансплантации стекловидного тела спинномозговой жидкостью человека [10], но низкая вязкость и трудности, связанные с получением и хранением данного вещества, ограничивают его применение в качестве ЗСТ в клинике.

2. ЗСТ на основе гиалуроновой кислоты (ГК). Стремление к созданию более физиологичного ЗСТ привело к предложению использовать ГК [9, 10]. Гиалуроновая кислота – высокомолекулярный кислый мукополисахарид, который является одним из основных компонентов, обеспечивающих вязкость и специфические свойства стекловидного тела [9, 10]. ГК участвует в контроле таких процессов, как репаративная регенерация тканей, клеточная дифференцировка, морфогенез, ангиогенез и воспаление [3]. В качестве ЗСТ в широкую практику препараты ГК не вошли из-за неустраиваемых белковых фракций и высокой гидрофильности.

3. Использование физиологического раствора в качестве ЗСТ. До настоящего времени 0,9 % физиологический раствор служит одним из самых популярных ЗСТ в связи со своей доступностью, но он не может применяться для пролонгированной тампонады витреальной полости ввиду низкой вязкости и быстрого времени рассасывания (до 90 % в первые 24 часа) [7, 10].

4. Тампонада витреальной полости воздухом и газами. В настоящее время в витреоретинальной хирургии применяются газы двух видов: нерасширяющиеся (воздух, ксенон) и расширяющиеся (сульфургексафторид и перфторуглеродные смеси) [10, 12]. Газовая тампонада применяется при операциях по поводу макулярных разрывах [6, 11, 13]. Преимущество газовой тампонады заключается в том, что и воздушно – газовая смесь, и стерильный воздух самостоятельно рассасываются и замещаются собственной внутриглазной жидкостью. Обычно газовый пузырь полностью элиминируется в течение 10 – 20 дней. На скорость резорбции влияют следующие факторы: состояние гематоофтальмического барьера, состояние иридохрусталиковой диафрагмы, растворимость газа в воде, разница парциального давления составляющих газового пузыря и окружающих тканей, скорость глазного кровотока и тока внутриглазной жидкости [1, 2, 10, 12].

5. Силиконовая тампонада. Силиконовое масло (СМ) – это гидрофобный полимер, не смешивается с воздухом, химически инертный, химически стабильный, прозрачность и коэффициент преломления которого близкий к коэффициенту преломления оптических сред глаза. Тампонирующий эффект СМ достигается, прежде всего, за счет его высокой вязкости, а неоспоримым достоинством является довольно высокая инертность и, как следствие, хорошая переносимость СМ тканями глаза, что позволяет оставлять силикон в полости глаза после операции витрэктомии на длительный период [10]. Тампонада СМ до настоящего времени является одним из эффективных методов лечения осложненных форм отслойки сетчатки. Тем не менее, СМ это временный ЗСТ, а силиконовая тампонада является только этапом лечения отслойки сетчатки, помогающим достигнуть формирования хориоретинальных спаек и постоянной фиксации сетчатки, и должна завершиться его удалением [4, 8]. СМ выполняет более контролируемую и пролонгированную тампонаду витреальной полости по сравнению с замещением стекловидного тела газовой воздушно-газовой смесью [15]. СМ изменяет метаболизм в полости глаза и, даже при самых современных

технологиях очистки, содержит примеси, которые могут вызывать различные осложнения (катаракта, вторичная глаукома, кератопатия и др.) [10].

6. Тампонада жидкими перфторорганическими соединениями. В настоящее время для краткосрочной тампонады витреальной полости при хирургии отслойки сетчатки широко используются жидкие ПФОС, так называемая «тяжелая вода». Эти вещества представляют собой химически инертное органическое соединение примерно в два раза тяжелее обычной воды, прозрачное, несмешивающееся с другими жидкостями. Преимущества ПФОС: надежно адаптируют сетчатку к подлежащим оболочкам на период тампонады, способствуют формированию хориоретинальной спайки и предупреждают смещение сетчатки относительно подлежащих оболочек при замене ПФОС на физиологический раствор, газ или силиконовое масло. Они тампонируют ретинальные сосуды, предупреждая и уменьшая риск повторного кровотечения [9, 11, 14]. Недостатки ПФОС: они являются биологически активными соединениями, образуют тонкую пленку, сцепленную с сетчаткой, которую невозможно удалить механически и токсически воздействуют на ткани глаза [11, 14]. Степень отрицательного воздействия ПФОС на сетчатку может быть связана со степенью очистки последнего [5].

На данный момент не определены четкие показания для выбора ЗСТ в зависимости от степени повреждения сетчатки и требуется дальнейшее изучение данной проблемы.

Литература:

1. Аванесова Т.А., Югай А.Г., Кожухов А.А. и др. Изучение особенностей кровообращения заднего отдела глаза с помощью флуоресцентной ангиографии у пациентов после эндовитреального лечения регматогенной отслойки сетчатки // Современные технологии в офтальмологии. М. 2015. № 1. С. 11-14.
2. Бикбов М.М., Суркова В.К., Сережин И.Н., Алтынбаев У.Р. Витреоретинальная хирургия при заболеваниях и травмах глаз. Уфа. 2008, 182 с.
3. Вильданова Р.Р., Назаров П.В., Колесов С.В., Сигаева Н.Н. Химическая модификация гиалуроновой кислоты и ее применение в медицине // Вестник Башкирского университета. Уфа. 2012. С. 122 – 124.
4. Дравица Л.В., Бирюков Ф.И., Самохвалова Н.М., Белькевич Ю.Л. Уровень устойчивой реабилитации отслоек сетчатки после завершения силиконовой тампонады // Современные технологии лечения витреоретинальной патологии. М. 2012. С. 73-75.
5. Захаров В.Д., Лыскин П.В., Казимирова Е.Г. Перфторорганические соединения для тампонады витреальной полости // Офтальмохирургия. М. 2014. № 3 С.86-92.
6. Захаров В.Д. Витреоретинальная хирургия. М., 2003. С.102.
7. Захаров В.Д. Хирургия отслойки сетчатки. Автореф. дис. д-ра мед. наук. М..1985. 30 с.
8. Казайкин В.Н. Тампонада витреальной полости силиконовым маслом в комплексном лечении отслойки сетчатки. Автореф. дис. ... д – ра мед. наук. М.. 2009. 26 с.
9. Каштан О.В. Комплексное хирургическое лечение рецидивов отслойки сетчатки, осложненных тяжелой пролиферативной витреоретинопатией с использованием перфторполиэфиров. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.. 1995. 155 с.
10. Лепарская Н.Л. Роль пролиферативной витреоретинопатии в патогенезе, клинике и лечении травматической отслойки сетчатки (клинико-экспериментальное исследование). Дис. ... канд. мед. наук. М.. 2005. 174 с.
11. Маляцинский И.А. Клинико – функциональное обоснование технологии микроинвазивного хирургического лечения рецидива отслойки сетчатки в нижнем сегменте в период тампонады витреальной полости силиконовым маслом. 2015.М. 128 с.
12. Тахчиди Х.П., Захаров В.Д. Хирургия сетчатки и стекловидного тела. М. 2011. 186 с.
13. Ходжаев Н.С., Захаров В.Д., Горшков И.М., Маляцинский И.А. Современная хирургия рецидива отслойки сетчатки. Обзор литературы // Офтальмология. 2012. Том 9. №1. С. 10-13.
14. Чебанов А.Ф. Некоторые аспекты механизма аккомодации оптической системы глаза и их приложение к системам технического зрения // Искусственный интеллект. 2009. № 4. С. 566 – 573.
15. Чупров А.Д., Демакова Л.В. Лечение артификачных отслоек сетчатки методами эндовитреальной хирургии с тампонадой витреальной полости силиконовым маслом и газовоздушной смесью // Современные технологии в медицине. 2016. Том 8. №1. С. 153-158.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДРЕНАЖНОЙ ХИРУРГИИ ГЛАУКОМЫ ПО ДАННЫМ ОМО № 2 ГАУЗ АО АКОБ ЗА 2016 Г.

Попова О.В.¹, Луговая А.Н.²

¹Северный государственный медицинский университет. Кафедра офтальмологии.
Клинический интерн.

Аннотация: Глаукома является одной из основных причин снижения зрения и слепоты в мире. Наиболее надежным способом достижения стойкой нормализации внутриглазного давления (ВГД) является хирургическое лечение глаукомы. Проблемой гипотензивных операций является выраженное рубцевание и облитерация созданных путей оттока водянистой влаги (ВВ). Предупреждением избыточного рубцевания могут быть как хирургические приемы, изменяющие технологию операции, так и применение разнообразных дренажей.

Существует несколько видов дренажей: импланты, которые предотвращают срастание поверхностного склерального лоскута с подлежащей склерой; клапаны, обеспечивающие регулируемый ток ВВ в зависимости от уровня ВГД; шунты, при которых происходит направленный пассивный ток ВВ под конъюнктиву, либо в субарахноидальное пространство. Дренаж Глаутекс предназначен для предотвращения склеро-конъюнктивальных, склеро-склеральных сращений и рубцевания по краю склерального лоскута. Мини-шунт Ex-PRESS представляет собой трубку из нержавеющей стали со скошенным кончиком с одной стороны, и шпорой с другой стороны для фиксации. Гипотензивный эффект достигается путем отведения по мини-шунту ВВ из передней камеры в субконъюнктивальное пространство с формированием фильтрационной подушки. В основе действия клапана Ахмеда лежит отведение ВВ через микротрубку из передней камеры в подтенозное пространство и формирование там резервуара, из которого происходит постепенная резорбция и эвакуация жидкости через субтенозные формирующиеся протоки [1,2]. В данной статье рассматривается эффективность применения дренажей: мини-шунта Ex-PRESS, клапана Ахмеда, дренажа Глаутекс, которые были имплантированы в глаза 42 пациентам.

Ключевые слова: глаукома, дренажная хирургия, внутриглазное давление.

В 2016 году при оперативном лечении глаукомы дренаж Глаутекс был имплантирован 25 пациентам (25 глаз). Средний возраст этих больных составил 64 года. Во всех случаях операция выполнялась при первичной открытоугольной глаукоме, из них в 5 случаях была II стадия глаукомы, в 20 случаях – III стадия. Средняя продолжительность болезни (со слов пациентов) составила 6 лет. В анамнезе гипотензивная операция проводилась однократно у 6 пациентов, двукратно – у 2, трижды – у 1 пациента. Средний исходный уровень ВГД составил 30 мм рт.ст. по Маклакову (минимальный – 24, максимальный – 38 мм рт.ст.) на максимальной гипотензивной терапии. Комбинированные гипотензивные препараты присутствовали в схеме лечения у 23 (92 %) пациентов. Средняя продолжительность госпитализации составила 10 дней. На 1-е сутки после установки дренажа Глаутекс уровень ВГД определялся пальпаторным методом и составил: в 19 (76 %) случаях – нормальное ВГД, в 6 (24 %) случаях выявлена умеренная гипотония. В раннем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: умеренная гипотония отмечалась в 5 (20 %) случаях; плоская отслойка сосудистой оболочки – в 1 (4 %); обтурация сгустком дренажного устройства – в 1 (4 %); наружная фильтрация по лимбу, которая потребовала наложения дополнительного шва на конъюнктиву в 1 (4 %) случае. В раннем послеоперационном периоде осмотерапия проводилась у 3 (12 %) больных. На 7-е сутки после установки дренажа уровень ВГД составил 16 мм рт.ст., через 3 месяца наблюдения после операции – 20 мм рт.ст. Через 6-9 месяцев средний уровень ВГД составил 22 мм рт.ст. без медикаментозной гипотензивной терапии.

Таким образом, в отдаленном сроке наблюдения от 1 до 9 месяцев после установки дренажа Глаутекс наблюдалось стойкое снижение уровня ВГД у всех прооперированных больных.

Имплантация клапана Ахмеда проводилась у 10 человек (10 глаз). Средний возраст пациентов составил 61 год. В 8 случаях операция выполнялась при первичной открытоугольной глаукоме, в 2 случаях при вторичной травматической глаукоме (I стадия – 1 случай, II стадия – 2, III стадия – 7 случаев). Средняя продолжительность заболевания составила 7 лет.

В анамнезе гипотензивная операция у 4 пациентов. Средний исходный уровень ВГД составил 29 мм рт.ст. по Маклакову (минимальный – 24, максимальный – 36 мм рт.ст.) на максимальной гипотензивной терапии. Комбинированные гипотензивные препараты присутствовали в схеме лечения у всех пациентов. Средняя продолжительность госпитализации составила 12 дней. На первые сутки после установки клапана Ахмеда нормальный уровень ВГД определялся у всех пациентов. В раннем послеоперационном периоде отмечалась плоская отслойка сосудистой оболочки у 4 пациентов.

На 7-е сутки после установки дренажа уровень ВГД составил 18 мм рт.ст. без медикаментозной гипотензивной терапии, через 3 месяца после операции – 20 мм рт.ст.

Средний уровень ВГД в отдаленном послеоперационном периоде (6 месяцев) составил 19 мм рт.ст. У 4 больных для компенсации уровня ВГД была назначена гипотензивная терапия.

Имплантация дренажного устройства Ex-PRESS проводилась у 7 человек (7 глаз). Средний возраст пациентов составил 60 лет. Во всех случаях операция выполнялась при первичной открытоугольной

глаукоме (4 случая – II стадия глаукомы, 3 случая -III). Средняя продолжительность болезни составила 8 лет. В анамнезе гипотензивная операция проводилась однократно у 4 пациентов, по 2 гипотензивные операции были у 2 человек. Исходный уровень ВГД составил 31 мм рт.ст. по Маклакову (минимальный-24, максимальный-36 мм рт.ст.) на максимальной гипотензивной терапии. Комбинированные гипотензивные препараты присутствовали в схеме лечения у 100 % пациентов. Средняя продолжительность госпитализации составила 13 дней. На 1-е сутки после установки дренажного устройства уровень ВГД определялся пальпаторным методом и составил: у 4 человек нормальный уровень ВГД, у 3 человек выявлена умеренная гипотония. В раннем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: плоская отслойка сосудистой оболочки у 4 пациентов; наружная фильтрация у 1 пациента, купируемая на регенерирующей терапии; у 1 пациентов – умеренная гипотония и у 1 пациента явления острого иридоциклита (нарушение режима со стороны пациента, явления купированы массивной противовоспалительной терапии). На 7-е сутки после установки дренажа уровень ВГД составил 16мм.рт.ст. без медикаментозной гипотензивной терапии.

К 6-му месяцу наблюдения средний уровень ВГД составил 24 мм рт.ст. У 2 больных для компенсации уровня ВГД необходима гипотензивная терапия.

Анализ наблюдения за пациентами в сроке 6-9 месяцев в лечение которых использовались различные дренажные устройства показал эффективность данного метода. У 97 % прооперированных больных ВГД компенсировано.

Планируется дальнейшее наблюдение за пациентами с последующей оценкой отсроченных результатов операции.

Литература:

1.Применение дренажа «Глаутекс» в хирургии глаукомы [Электронный ресурс] Российская офтальмология онлайн. Раздел IV Диагностика и лечение глаукомы. Режим доступа: <http://www.eyepress.ru/article>

2.Результаты применения мини-шунта Ex-PRESS в хирургии глаукомы [Электронный ресурс] Российская офтальмология онлайн. Раздел IV Диагностика и лечение глаукомы. Режим доступа:<http://www.eyepress.ru/article>

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЛАУКОМОЙ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №1 Г.АРХАНГЕЛЬСКА С 2013-2015ГГ

Самородова С.В.¹, Богданова Н.С.²

¹Северный государственный медицинский университет. Кафедра офтальмологии. Клинический ординатор.

²ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая поликлиника №1».

Заведующая офтальмологическим отделением. E-mail: svetangel21@mail.ru

Научный руководитель: к. м. н. Кузнецова Н. А.

Аннотация: Глаукома – это оптическая нейропатия, при которой аксоны оптического нерва погибают, а пластинки lamina cribrosae коллапсируют. Когда происходит утрата аксонов, периферическое зрение сужается, снижение центрального зрения происходит значительно позднее. Большинство форм глаукомы протекают безболезненно и потеря зрения наступает незаметно. Глаукома – лидирующая причина слепоты в мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), количество глаукомных больных в мире колеблется от 60,5 до 105 млн. человек. Около 6-7 млн. имеют двухстороннюю слепоту, у 20 % пациентов слепота на один глаз. У 40 % трудоспособного возраста наблюдается третья стадия заболевания. В настоящее время в России на официальном учете состоит 1 180 708 пациентов с глаукомой, около 400 тыс. ослепших от данного заболевания [1].

Следует отметить резкое увеличение роли глаукомы среди причин первичной инвалидности, доля которой в нозологической структуре выросла за 5 лет с 20 % до 28 %, а распространенность с 0,15 до 0,6 на 10 000 взрослого населения. Среди медицинских причин инвалидности лиц пенсионного возраста доля глаукомы составляет 40 %. В 81,2 % случаев лицам с глаукомой уже при первичном освидетельствовании в бюро МСЭ устанавливается I или II группа инвалидности ввиду наличия слепоты или высокой степени слабости зрения, что свидетельствует о поздней диагностике и неэффективности лечения [1].

При сохранении современных тенденций, распространение по всему миру глаукомы будет увеличиваться. Стратегию контроля за заболеванием необходимо планировать при условии, что врачи общей практики будут проводить скрининг на это заболевание. Более широкая информация общественности может пролить свет на необходимость периодического обследования глаз, особенно, среди лиц с семейным анамнезом заболевания или другими факторами риска в отношении глаукомы.

В связи с этим борьба с глаукомой является государственной задачей, для решения которой необходимо проведение активных и широких мер по ее своевременной диагностике и лечению. Роль практикующего врача в этом процессе является ключевой [2].

Ключевые слова: глаукома, открытоугольная глаукома, закрытоугольная глаукома, слепота, диспансеризация.

В офтальмологическом отделении городской поликлиники №1 г. Архангельска большое внимание уделяется диспансеризации больных. В структуре диспансерных групп глаукома занимает первое место (77 % больных). Для осмотра больных глаукомой выделены 2 дня: среда и пятница. На осмотр одного пациента отведено 20 минут (3 человека в час). Прием глаукомных больных ведет врач, имеющая большой стаж работы, долгое время занимающаяся глаукомой. Пациенты осматриваются один раз в три месяца, на приеме проводится проверка остроты зрения, полей зрения, тонометрия, биомикроскопия, осмотр глазного дня.

В кабинете имеется всё необходимое для обследования больных глаукомой: тонометры Маклакова, бесконтактный тонометр ТГДц-ПРА, бесконтактный тонометр Nidek, эластотометры, гониоскоп Краснова, гониолинза Гольдмана, гониоскоп Ван-Бойнингена, периметры Фёрстера, компьютерный периметр, аппарат КЧСМ.

При выявлении у пациента глаукомы он берётся на диспансерный учёт и регулярно осматривается офтальмологом.

За отчетный период в кабинете наблюдались: в 2013 году – 654 человека, в 2014 – 679, в 2015 году – 691 человек. Распределение по возрастным группам: в 2013 году – в возрасте 31-40 лет наблюдалось 6 человек (1,0 %), в возрасте 41-50 лет – 37 (5,6 %), в возрасте 51-60 лет – 108 (16,5 %), в возрасте 61-70 лет – 269 (41,2 %), в возрасте старше 70 лет – 233 человека (35,7 %); в 2014 году – в возрасте 31-40 лет наблюдалось 7 человек (1,1 %), в возрасте 41-50 лет – 39 (5,7 %), в возрасте 51-60 лет – 114 (16,8 %), в возрасте 61-70 – 277 (40,8 %), в возрасте старше 70 лет – 242 человека (35,6 %); в 2015 году – в возрасте 31-40 лет наблюдалось 7 человек (1,0 %), в возрасте 41-50 лет – 41 (5,9 %), в возрасте 51-60 лет – 116 (16,8 %), в возрасте 61-70 лет – 281 (40,7 %), в возрасте старше 70 лет – 246 человек (35,6 %).

Распределение больных глаукомой по полу: в 2013 году – женщин 412 человек (63 %), мужчин 242 человека (37 %); в 2014 – женщин 424 человека (62,5 %), мужчин 255 человек (37,5 %); в 2015 году – женщин 430 человек (62,3 %), мужчин 261 человек (37,7 %).

Распределение глаз пациентов по форме глаукомы: в 2013 году – открытоугольная глаукома (ОУ) на 543 глазах (85,3 %), закрытоугольная (ЗУ) на 58 (9,1 %), смешанная форма глаукомы на 35 глазах (5,5 %); в 2014 – ОУ на 563 глазах (84,6 %), ЗУ на 62 (9,3 %), смешанная на 40 глазах (6,0 %); в 2015 году – ОУ на 575 глазах (85,3 %), ЗУ на 56 (8,3 %), смешанная на 43 глазах (6,3 %).

Распределение глаукомы по степени компенсации: в 2013 году – компенсированная на 867 глазах (90,8 %), субкомпенсированная на 77 (8,1 %), некомпенсированная на 10 глазах (1,1 %); в 2014 – компенсированная на 912 глазах (90,0 %), субкомпенсированная на 85 (8,4 %), некомпенсированная на 16 глазах (1,6 %); в 2015 году – компенсированная на 913 глазах (89,5 %), субкомпенсированная на 86 (8,4 %), некомпенсированная на 21 глазу 2,1 % [3].

Распределение глаукомы по стадиям на глазах у больных, находившихся на динамическом наблюдении: в 2013 году – I стадия на 578 глазах (60,6 %), II стадия на 222 (23,2 %), III стадия на 99 (10,4 %), IV стадия на 55 глазах (5,8 %); в 2014 – I стадия на 594 глазах (58,6 %), II стадия на 237 (23,4 %), III стадия на 113 (11,2 %), IV стадия на 69 глазах (6,8 %); в 2015 году – I стадия на 603 глазах (59,1 %), II стадия на 227 (22,3 %), III стадия на 109 (10,7 %), IV стадия на 81 глазу (7,9 %).

Распределение глаукомы по стадиям у вновь выявленных больных: в 2013 году – I стадия на 41 глазу (64,0 %), II стадия на 20 (31,3 %), III стадия на 3 глазах (4,7 %); в 2014 – I стадия на 35 глазах (61,4 %), II стадия на 19 (33,3 %), III стадия на 3 глазах (5,3 %); в 2015 году – I стадия на 36 глазах (67,9 %), II стадия на 14 (26,4 %), III стадия на 3 глазах (5,7 %).

Глаукома часто протекает на фоне атеросклероза, гипертонической болезни, сахарного диабета, заболеваний щитовидной железы, хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы. Поэтому этих пациентов, находящихся на динамическом наблюдении, направляют на консультации к терапевту, кардиологу, эндокринологу, невропатологу.

По данным профосмотров по поликлинике №1 г. Архангельска выявлено больных глаукомой в 2013 году – 64 человека; в 2014 – 57 человек; в 2015 году – 52 человека.

Количество случаев временной нетрудоспособности больных глаукомой: в 2013 году – 20 случаев, в 2014 – 18, в 2015 году – 14 случаев. Количество дней нетрудоспособности: в 2013 году – 932 дня, в 2014 – 734, в 2015 году – 591 день. Средняя продолжительность больничного листа: в 2013 году – 46,6 дней, в 2014 – 40,78, в 2015 году – 42,3 дней. Отмечается постепенное снижение нетрудоспособности больных глаукомой от 2013 к 2015 году.

Выводы: 1. Среди больных глаукомой наиболее многочисленную возрастную группу составляют лица старше 60 лет (в 2015 году: группа 61-70 – 41,2 % и старше 70 – 35,7 %).

2. На диспансерном учете по глаукоме большинство составляют женщины, возможно в связи с большей продолжительностью жизни и более внимательному отношению к своему здоровью (в 2015 году – 62,3 %).
3. Среди лиц, имеющих заболевание глаукома наибольший процент составляет открытоугольная форма (в 2015 году – 85,3 %).
4. По степени компенсации преобладают компенсированные формы (в 2015 году – 89,5 %).
5. В категории лиц с впервые выявленной глаукомой стабильно преобладают больные с I стадией заболевания (в 2015 году – 59,1 %).
6. Больше всего на учете состоит больных с I стадией глаукомы (в 2015 году – 67,9 %).
7. Диспансерное наблюдение пациентов с глаукомой эффективно и обязательно для сохранения зрения и снижения прогрессирования заболевания у большинства из них.

Литература:

- 1.Егорова Е.А.. Глаукома. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –824 с.
- 2.Кански Дж. Глаукома. 2010г – 104с
- 3.Алексеев В.Н., Куликова Н.К., Чекурова Л.В., Тубаджи Ессам. О стабилизации процесса у больных первичной открытоугольной глаукомой при длительном наблюдении// Глаукома: теория и практика: Спб., 2012.- С.18-20.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ

Спиридонова Л.В.

*ФГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет». Кафедра офтальмологии Студент V курса. Лечебный факультет. E- mail: spiridonovvictor@mail.ru
Научные руководители: к.м.н. Кузнецова Н.А., д.м.н. Коновалов А.В.*

Аннотация: В настоящее время основными методами лечения отслойки сетчатки (ОС) служат хирургические вмешательства. В зависимости от состояния стекловидного тела и сетчатой оболочки, вида ОС, ее площади и давности возникновения, наличия разрывов сетчатки, лечение может быть проведено экстрасклеральными методами или с использованием витреоретинальной хирургии [10,14].

Ключевые слова: отслойка сетчатки, субретинальная жидкость, витреоретинальная хирургия.

Вопросы лечения отслойки сетчатки остаются актуальными в современной офтальмохирургии и составляют не только медико – социальную, но и экономическую проблему. Отслойка сетчатки занимает одно из ведущих мест в структуре причин слабосидения, слепоты и первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста. При раннем хирургическом лечении ОС прогноз благоприятный, можно достичь не только хорошего анатомического, но и функционального результата [11, 12].

К основным методам хирургического лечения ОС можно отнести следующие.

1. Лазерная коагуляция сетчатки. Показанием для ее проведения служат выявленные участки истончения сетчатой оболочки, свежие разрывы без отслоения или плоская нераспространенная отслойка. Лазером наносят точечные коагуляты с образованием рубцов, которые блокируют края разрыва и препятствуют проникновению жидкости под сетчатку [14, 13].

2. Криопексия сетчатки. Аппликатором с жидким азотом проводят замораживание ткани, что формирует спаечный процесс и блокирует края разрыва. Данный вид оперативного вмешательства редко используется как самостоятельная операция, чаще применяется в комбинации с пломбированием склеры [6, 8].

3. Пломбирование склеры при ОС. Эписклеральное пломбирование распространено из-за своей простоты, безопасности и эффективности. В качестве пломбирующего материала используют мелкокачественную силиконовую губку, которую подшивают снаружи к глазному яблоку, вдавливая стенку глаза и приближая ОС к сосудистой оболочке, блокируя тем самым разрыв сетчатки на валу вдавления. В зависимости от объема вдавления и расположения пломб эписклеральное пломбирование может быть локальное и круговое.

Круговое пломбирование склеры (цирклиж) применяют в тяжелых случаях, когда имеются множественные разрывы сетчатки в нескольких квадрантах.

Цирклиж силиконовой лентой или круговое пломбирование склеры силиконовым пористым жгутом проводится в случаях отслойки сетчатки глаза с выраженными тракциями стекловидного тела на сетчатку при обширных участках периферической дистрофии [6].

Эписклеральная операция при ОС может выполняться как самостоятельный метод хирургического лечения, так и в комбинации с эндовитреальным вмешательством [2, 5].

4. Витреоретинальная хирургия. Одним из основных элементов этих хирургических вмешательств служит витрэктомия – удаление измененного стекловидного тела, фиброваскулярных тяжей и пререти-

нальных мембран. ОС расправляют с помощью перфторуглеродистых соединений, прижимают и фиксируют к подлежащей сосудистой оболочке с помощью лазера. По завершению операции полость глаза заполняется специальным сбалансированным физиологическим раствором или стерильным воздухом, которые замещаются в дальнейшем собственной внутриглазной жидкостью [3, 4].

В ряде случаев для формирования надежного хориоретинального сращения в местах проведения лазерной коагуляции сетчатки производят тампонаду полости глаза силиконовым маслом, которое изнутри придавливают сетчатку к сосудистой оболочке [1, 7].

5. Метод 25G – витрэктомия – это удаление измененного стекловидного тела с использованием инструментов диаметром 25G. Особенность техники витрэктомии 25G(калибра) – это введение хирургических инструментов через порты (мандрены), имплантирующиеся без предварительных разрезов конъюнктивы и склеры, с помощью троакаров диаметром 25G. Поскольку ирригационную систему просто фиксируют в порте, появляется возможность свободно переставлять подачу из одного порта в другой в ходе операции и менять положение инструментов – это важное преимущество, обеспечивающее доступ к разным зонам глазного дна. [3, 4, 5].

Применение современных витреоретинальных хирургических технологий позволяет добиваться медицинской реабилитации у большинства оперированных пациентов. Эндовитреальный 25G метод является высокоэффективным, достаточно безопасным, хорошо предсказуемым, он позволяет повысить анатомическую и функциональную эффективность лечения по сравнению с традиционным эписклеральным методом [9].

Литература:

1. Абдхиша Р. Бхавсара . Пер. с англ. . Под науч. ред. С.Э. Аветисова, В.П. Еричева. Витреоретинальная хирургия. Издательство « Логосфера». 2005. С. 55 – 86.
2. Байбородов Я.В. Прогнозирование функциональных исходов витреоретинальных операций // Дисс. канд.мед.наук. Санкт-Петербург. 2006. С. 5 – 7.
3. Бибков М.М., Суркова В.К., Сережин И.Н., Алтынбаев У.Р. Витреоретинальная хирургия. Уфа. 2008. 182 с.
4. Захаров В.Д. Витреоретинальная хирургия. Монография. М.. 2003. С. 32-56.
5. Копеева В.Г. Витреоретинальная хирургия. Метод 25G – витрэктомия // Вестник офтальмологии. 2012. №2. С. 8 – 11.
6. Кочмала О.Б., Запускалов И.В., Кривошеина О.И., Дашко И.А. Хирургия отслойки сетчатки: современное состояние проблемы // Вестник офтальмологии. 2010. № 6. С. 46 – 49.
7. Маляцинский И.А., Захаров В.Д., Ходжаев Н.С., Горшков И.М. Хирургическое лечение отслойки сетчатки на основе микроинвазивной эндовитреальной хирургии 25G. Научная статья по медицине и здравоохранению // Журнал практическая медицина. В. 59, Т. 2. 2012. С. 117 – 118.
8. С.А. Обрубов, Г.В. Ставицкая, И.Б. Медведев, А.А. Древаль. Экспериментальная офтальмология: морфологические основы новых технологий лечения. М.: Бином, 2013. 58с.
9. Озроков А. Х., Чередниченко М.Л., Яковлева Л.В., Мосалам Э.М. Результаты хирургического лечения отслойки сетчатки // Медицинский вестник Северного Кавказа. В. 4. Т. 2. 2008. С. 53-54.
10. Олвер Дж. и др.; Пер. с англ.; Под ред. Е.А. Егорова. Наглядная офтальмология. ГЭОТАР-Медиа. 2017. С. 142-146.
11. Османов Р.Э., Фабрикантов О.Л., Османов Э.М. К вопросу о лечении регматогенной отслойки сетчатки // Вестник Тамбовского университета. 2014. В.6. Т. 19, 38 с.
12. Старкова Т.С., Козина Е.В., Гололобов В.Т., Кузовников В.В., Хомуха Г.А. Хирургическое лечение тяжелых форм отслоек сетчатки // Бюллетень Восточно-Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. В. 6. 2011. 89 с.
13. Шкворченко Д.О., Какунина С.А., Белоусов Е.В. Лечение свежей регматогенной отслойки сетчатки с использованием техники микроинвазивной витрэктомии // Практическая медицина. В. 59. Т.2. 2012. С. 151-152.
14. Шмыков А.В., Авдеев Р. В., Ведринцева Н. В. Эписклеральное пломбирование при отслойке сетчатки // Вестник Тамбовского университета. В. 3. Т. 2. 2013. С.719 .
15. Херш П.С., Загельбаум Б.М., Кремерс С.Л.; Пер. с англ. Офтальмохирургия. М. 2016. 256с.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСИМЕРЛАЗЕРНОЙ ХИРУРГИИ МЕТОДОМ LASIK В ГАУЗ АО АКОБ ЗА 2016 – 2017ГГ.

Тарабукина Е.И.,¹ Дойков М.В.,² Дойков В.М.³

Россия, Архангельск

1 – Северный государственный медицинский университет. Кафедра офтальмологии.

Клинический интерн. E-mail: 742617000027tapa@gmail.com

2 – ГАУЗ АО «Архангельская клиническая офтальмологическая больница».

Врач-офтальмолог.

3 – ГБУЗ АО КЦГБ им. святителя Луки (В.Ф. Войно – Ясенецкого). Врач-офтальмолог

Научный руководитель: к.м.н. Кузнецова Н.А.

Аннотация: В настоящее время количество рефракционных операций растет с каждым годом. LASIK (Laser in situ keratomileusis) является эффективным методом для коррекции аметропии разных степеней. С 1997 года LASIK стал завоевывать все больше внимания как со стороны рефракционных хирургов, так и со стороны пациентов[1]. В этой статье проанализированы исходы и осложнения 243 операций LASIK на базе центра амбулаторной хирургии с офтальмологическим дневным стационаром в ГАУЗ АО АКОБ, проведенных за период с сентября 2016 г. по февраль 2017 г. По поводу миопии и миопического астигматизма было сделано 241 операция; по поводу гиперметропического астигматизма – 2 операции. Все операции выполнялись на эксимерном лазере Alcon Wave Light EX500, оптическая зона – 6,5-7,0 мм, переходная – 7,6–9,0 мм. Использовался один тип микрокератома – Moria LSK-Evolution 3 – головка кератома 90/130 микрон, вакуумные кольца от –1 до +2, автоматический горизонтальный срез.

Ключевые слова: LASIK, эксимерлазерная рефракционная хирургия.

Нами проанализировано оперативное лечение 122 пациентов (243 глаза), из них у 120 пациентов (98,4 %) LASIK выполнялся одномоментно на обоих глазах, у 1 пациента – на 1 глазу и у 1 пациента – на обоих глазах с интервалом в 1 месяц. Возраст пациентов составил от 18 до 45 лет. Оперативное вмешательство проводилось под местной анестезией. После операции назначались местно: антибиотик Tobramycin 0,3 % 4 раза в день в течение 7 дней, Dexametason 0,1 % по схеме (первая неделя – 3 раза в день, вторая неделя – 2 раза, третья неделя – 1 раз в день), искусственная слеза на 2 месяца 4-5 раз в день.

У пациентов наблюдалась миопия от –1,25 до –10,50 D, астигматизм от –0,25 до –4,75 D. Исходная некоррегированная острота зрения у 82 % больных составила от 0,03 до 0,1; у 18 % пациентов – от 0,2 до 0,7. Некоррегированная острота зрения после операции составила 0,7 и выше у 94 % пациентов, из них 1,0 и выше у 78 % пациентов. Максимальная острота зрения снизилась после операции на одну строчку и более у 7,8 % пациентов.

Из осложнений выделяют интраоперационные, послеоперационные и осложнения отдаленного послеоперационного периода.

Так как срок наблюдения наших пациентов составил в среднем 4 дня (ввиду неявки пациентов на контрольный осмотр через месяц), то проводился анализ только интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений.

Как правило, интраоперационные осложнения связаны с техническим обеспечением операции: потеря вакуума или его недостаточность во время среза, дефекты лезвия, неверно выбранные параметры вакуумных колец и стопоров. Вышеперечисленные причины могут привести к осложнениям, связанным с лоскутом (flap). Согласно статистическим данным ряда авторов встречались следующие осложнения, связанные с лоскутом: тонкий flap – 0,1 %, неравномерный flap (ступенька) – 0,1 %, button-hole (лоскут с круглым дефектом в центре) – 0,04 %, полный срез (free cap) – 0,3 %, неполный срез – 0,56 %, расщепленный срез – 0,02 %; дефекты эпителия – 1,43 %[1].

К группе послеоперационных осложнений относятся: смещение, отек поверхностного лоскута, воспалительные явления, врастание эпителия, неспецифический диффузный интраламеллярный кератит.

В проанализированных нами случаях вышеперечисленные интраоперационные и послеоперационные осложнения не наблюдались.

Дебрис и включения (“мусор” под лоскутом) биомикроскопически можно обнаружить практически всегда, однако не было ни одного случая, чтобы это повлияло на функциональный результат.

Наибольшая группа осложнений связана непосредственно с абляцией. Гипокоррекция (меньший рефракционный эффект операции) отмечали в 10,3 % случаев. Гиперкоррекцию (большой эффект операции на 0,75 D и выше) встречали значительно реже (0,4 %).

В дальнейшем при гипокоррекции и гиперкоррекции возможно проведение повторного лазерного вмешательства не ранее чем, через 6 месяцев.

Заключение:

В результате проведенного анализа установлено, что некоррегированная острота зрения после операции LASIK составила 0,7 и выше у 94 % пациентов, из них 1,0 и выше у 78 % пациентов.

Согласно данным ряда авторов частота интраоперационных осложнений составляет 1,3 %. Большее количество осложнений на начальных этапах повсеместного внедрения эксимерлазерной рефракционной хирургии связано с освоением как методики в целом, так и обучением каждого конкретного хирурга[1]. В проанализированных нами случаях интраоперационные осложнения не наблюдались.

Наибольшая группа осложнений связана непосредственно с абляцией. Гипокоррекцию отмечали в 10,3 % случаев. Гиперкоррекцию встречали значительно реже (0,4 %).

Тщательное и подробное обсуждение с пациентом показаний и противопоказаний к конкретной рефракционной операции; понимание пациентом, как и что с ним собираются делать; осознание того, что сам пациент тоже принимает на себя риски, связанные с независимыми от хирурга и аппаратуры осложнениями; выявление врачом необоснованных ожиданий пациента от результата операции – все это позволяет исключить конфликты между больным и врачом, а, следовательно, повысить качество рефракционной хирургии в целом [1].

Литература:

1. Першин К.Б., Пашинова Н.Ф. Осложнения LASIK: анализ 12500 операций // РМЖ «Клиническая Офтальмология». 2000. №4. С. 96

ДРЕНАЖИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ

Тюрина Е.Г.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Кафедра офтальмологии. Студентка, 5 курс, лечебный факультет. lizatyrina@yandex.ru.
Научные руководители: к.м.н. Кузнецова Н.А., д.м.н. Коновалов А.В.

Аннотация: В настоящее время сохраняется актуальность проблемы лечения глаукомы, с каждым годом количество больных с этой патологией увеличивается. При выполнении хирургических вмешательств для предотвращения рецидивов повышения внутриглазного давления применяются различные виды дренажей.

Ключевые слова: дренаж, хирургическое лечение, глаукома.

Глаукома – одно из тяжелых офтальмологических заболеваний, которое протекает хронически и приводит к значительному снижению зрительных функций вплоть до полной и необратимой слепоты. Хирургическое вмешательство служит наиболее эффективным методом лечения этого заболевания [1,3,12]. Однако выполнение проникающих операций связано с вероятностью возникновения осложнений в виде рубцевания фильтрационной зоны и др.. Для сохранения новых путей оттока в зоне оперативного вмешательства применяются различные дренажи [2,4,5,9,12,13,14].

В дренажной хирургии глаукомы выделяют в основном три типа дренажей:

- 1) транслимбальные дренажи – сетоны (лат. *saeta seta* – щетина). Они препятствуют срастанию поверхностного и глубокого локутов склеры (аутодренажи, аллодренажи, эксплантодренажи),
- 2) шунты – трубчатые устройства, обеспечивающие прямой отток внутриглазной жидкости из передней камеры в субконъюнктивальное или интрасклеральное пространство (шунт Ex-Press),
- 3) шунтовые устройства (Ahmed, Molteno и др). (клапаны) – обеспечивают регулируемый ток водянистой влаги в зависимости от величины внутриглазного давления [12,13].

Многообразие используемых дренажей свидетельствует о том, что ни один из них не обладает стабильно высокой эффективностью, поэтому ведутся поиски такой модели, которая бы обеспечивала долгосрочное функционирование, была безопасна по переносимости и нетоксична [5, 7].

Примерами гетерогенных дренажей из небиологических материалов могут служить капроновые и мягкие полиуретановые дренажи, дренажи из силикона, благородных металлов, тефлоновые дренажи, дренажи, изготовленные из лейкосапфира, ванадиевой стали [13].

Дренаж « Ahmed », который представляет собой клапанное устройство, состоит из трубочки, соединенной с силиконовым клапаном, заключенным в полипропиленовый корпус-резервуар. Для этих дренажей характерна низкая частота случаев послеоперационной гипотонии. Имплантацию клапана « Ahmed » проводят больным с тяжелыми формами рефрактерной глаукомы, которые связаны с пролиферативной диабетической и посттравматической ретинопатией, травмами глаз, наличием предшествующих антиглаукомных операций, терминальной болящей глаукомой [10,11,14,15].

Современные трубчатые дренажные устройства могут быть классифицированы по наличию или отсутствию сопротивления току водянистой влаги из передней камеры. Дренажные устройства первой группы состоят из трубки, соединенной одним концом с платой, действующей в качестве поверхности для формирования фильтрационной подушечки. В связи с избыточным оттоком внутриглазной жидкости из-за отсутствия сопротивления оттоку при использовании таких дренажей появляются такие осложнения как гипотония, мелкая передняя камера, макулярный отек, цилиохориоидальная отслойка. Представителем этой группы считается имплант « Molteno » с одной платой, состоящий из силиконовой трубки, соединенной с полипропиленовой платой 135 мм² [13].

Другая группа трубчатых дренажных устройств – шунты с наличием сопротивления оттока внутриглазной жидкости – клапаны. Однако, на практике часто наблюдается разница между заявленными производственными и действительными параметрами клапанов. Клапаны могут не закрываться после

первичного открытия в перфузионных тестах при параметрах физиологического тока жидкости, поэтому для этой группы дренажей характерны те же осложнения, что и для трубчатых дренажных устройств первой группы [13].

Одним из последних разработок дренажей является мини-дренаж «Ех – Press». Он был разработан в 1998 г. в Израиле, а с 2009 г. разрешен для широкого применения в хирургии глаукомы на территории РФ. Его название является аббревиатурой от Excessive Pressure Regulation Shunt System. Мини-шунт «Ех – Press» (Alcon) представляет собой трубку из нержавеющей стали длиной 3мм со скошенным дискообразным кончиком. На проксимальном конце имеется шпора для лучшей фиксации и предотвращения дислокации имплантата. Благодаря этому устройству создается устойчивый гипотензивный эффект. Имплантация мини-дренажа отличается простотой выполнения, минимальной травматичностью, отсутствием воспалительных реакций. Этот малоинвазивный метод имплантации существенно расширяет возможности хирургического лечения глаукомы. [6,8,10,15].

Несмотря на многообразие существующих имплантов, антиглаукомные операции сопряжены с риском послеоперационных осложнений. В связи с этим продолжаются исследования по оптимизации дренажей.

Литература:

1. Алексеев В. Н., Левко М.А., Салах Мухаммед Хамед, Тубаджи Ессам. Хирургическое лечение рефрактерной глаукомы // Офтальмологические ведомости. 2011. №3. Т. 4. С.11 – 12.
2. Аубакирова А.Ж., Утельбаева З.Т., Бердишева А.А., Алдашева Н.А., Медетбекова А.Б. Лечение врожденной глаукомы с помощью дренажной хирургии // Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2015. №1. С.21 – 23.
3. Бабушкин А.Э., Оренбуркина О.И. Оптимизация хирургического лечения первичной открытоугольной и вторичной глауком // Вестник Оренбургского государственного университета. 2014. №12 (173). С. 34 – 35.
4. Балакирева Е.В., Бессмертный А.М. Минишунтирование в хирургии глаукомы // Сб. науч. ст. VIII межд. конф. «Глаукома: теория, тенденция, технология». М.. 2010.С. 14 – 15.
5. Гаврилова И.А., Чупров А.Д., Треушников В.М. Теоретическая модель эффективного дренажа для хирургии рефрактерной глаукомы // Современные технологии в медицине. 2012. №3.С.42 – 43.
6. Джумова М.Ф., Марченко Л.Н., Джумова А.А. Опыт имплантации шунта «Ех – Press» в хирургии рефрактерной глаукомы // Клиническая офтальмология. 2012. №4. С. 142 – 143.
7. Зайдуллин И. С., Бабушкин А. Э., Матюхина Е. Н. Новый дренаж для лечения рефрактерной глаукомы // Вестник Оренбургского государственного университета. 2012. № 12. С. 23 – 25.
8. Кисилева О.А., Филиппова О.М., Бессмертный А.М. Минишунт «Ех – press» – новые возможности микроинвазивной хирургии глаукомы // Российский офтальмологический журнал. 2010. № 4, С. 19 – 23.
9. Науменко В.В., Балашевич Л.И., Кладко М.А., Правосудова М.М. Хирургическое лечение рефрактерных форм открытоугольной глаукомы однокомпонентными дренажными устройствами // Вестник Оренбургского государственного университета. 2015. №12. С. 17
10. Николашин С.И., Фабрикантов О.Л. Метод имплантации клапана Ahmed TM с плавным снижением ВГД. Технология хирургического лечения рефракторной глаукомы // Вестник Тамбовского университета. Тамбов. 2012. Т. 17. С. 249 – 253.
11. Николашин С.И., Фабрикантов О.Л. Хирургическое лечение терминальной глаукомы с использованием дренажной клапанной системы «Ahmed TM» // Вестник Тамбовского университета. Серия Естественные и технические науки. Тамбов. 2012. Т. 17.. С. 245 – 249.
12. Светозарский С.Н., Масленникова Ю.А., Аникеева М.В. Современные технологии хирургического лечения открытоугольной глаукомы // Современные технологии в медицине. 2014. №1. Т. 6. С.54 – 56.
13. Тахчиди Х. П., Чеглаков В. Ю. Дренажи в хирургии рефрактерной глаукомы // Рефракционная хирургия и офтальмология. 2009. № 3.Т. 9.С. 34 – 36.
14. Фабрикантов О. Л., Николашин С. И., Пирогова Е. С. Хирургия рефрактерной глаукомы – показания, осложнения, исходы // Вестник Тамбовского университета. 2016. №1. С.204 – 207.
15. Харша А. А., Манцева Я. Ю. Эффективность оперативного лечения больных рефрактерной глаукомой с использованием клапана «Ahmed» и шунта «Ех-PRESS» // Офтальмологические ведомости. 2012. № 2. С.57 – 65.

КАРИЕС ЗУБОВ У ПОДРОСТКОВ 15 ЛЕТ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ТРЕТЬЕГО НАЦИОНАЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Бондаренко С.А., Зорин П.М. ¹

Северный государственный медицинский университет. Кафедра детской стоматологии.

¹ Студенты 5 курса стоматологического факультета

E-mail: zorin121293@gmail.com

Научный руководитель: к.м.н., доцент, магистр общественного здоровья Горбатова М.А., ассистент кафедры Шидловская С.В., Попова Д.А.

Аннотация: В статье представлена информация о распространенности и интенсивности кариеса зубов у подростков 15 лет Архангельской области по данным третьего национального стоматологического обследования в сравнении с данными, 2008-2009 гг.

Ключевые слова: кариес, КПУ, уровень стоматологической помощи.

Актуальность. Последнее эпидемиологическое стоматологическое обследование было проведено в России и, в том числе, в Архангельской области в 2008-2009 гг. Для организации рациональной стоматологической помощи и создания программ профилактики большое значение имеют актуальные сведения о состоянии стоматологического здоровья детского населения.

Цель. Изучить распространенность и интенсивность кариеса зубов 15-летних детей Архангельской области по стандартизированной методике ВОЗ и сравнить с данными 2008-2009 гг.

Материалы и методы. Нами проведено комплексное стоматологическое обследование 1195 подростков 15 лет по методике Европейского бюро ВОЗ (WHO 5th edition) с использованием карты ВОЗ, разработанной Р.Е. Peterssen (2013) в модификации профессора П.А. Леуса [1]. Критерии включения: относительно здоровые дети, воспитывающиеся в семьях, обучение в данной школе и присутствие на момент исследования, наличие добровольного информированного согласия, подписанного подростком.

Статистическая обработка производилась с помощью статистических прикладных программ SPSS 21.0 (SPSS 21.0 for Windows, Statistics Package for Social Science, SPSS Inc., США). Распространенность и средние значения показателей рассчитывались для всей выборки с 95 % доверительными интервалами (95 % ДИ) по методу Wilson's для пропорций и в SPSS для количественных данных [2]. Различия в распространенности и средних значениях показателей среди мальчиков и девочек анализировались с помощью Pearson's Chi-square test (χ^2) и Mann-Whitney U-test соответственно [3]. Критический уровень значимости p выбран 0.05.

Результаты и их обсуждение. Проведенное обследование показало, что распространенность кариеса у подростков 15 лет составила 87.5 %, что ниже распространенности кариеса по сравнению с данными 2009 года (87.5 % и 90.4 %, соответственно, $p=0.001$). Это можно объяснить тем, что стоматологическая помощь стала более доступной для населения и происходит улучшение ее профилактической направленности [4].

Интенсивность кариеса зубов по Архангельской области составляет 4.57, что практически в 2 раза превышает цели ВОЗ по данному показателю 2.3, однако, показатель снизился по сравнению с 2009 годом (4.99) ($p<0.001$).

В структуре индекса КПУ на компонент «К» приходилось в среднем 1.56 пораженных зуба на одного подростка, что превышает цели ВОЗ 2020 (0.5) практически в 3 раза. Однако данный показатель значительно снизился в сравнении с 2009г (2.61), ($p<0.001$). В структуре индекса КПУ компонент «П» по сравнению с предыдущими данными также снизился (2.18 и 2.89 соответственно, $p<0.001$), а компонент «У» не изменился, (0.12 и 0.13, соответственно, $p=0.657$).

Нами было обнаружено, что у девушек запломбированных зубов больше, чем у юношей, а кариозных зубов больше у юношей ($p=0.001$) и ($p<0.001$) соответственно. Из этого следует, девушки характеризуются лучшим отношением к здоровью полости рта и эстетике зубов [5].

Вывод. Проведенное обследование показало средний уровень распространенности (87.5 %) и высокий уровень интенсивности (4.57) кариеса зубов среди 15-летних подростков Архангельской области. Однако полученные данные по-прежнему превышают цели ВОЗ 2020, что требует разработки мероприятий по улучшению ситуации.

Литература:

1. World Health Organization. Oral Health Surveys Basic Methods, 5th Ed. – WHO Geneva. – 2013. – 125 p

2. Grijbovski AM. Confidence intervals for proportions. Human Ecology. 2008; 14: 57-6
3. Field, AP. (2005): Discovering statistics using SPSS. 2nd edn. ed. Wright, D.B. p779. London, Sage Publications
4. Яновский Л.М. Новая специальность в составе среднего медицинского звена – Стоматология профилактическая // Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2014. №5. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/novaya-spetsialnost-v-sostave-srednego-meditsinskogo-zvena-stomatologiya-profilakticheskaya> (дата обращения: 30.11.2016)
5. Кленовская, М.И. Динамика интенсивности кариеса зубов в подростковом возрасте / М.И. Кленовская, Т.И. Бондаренко / под научной редакцией к.м.н., доц. Л.Н.Дроботько: Сборник трудов V научно-практической конференции с международным участием: Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний. – Москва, Санкт-Петербург 13 мая 2009. – С.69-70.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПОДРОСТКОВ 15 ЛЕТ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2008 И 2016 ГОДАХ

Жилина А.Е., Мясоедова Н.А.¹

Северный государственный медицинский университет.

Кафедра стоматологии детского возраста

¹ Студенты 5 курса стоматологического факультета

E-mail: klerasobaka@gmail.com

Научный руководитель: к.м.н., доцент, магистр общественного здоровья Горбатова М.А., ассистент кафедры Ладыгина Е.Н., ассистент кафедры Попов В.А.

Аннотация: В настоящей статье представлены сведения о распространенности и интенсивности воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) у подростков 15 лет в Архангельской области (АО) в сравнении с данными 2008-2009 гг.

Ключевые слова: пародонт, распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта.

Актуальность. Предыдущее эпидемиологическое стоматологическое обследование было проведено в России и, в том числе, в Архангельской области в 2008-2009 гг. Сведения о состоянии стоматологического здоровья детского населения имеют большое значение для организации рациональной стоматологической помощи и создания программ профилактики.

Цель. Изучить распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта 15-летних подростков Архангельской области по стандартизированной методике ВОЗ, а также сравнить показатели с данными 2008-2009 гг.

Материалы и методы. Нами проведено комплексное стоматологическое обследование 1195 подростков 15 лет по методике Европейского бюро ВОЗ (WHO 5th edition) с использованием карты ВОЗ, разработанной Р.Е. Peterssen (2013) в модификации профессора П.А. Леуса [1]. Дети обследовались в случайном порядке. Критерии включения: относительно здоровые дети, воспитывающиеся в семьях, обучение в данной школе и присутствие на момент исследования, наличие добровольного информированного согласия, подписанного подростком.

Статистическая обработка производилась с помощью статистических прикладных программ SPSS 21.0 (SPSS 21.0 for Windows, StatisticsPackageforSocialScience, SPSS Inc., США). Распространенность и средние значения показателей рассчитывались для всей выборки с 95 % доверительными интервалами (95 % ДИ) по методу Wilson's для пропорций и в SPSS для количественных данных [2]. Различия в распространенности и средних значениях показателей среди мальчиков и девочек анализировались с помощью Pearson's Chi-square test (χ^2) и Mann-Whitney U-test соответственно [3]. Критический уровень значимости p выбран 0.05.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что средний уровень распространенности ВЗП у подростков в целом по АО составил 50.5 % и снизился по сравнению с данными предыдущих исследований (65.1 %) ($p<0.001$).

У юношей показатель распространенности ВЗП оказался значительно выше – 59.4 %, чем у девушек – 42.3 % ($p<0.001$). Полученный результат можно объяснить тем, что в этом возрасте девушки более тщательно следят за собственной внешностью, в том числе за состоянием зубов и десен, уделяя пристальное внимание гигиене полости рта, тогда как у юношей наблюдается низкая заинтересованность в отношении к собственному здоровью [4]. Показатель распространенности ВЗП у подростков, проживающих в городе (53.5 %) выше, чем у подростков, проживающих в сельской местности (41.1 %) ($p<0.001$). Согласно ряду исследований, уровень физического развития и общего здоровья у детей сельской местности оказался значительно лучше, чем у детей в городах [5, 6, 7].

Нами выявлен в среднем низкий уровень интенсивности ВЗП у 15-летних детей (1.43), что приближается к целям ВОЗ, и в 0.9 раз ниже по сравнению с данными 2009 г ($p=0.003$). У юношей этот показатель в 1.5 раза выше ($p<0.001$), как и у подростков, проживающих в городах ($p<0.001$).

Выводы. Таким образом, показатели распространенности и интенсивности ВЗП у подростков улучшились по сравнению с данными предыдущего обследования, однако распространенность остается сравнительно высокой, что требует разработки мероприятий по её снижению.

Литература:

1. World Health Organization. Oral Health Surveys Basic Methods, 5th Ed. – WHO Geneva. – 2013. – 125 p
2. Grjibovski AM. Confidence intervals for proportions. Human Ecology. 2008; 14: 57-6
3. Field, AP. (2005): Discovering statistics using SPSS. 2nd edn. ed. Wright, D.B. p779. London, Sage Publications
4. Кузьмина Э.М., Смирнова Т.А. Программа изучения интенсивности стоматологических заболеваний среди населения России. // Российский стоматологический журнал. – 2001. – №2. – С.34-35.
5. Спирин В.К. Некоторые морфофункциональные характеристики и показатели физического развития детей Северо-Западного региона разного возраста и уровня здоровья // Теор. и практ. физ. культ. 2000, № 5, с. 25-29
6. Бойченко К.В. Изучение здоровья детей сельской и городской школы // Материалы VIII Международной студенческой электронной научной конференции «Студенческий научный форум» URL: <a href=http://www.scienceforum.ru/2016/1885/25690
7. Суетнова Юлия Юрьевна. Роль гигиенических и социальных факторов в формировании здоровья городских и сельских подростков-школьников : диссертация кандидата медицинских наук : 14.00.07 / Суетнова Юлия Юрьевна; [Место защиты: ГОУВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»]. – Оренбург, 2008. – 136 с. : 16 ил.

БИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЯХ

Статкевич Н.С., Федорович Е.В.

ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России.

Кафедра стоматологии детского возраста.

Студентки 5 курса стоматологического факультета.

Научные руководители: к.м.н., доц. Ларионов С.Н., магистр общественного здоровья (МРН), асс. Пастбин М.Ю.

Аннотация: Биометрические методы исследования моделей челюстей являются неотъемлемым методом диагностики зубочелюстных аномалий. Анализ диагностических моделей позволяет не только выявить патологию, но и скоординировать дальнейшие действия как стоматолога-ортодонта, так и смежных специалистов.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, биометрический анализ, диагностические модели челюстей.

В ходе выполнения данного исследования в отечественных и зарубежных литературных источниках нами были выделены 33 метода для проведения биометрического анализа диагностических моделей.

Целью данной работы было обобщить методики биометрической диагностики для оптимизации применения их в ортодонтической практике. В ходе выполнения исследования нами были произведены расчеты показателей, применимых для каждой отдельной методики с временным хронометражем, а также был проведен анализ полученных данных с последующим выделением наиболее эффективных методик.

В данной статье представлен фрагмент анализа диагностических моделей с различными ортодонтическими патологиями, а именно: дистальным, мезиальным, открытым, перекрестным прикусом, а также с аномалией зубных рядов.

Для удобства данные были представлены в виде таблицы (табл.1).

Метод/прикус	Перекрестный	Дистальный	Мезиальный	Открытый	Аномалия зубных рядов
Пона-Линдера-Харта	6	4	6	5,5	5

Метод/прикус	Перекрестный	Дистальный	Мезиальный	Открытый	Аномалия зубных рядов
Коркхауза	2,5	2	2	2	2
Снагиной	7	7	7	7	7
Апик.базис по Рису	6	6,5	5	5	4
Индекс Тонна	3	2,5	2,5	2,3	2,5
Герлаха	6	6	6	6	5
Фусса	3	4	3,5	3,5	4
Меррифила	3	3	3	3	3
Литтла	2,5	2	2	2	2
Нансе	3,5	4,5	3,5	3,5	3,5
Фронтальной недостаточности	3	2,5	2,5	2	3
По Эшли Хоул	6,5	5,5	7	6,5	5
По Вейн А. Болтону	8	6	6	5,5	6
Кери	3	2,5	2,5	2,5	2,5
Лондонской Королевской больницы	3,5	3	2,5	3	3

Табл.1. Таблица средних временных затрат на изучение моделей челюстей (в минутах). Выделенным шрифтом обозначены методы, потребовавшие меньшего количества времени (2-3,5 минуты)

Как мы можем видеть, выявилась определенная тенденция, которая говорит о том, что наиболее быстрыми для проведения анализа диагностических моделей стали методы по Коркхаузу, Меррифилу, Литтлу, Нансе, Кери, метод Лондонской Королевской больницы, фронтальной недостаточности и вычисление индекса Тонна. К сожалению, в данном перечне нет ни одной отечественной методики, что говорит об определенной тенденции зарубежных коллег к экономии времени, требуемого для проведения диагностических мероприятий.

С целью определения информативности той или иной методики было подсчитано количество проведенных измерений, которые были необходимы для получения и интерпретации результатов (табл.2).

Метод	Информационные единицы
Пона-Линдера-Харта	6
Коркхауза	2
Снагиной	10
Апик.базис по Рису	4
Индекс Тонна	3
Герлаха	6
Фусса	8
Меррифила	3
Литтла	3
Нансе	6
Фронтальной недостаточности	6
По Эшли Хоул	14
По Вейн А. Болтону	8
Кери	3
Лондонской Королевской больницы	10

Табл.2. Таблица полученных информационных единиц в рамках выполнения определённого метода биометрии

Самыми информативными оказались методики по Снагиной, Вейн А.Болтону, Эшли Хоул, Герлаху, Фуссу, Нансе, метод Пона-Линдера-Харта, фронтальной недостаточности, Лондонской Королевской больницы.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что не следует пренебрегать методиками, которые возможно и не показали хорошие результаты по времени, но зарекомендовали себя довольно информативными. Такие методики часто содержат не только данные, необходимые для трактовки конкретного числового значения, но и рекомендации к последующей тактике лечения.

Литература:

1. Образцов, Ю. Л., Ларионов, С. Н. Пропедевтическая ортодонтия: учебное пособие / Ю. Л. Образцов, С.Н. Ларионов, 2007.-160 с.: ил.;
2. Пособие для врачей-стоматологов-ортодонт «Биометрическая диагностика при изучения моделей челюстей»./-Белорусская Медицинская Академия Последипломного Образования, Минск, 2006 – 15 с.;
3. William R. Proffit, Henry W. Fields, Jr., David M. Sarver, Contemporary Orthodontics, 5th Edition / William R. Proffit, Henry W. Fields, Jr., David M. Sarver.-Mosby, 2013.-768 p.

ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ

ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ 5 И 6 КУРСОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

Анфалов С.В.¹, Скачкова Т.Н.², Владимирова Е.В.³

1 – Северный государственный медицинский университет. Кафедра поликлинической терапии и сестринского дела. Студент 5 курса 12 группы лечебного факультета
E-mail: anfaloff.ser@yandex.ru

2 – Северный государственный медицинский университет. Кафедра поликлинической терапии и сестринского дела. Студентка 5 курса 12 группы лечебного факультета
E-mail: rrrainbow94@mail.ru

3 – Северный государственный медицинский университет. Кафедра поликлинической терапии и сестринского дела. Студентка 5 курса 12 группы лечебного факультета
E-mail: world.27081994@mail.ru

Научный руководитель: к.м.н. Юрьева С.В.

Аннотация: Исследованы факторы риска ХНИЗ у студентов 5 и 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «СГМУ» г. Архангельска

Ключевые слова: факторы риска, ХНИЗ, студенты

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) распространены повсеместно и во всех возрастных группах.[2] По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) ХНИЗ, а именно сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания, хронические респираторные заболевания и сахарный диабет 2 типа, являются причиной 66 % всех случаев смерти в мире.[1] Дети, взрослые и пожилые люди – все уязвимы перед факторами риска, способствующими развитию ХНИЗ, такими как отягощенная наследственность, нездоровое питание, недостаточная физическая активность, табакокурение, употребление алкоголя, повышенный уровень артериального давления, глюкозы и холестерина крови, избыточная масса тела, психоэмоциональные факторы. [3]

Цель исследования: Оценка распространенности факторов риска ХНИЗ и информированности студентов о них.

В исследование было включено 260 студентов 5 и 6 курса лечебного факультета СГМУ г. Архангельска, среди которых 82 (31,5 %) мужчин и 178 (68,5 %) женщин. Изучение факторов риска ХНИЗ проводилось на основании специально разработанной анкеты, состоящей из 48 вопросов, а также путём измерения у студентов АД, ЧСС, объёма талии, роста, массы тела.

Статистический анализ полученных данных производился с помощью пакета прикладных программ SPSS 13.0 и Microsoft Excel 2007.

Эксперты ВОЗ утверждают, что развитие почти половины всех заболеваний связаны со стрессом. [3] Вне сомнения, учебная деятельность в медицинском ВУЗе способствует снижению стрессоустойчивости. По нашим данным, эмоциональное напряжение испытывают 249 (95,6 %) студентов, причем соотношение по полу не имеет различий, т.е. стрессу подвержены с одинаковой частотой как девушки, так и юноши. Следует отметить, что 10 (3,8 %) мужчин и 7 (2,7 %) женщин снимают стрессовые ситуации путём употребления спиртных напитков и табакокурения. Дополнительной нагрузкой к учебной деятельности является занятость студентов на работе. По нашим данным трудоустроено 122 (46,9 %) учащихся. Следует отметить, что более половины работающих студентов, а именно 83 (68,0 %) студента подвержены дополнительным психоэмоциональным нагрузкам в виде труда в ночное время.

Рациональность питания студентов оценивалась по кратности приёма пищи, а также по количеству потребления в сутки овощей и фруктов. Достаточным считается употребление не менее 400 г овощей и

фруктов (не менее 5 порций) в сутки. Менее 4-х раз в день питается 132 (50,4 %) студента. Причём 1/5 студентов, т.е 57 (21,9 %) человек не завтракают в принципе. Достаточное количество овощей и фруктов в сутки употребляет лишь 5 (1,9 %) учащихся, среди которых всего 1 юноша и 4 девушки.

Оценка табакокурения включала в себя дебют курения, количество выкуриваемых сигарет в день, а также делался акцент на пассивное курение. Согласно полученным данным, курит 47 (18,1 %) студентов старших курсов. Среди опрошенных курящими были 22 (8,5 %) девушки и 25 (9,6 %) юношей. Самый ранний дебют курения у данной категории лиц приходился на 5 лет у 3 (6,4 %) студентов, в школьном возрасте начали курить 26 (55,3 %) человек, а остальные – после поступления в ВУЗ. Выкуривается 1 пачка сигарет в день 6 (12,8 %) юношами, более 10 сигарет употребляется 7 (14,8 %) студентами и 3 (6,4 %) студентками. Большинство обучающихся – 31 (66 %) человек выкуривает менее 10 сигарет в сутки. Пассивное курение отмечается у 178 (68,5 %) опрошенных.

Употребляют алкоголь 216 (82,3 %) студентов старших курсов, из них 144 (80,9 %) девушки и 70 (85,4 %) юношей. Ранний дебют употребления алкоголя – до 14 лет отмечен у 60 (23,1 %) студентов. Не употребляют алкоголь в настоящее время 46 (17,7 %) опрошенных, ежедневно употребляют алкоголь 2 (0,8 %) человека, 1 раз в неделю – 19 (7,3 %) студентов и 2-3 раза в неделю – 8 (3,1 %) учащихся. Остальные студенты употребляют алкоголь реже.

Физическая активность являлась достаточной, если обследуемый ходит более 3 км в день. Гиподинамия отмечается у 99 (38,1 %) студентов.

Общеизвестно, что повышенный уровень глюкозы и общего холестерина крови является важным фактором риска в плане развития сердечно-сосудистой патологии. Наши исследования показали, что только 26,9 % опрошенных знают свой уровень холестерина, причём у 14 (5,4 %) человек он оказался повышенным, т.е. более 5 ммоль/л, среди них 6 юношей и 8 девушек. Уровень сахара в крови знают 26 (31,7 %) юношей и 59 (33,1 %) девушек, причём у 2 (2,4 %) студентов и у 1 (0,6 %) студентки он повышен.

Исследовалось также наличие у студентов абдоминального ожирения, т.е. объём талии >80 см у женщин и >94 см у мужчин. Абдоминальное ожирение отмечается у 30 студентов (11,53 %), среди них 12 мужчин и 18 женщин. Избыточная масса тела устанавливалась при индексе массы тела (ИМТ) более 25 кг/м², ожирение – при ИМТ более 30 кг/м². По результатам исследования, избыточная масса тела отмечалась у 34 (13,1 %) человек, из них 11 (4,2 %) девушек и 23 (8,9 %) юноши. Ожирением 1 степени страдают 4 (1,5 %) женщины и 5 (1,9 %) мужчин. Ожирение 2 степени диагностировано у одного юноши, ожирение 3 степени – у двух юношей.

Диагноз артериальной гипертензии ставился при условии, если систолическое артериальное давление (САД) при трёхкратном измерении превышало 140 мм.рт.ст. или при уровне диастолического артериального давления (ДАД) >90 мм.рт.ст. По нашим данным, систолическая артериальная гипертензия 1 степени выявлена у 12 (4,6 %) человек, из них 1 девушка и 11 юношей. Систолическая артериальная гипертензия 2 степени установлена у 1 юноши. Диастолическая артериальная гипертензия 1 степени у 18 (6,9 %) студентов, из них 12 юношей и 6 девушек, а 2 степени – у одного обследуемого и одной обследуемой.

Отмечается отягощённая наследственность у ближайших родственников по сахарному диабету 2 типа у 64 (26,4 %) студентов; по артериальной гипертензии у 178 (68,5 %); по нарушению ритма сердца у 35 (13,4 %); по острым нарушениям мозгового кровообращения у 48 (18,5 %) и по инфаркту миокарда у 41 (15,8 %) человека.

Таким образом, у студентов старших курсов лечебного факультета выявлен высокий уровень таких факторов риска, как воздействие стресса, курение, в том числе пассивное, нерациональное питание, употребление алкоголя. Реже встречается повышенный уровень артериального давления, глюкозы и холестерина крови, абдоминальное ожирение. Следовательно, риск развития ХНИЗ является высоким. Необходимо профилактическое выявление факторов риска уже в школьном возрасте путём качественного проведения периодических медицинских осмотров.

Литература:

1. Десять ведущих причин смерти в мире // Информационный бюллетень ВОЗ №310 (Май 2014 г.) URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/> (дата обращения: 1.02.2017)
2. Мировая статистика здравоохранения, 2016. – Женева: ВОЗ, 2016. – 136 с.
3. Неинфекционные заболевания // Информационный бюллетень ВОЗ №355 (Январь 2015 г.). URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/ru/> (дата обращения: 28.01.2017)

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ФАСЦИКУЛЯРНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ И СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Бачериков С.Н.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет», кафедра госпитальной терапии и эндокринологии, клинический ординатор по специальности «Кардиология»

Научные руководители: к.м.н. Латухина С.А., к.м.н., асс. Холматова К.К.

Аннотация: В данной статье рассматриваются клинические случаи сочетания фасцикулярной желудочковой тахикардии с асимптомным тяжелым митральным стенозом и хронической ишемической болезнью сердца с многососудистым поражением коронарных артерий.

Ключевые слова: фасцикулярная тахикардия, катетерная абляция, сопутствующая кардиальная патология

Желудочковые нарушения ритма в настоящее время имеют большую социальную значимость поскольку приводят к снижению качества жизни и инвалидизации населения, развитию и прогрессированию сердечной недостаточности, а также увеличению смертности. Среди желудочковых аритмий особую категорию составляют идиопатические желудочковые тахикардии, которые составляют до 2 % всех случаев желудочковых тахикардий, в 6 % случаев могут приводить к развитию аритмогенной кардиомиопатии, а в 10–14 % случаев могут переходить в фибрилляцию желудочков [3]. Наиболее частой формой идиопатических желудочковых тахикардий является фасцикулярная тахикардия (10 – 15 %) [1]. В основе её лежит механизм re-entry с участием в цепи циркуляции волны возбуждения задненижнего разветвления левой ножки пучка Гиса. Она обычно выявляется у молодых лиц, не имеющих признаков органического заболевания сердца, существенно реже – у пожилых пациентов [6]. На поверхностной электрокардиограмме (ЭКГ) продолжительность комплексов QRS обычно не превышает 120 мс, их морфология в прекардиальных отведениях соответствует блокаде правой ножки пучка Гиса (БПНПГ), а электрическая ось сердца отклонена влево [4]. Диагностика данного нарушения ритма для клиницистов вызывает затруднения, а антиаритмическая терапия не дает стойкого положительного результата. Метод выбор в лечении фасцикулярных желудочковых тахикардий – эндокардиальная радиочастотная абляция [2, 5]. Эта форма аритмии, как правило, мало значима для прогноза жизни; исключение составляют пожилые пациенты и пациенты со значимой сопутствующей кардиальной патологией.

Ниже представлены два клинических случая сочетания фасцикулярной желудочковой тахикардии с другой сердечно-сосудистой патологией, наблюдавшиеся на базе отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции (ОХЛНРС) ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич».

Клинический случай №1. Пациент Ш., 58 лет, поступил в экстренном порядке в с пароксизмом тахикардии с широкими QRS. В течение 25 лет (с 1990-х гг.) отмечал у себя приступы внезапного сердцебиения, возникающие и купирующиеся спонтанно, длительностью до 10 – 15 мин. с частотой один раз в месяц. За медицинской помощью не обращался, лекарственных препаратов не принимал. В течение последних четырех лет отмечал учащение данных приступов до 2 – 3 раз в неделю, иногда они возникали несколько раз в день. В мае 2014 г. обследовался, выявлена хроническая ревматическая болезнь сердца с умеренным стенозом митрального клапана (площадь левого АВ отверстия 2,2 – 2,6 см²), гипертоническая болезнь, частая желудочковая экстрасистолия. Клинически не исключалась наджелудочковая тахикардия. Назначенные при выписке препараты постоянно не принимал. В апреле 2016 г. обратился к кардиологу поликлиники по месту жительства, по эхокардиографии (ЭхоКГ) – прогрессирование митрального стеноза (площадь доплером 1,6 см²), по холтеровскому мониторингированию (ХМ) ЭКГ – частая желудочковая экстрасистолия (2952) без пароксизмов тахикардий. 26.05.2016 – очередной приступ сердцебиения длительностью 2 часа, по ЭКГ – тахикардия с широкими QRS с частотой сокращения желудочков (ЧСЖ) 140 в мин. Тахикардия купировалась спонтанно. Был госпитализирован в ОХЛНРС. При чреспищеводной электрокардиостимуляции (ЧпЭКС) (рис. 1) провоцируются пароксизмы тахикардии с широкими QRS (120 мс) и ЧСЖ 140 в мин., частотой предсердного ритма 75 в мин. (полная ВА-диссоциация). ЭОС отклонена влево, морфология QRS по типу БПНПГ. Данные за желудочковую фасцикулярную тахикардию из задненижнего разветвления ЛНПГ. По ХМ ЭКГ зарегистрирован один пароксизм тахикардии с широкими QRS длительностью 5 мин., ЭКГ без ишемических изменений, толерантность к физической нагрузке высокая. При коронароангиографии патологии коронарного русла не выявлено. По ЭхоКГ – прогрессирование митрального порока (регургитация II ст., площадь доплером 1,57 см², градиент давления (ГД) пик. 15,5 мм рт. ст., ГД сред. 6 мм рт. ст.). Консультирован кардиохирургом, показано оперативное лечение – протезирование митрального клапана в плановом порядке после РЧА желудочковой тахикардии. За время наблюдения в отделении состояние пациента стабильное, на фоне терапии бета-блокаторами неоднократно отмечались короткие пароксизмы ЖТ без нарушений гемоди-

намики, купировавшиеся спонтанно. Принято решение направить документы пациента на консультацию в один из федеральных медицинских центров г. Санкт-Петербурга для проведения РЧА желудочковой тахикардии, после чего планируется протезирование митрального клапана. При выписке была назначена антиаритмическая терапия соталолом в дозе 80 мг 2 раза в день.

Клинический случай №2. Пациентка З., 78 лет, поступила в экстренном порядке с частыми (стойкими и нестойкими) пароксизмами желудочковой тахикардии. В анамнезе длительно хроническая ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз. Постоянно принимала бисопролол, лизиноприл. В течение 12 дней до госпитализации стала отмечать приступы сердцебиения длительностью около часа, сопровождавшиеся дискомфортом за грудиной и снижением артериального давления до 90/60 мм рт. ст. Спустя пять дней по этому поводу кардиологом поликлиники был назначен амиодарон 200 мг/сут. После этого дважды вызвала СМП, приступы сердцебиения купировались внутривенным введением амиодарона. По данным ХМ ЭКГ зарегистрировано 12 пароксизмов мономорфной желудочковой тахикардии длительностью до 8 сек., ишемические изменения ЭКГ не обнаружены. При повторном визите к кардиологу поликлиники произошел очередной приступ (без нарушений гемодинамики), госпитализирована. По ЭКГ зарегистрировано начало пароксизма мономорфной тахикардии с ЧСС 130 в мин. и широкими QRS (140 мс), начинающегося с желудочковой экстрасистолы; электрическая ось сердца резко отклонена влево, морфология QRS по типу БПНПГ. При ЧпЭКС (рис. 1) спровоцированы аналогичные пароксизмы тахикардии с частотой желудочкового ритма 140 в мин. и частотой предсердного ритма 70 в мин. (полная ВА-диссоциация), получены данные за фасцикулярную тахикардию из заднего разветвления левой ножки пучка Гиса. По ЭхоКГ – признаки ишемической кардиомиопатии со снижением ФВ до 0,44. По коронароангиографии выявлено многососудистое поражение с окклюзией передней межжелудочковой и правой коронарной артерий в проксимальных отделах и стенозами огибающей артерии и ствола левой коронарной артерии 50-55 %. Консультирована кардиохирургом, показано проведение коронарного шунтирования в плановом порядке. В отделении на фоне терапии бета-блокаторами состояние стабильное, пароксизмы желудочковой тахикардии не рецидивировали. При выписке рекомендовано продолжить терапию бета-блокаторами.

Обсуждение. Представленные клинические случаи иллюстрируют довольно редкое сочетание фасцикулярной желудочковой тахикардии, выявленной в зрелом и пожилом возрасте, с такой кардиальной патологией, как асимптомный тяжелый митральный стеноз и хроническая ишемическая болезнь сердца. Особенностью данных случаев также является то, что эта патология требует самостоятельного хирургического лечения (протезирование митрального клапана и коронарное шунтирование, соответственно). В первом случае тактика первоочередного хирургического лечения аритмии выбрана во избежание высокого риска интраоперационных фатальных желудочковых аритмий при протезировании митрального клапана. Во втором случае, наоборот, в начале планируется проведение коронарного шунтирования, поскольку желудочковая тахикардия может с высокой долей вероятности иметь сочетанную природу (коронарогенная + фасцикулярная). Вследствие этого, после проведения хирургической реваскуляризации миокарда требуется повторное обследование с целью выявления желудочковых аритмий и последующего решения вопроса о необходимости проведения радиочастотной катетерной абляции.

Выводы. Фасцикулярные желудочковые тахикардии занимают важное место в этиологической структуре желудочковых тахикардий. Их диагностика требует тщательного анализа данных электрокардиографии, проведения комплексного обследования для выявления органического поражения сердца и определения индивидуализированной тактики ведения с учётом патофизиологической и клинической взаимосвязи аритмии с выявленной кардиальной патологией и определением, что из них имеет преобладающее клиническое значение.

Литература:

1. Гекова Т.Ю., Меликулов А.Х., Сергеев А.В. Случай успешной диагностики и лечения идиопатической фасцикулярной левожелудочковой тахикардии // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2014. №4. С 3 – 6.
2. Клинические рекомендации Всероссийского научного общества аритмологов по проведению электрофизиологических процедур у пациентов с нарушениями ритма сердца. 2013.
3. Кушаковский М.С., Гришкин Ю.Н. Аритмии сердца (Расстройства сердечного ритма и проводимости. Причины, механизмы, электрокардиографическая и электрофизиологическая диагностика, клиника, лечение): Руководство для врачей. – СПб, 2014. – С. 365.
4. Ревитшвили А.Ш., Рзаев Ф.Г., Варданян З.В. Левожелудочковая фасцикулярная тахикардия: механизмы возникновения, особенности неинвазивной и инвазивной диагностики и лечения // Анналы аритмологии. 2006. №6. С 39 – 47.
5. Рекомендации Европейского кардиологического общества по ведению пациентов с желудочковыми аритмиями и профилактике внезапной сердечной смерти. 2015.
6. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению нарушений ритма и проводимости сердца, утвержденные Обществом специалистов по неотложной кардиологии и профильной комиссией по кардиологии // Кардиологический вестник. 2014. №2.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ОСТРЫМ КИШЕЧНЫМ ИНФЕКЦИЯМ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2006-2015 ГГ.

Видякина А.В., Дурягина О.Н.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра инфекционных болезней. Студенты 5 курса факультета медицинской профилактики и биохимии.

E-mail: vidyakinasasha94@mail.ru.

Научный руководитель: к.м.н. Рогушина Н.Л.

Аннотация: В статье представлен эпидемиологический анализ острых кишечных инфекций на территории Архангельской области за десятилетний период. Проведена оценка основных параметров: показателей заболеваемости, многолетней динамики и интенсивности эпидемического процесса.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, заболеваемость, Архангельская область, население.

К числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний относятся острые кишечные инфекции (ОКИ), которые занимают второе место в структуре инфекционной заболеваемости в мире [1,4]. По данным экспертов ВОЗ, ежегодно регистрируется более 1 млрд. случаев ОКИ, из них более половины зарегистрировано у детей первых пяти лет жизни [2]. По мнению ученых, реальная заболеваемость ОКИ превышает официально регистрируемую, что может быть обусловлено высоким удельным весом стертых и легких форм заболевания и их лечения без обращения за медицинской помощью [3].

Цель исследования: эпидемиологический анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями в Архангельской области за период 2006-2015 гг.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ заболеваемости ОКИ населения Архангельской области (АО) за 2006-2015 гг. Были использованы государственные статистические отчетные формы «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» за период с 2006 по 2015 г. Данные о заболеваемости населения ОКИ на территории РФ получены из опубликованных статистических сборников.

Результаты: показатели суммарной заболеваемости острыми кишечными инфекциями на территории Архангельской области за десятилетний период превышали общероссийские, с минимальными значениями в 2015 г. (в 1,09 раз) и максимальными в 2013 г. (в 1,4 раза). Самые высокие уровни заболеваемости в АО за анализируемый период были зарегистрированы в 2010 и 2013 гг., составив 698,4 и 732,6 на 100 000 населения соответственно, а низкие в 2006 и 2015 гг. и составили 538,3 и 568,7 на 100 000 населения (рис. 1). Ранжирование территорий за последние 3 года показало, что заболеваемость ОКИ была выше, чем в АО в городах Новодвинске, Коржме, Архангельске и Северодвинске, а так же Няндомском районе.

Заболеваемость ОКИ неуточненной этиологии в АО варьировала от 480,2 в 2010 г. до 355,1 на 100000 населения в 2015 г. За анализируемый период в среднем этиология ОКИ была расшифрована в 29,5 % случаев. В 2007 г. удельный вес ОКИ установленной этиологии составил 21,6 % и был минимальным, тогда как в 2015 г. его значения были максимальными – 37,1 % (рис. 2).

В динамике удельный вес ОКИ, вызванных вирусными патогенами в АО вырос в 1,4 раза с 54 % в 2009 г. до 75 % в 2015 г. со снижением доли бактериальных ОКИ с 46 % до 25 %. В структуре вирусных кишечных инфекций ведущая роль принадлежит ротавирусной инфекции доля, которой колебалась от 99 % до 92 %. В структуре ОКИ бактериальной этиологии преобладали сальмонеллезы с максимальным удельным весом 59 % в 2014 г. и минимальным 31 % в 2007 г. Доля шигеллезов за последние годы имеет тенденцию к снижению, составив в 2007 г. – 37 % против 6 % в 2015 г. Кишечные инфекции, вызванные эшерихиями были зафиксированы в 33 % случаев в 2012 г. и в 12 % в 2006 г. Стабильным за все годы оставался удельный вес иерсиниозной инфекции, который варьировал от 10 % до 16 %.

Таким образом, суммарная заболеваемость острыми кишечными инфекциями за последние десять лет в АО продолжает оставаться высокой. За десятилетие отмечена четкая тенденция к снижению роли инвазивных кишечных инфекций в структуре ОКИ установленной этиологии. На современном этапе доминирующим этиологическим фактором являются вирусные кишечные инфекции, где лидирующую роль занимает ротавирусная инфекция.

Литература:

1. Бузинов Р. В. Гордиенко Т. А. Гудков А. Б. Динамика заболеваемости острыми кишечными инфекциями населения Архангельской области / Р. В. Бузинов, Т.А. Гордиенко, А.Б. Гудков и др. // Экология человека. – 2011. – № 9. – С. 3-9.
2. Всемирная организация здравоохранения, Мировая статистика здравоохранения 2010 г.
3. Усенко Д.В. Острые кишечные инфекции у детей в практике педиатра: возможности диагностики и терапии / Д.В. Усенко, А.А. Плоскирева, А.В. Горелов // Вопросы современной педиатрии. – 2014. – Т.13. – № 3. – С. 12-20.

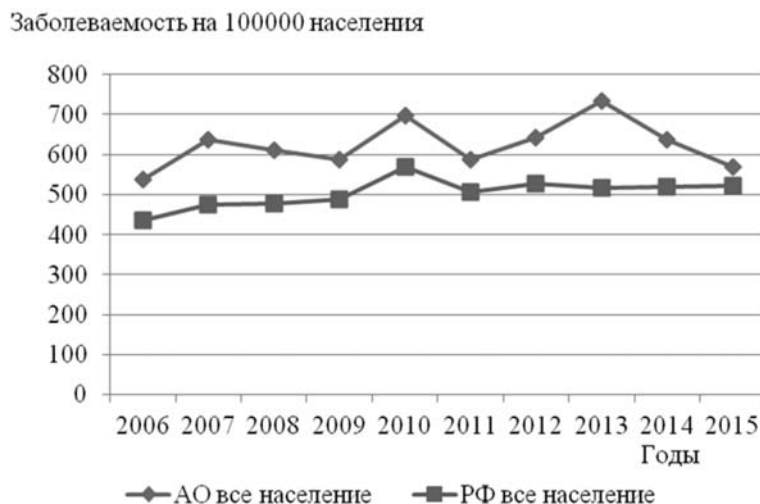


Рис. 1. Заболеваемость ОКИ в Российской Федерации и Архангельской области в 2006-2015 гг.

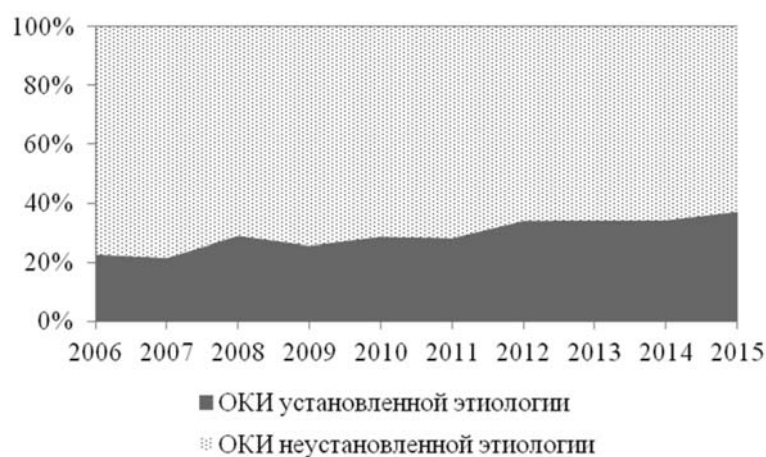


Рис. 2. Структура ОКИ установленной и неустановленной этиологии в АО в 2006-2015 гг.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИЕЙ (ПО ДАННЫМ АОКБ С 2010 Г. ПО 2014Г.)

Колобова Ю.В., Иванова С.Н., Дворяшина И.В.

Северный Государственный Медицинский Университет, кафедра терапии, эндокринологии и СМП ГБУЗ АО «АОКБ», г. Архангельск.

Научный руководитель: зав. кафедрой профессор Дворяшина И.В.

Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) – аутоиммунное воспаление ретробульбарной клетчатки и глазодвигательных мышц с последующими фиброзными изменениями. В 80 % случаев ЭОП сочетается с болезнью Грейвса, при этом ЭОП может манифестировать раньше. В редких случаях ЭОП сочетается с аутоиммунным тиреоидитом, еще реже ЭОП – изолированное заболевание, в 5 % случаев – одностороннее. У пациентов с лёгкой и активной ЭОП, особенно с удовлетворительным качеством жизни предпочтительна выжидательно-наблюдательная тактика или проведение только симптоматической терапии. Терапией первого выбора при активной ЭОП средней тяжести является пульс-терапия глюкокортикостероидами ГКС, которая проводится в специализированных центрах. Внутривенное введение ГКС более эффективно и имеет меньше побочных реакций. При тяжёлой активной ЭОП и при развитии оптической нейропатии предпочтительно внутривенное введение больших доз ГКС (пульс-терапия) по протяжённой схеме (в течение трёх-четырёх месяцев).

Цель работы: оценить эффективность лечения пациентов с ЭОП по данным 2 терапевтического отделения АОКБ за 2010-2014гг.

Материалы и методы. Нами был проведён ретроспективный анализ 15 историй болезни пациентов, находившихся на лечении во 2 терапевтическом отделении АОКБ в 2010-2014гг. Были проанализированы 15 историй болезни пациентов с клиникой ЭОП, из которых были две повторные госпитализации. Возраст больных – от 32 до 76 лет (в среднем составил 51 год), из них – 4 мужчин и 11 женщин; 53,3 % – работающие. Курящих – 60 % (9 пациентов). Стаж заболевания – от 4 месяцев до 8 лет, средний возраст дебюта заболевания – 47,9 лет (от 24 до 74 лет). Наследственность была отягощена у 2 пациентов (13,3 %) – ДТЗ. Длительность госпитализации в среднем составила 19,3 койко-дней (от 7 до 34). У пациентов при поступлении были следующие жалобы: светобоязнь, слёзотечение, ощущение инородного тела, чувство «песка» в глазах, отёчность век, двоение в глазах, увеличение размера глазного яблока, чувство распирания в орбите, боли при движении глазных яблок, снижение остроты зрения, потливость, учащенное сердцебиение, эмоциональную лабильность. Активная фаза ЭОП была диагностирована у 13 пациентов (87,7 %). Из глазных симптомов, оцениваемых по шкале CAS, отёк век наблюдался в 93,3 % случаев (14), гиперемия век – 93,3 % (14), спонтанная ретробульбарная боль – 66,7 % (10), боли при движении глаз – 53,3 % (8), инъекция конъюнктивы – 53,5 % (8), покраснение и отёк полулунной складки, слёзного мясца – 46,6 % (7), хемоз – 33,3 % (5). Исследование уровня ТТГ проводилось у 100 % пациентов: в 46,7 % случаев – в пределах нормы, в 13,3 % – повышен, в 40,0 % – снижен. Исследование уровня Т4св. проведено у 60 % пациентам, из которых в 88,9 % (8) случаях – в пределах нормы, в 11,1 % (1) – повышен. Исследование Т3св. проводилось у 38,5 % пациентов (5): в 40,0 % (2) случаях – в пределах нормы, в 60 % (3) – снижен. А/т к ТПО определялись у 2 пациентов (результат отрицательный). 14 пациентам (93,3 %) выполнено УЗИ щитовидной железы: объём ЩЖ увеличен у 2 пациентов до 33,0см² и 60,0см²; объём ЩЖ в пределах нормы – 12 пациентов (85,7 %), из которых у половины ранее была выполнена субтотальная резекция ЩЖ. У 1 пациента при проведении скинтиграфии щитовидной железы были выявлены гипофункционирующие очаги в правой доле ЩЖ (10-15мм). β-сканирование ретробульбарного пространства проведено 10 пациентам (66,7 %): у 80 % выявлено увеличение глазодвигательных мышц (ГДМ) от 5,8 до 8,4 мм; у 20 % ГДМ визуализировались нечётко. Отёчность РБК выявлена в 20 % случаях. СКТ орбит выполнена 1 пациенту: увеличение ГДМ от 5,5 до 8,9 мм, диаметр глазных яблок 27х24 мм слева и 25х23 мм справа. МРТ орбит выполнена 2 пациентам: в первом случае выявлена асимметричность и увеличение ГДМ до 6-8мм, а во втором случае смещение глазного яблока больше чем на 1/3 кпереди относительно межскуловой линии, больше слева за счёт гипертрофии РБК; увеличение ГДМ, участки обызвествления в мягких тканях в области нижнего края орбиты справа. Экзофтальмометрия проведена 8 пациентам (53,3 %). У всех пациентов выраженный экзофтальм (от 19 до 22 мм), из которых в 62,5 % случаев – двусторонний, в 37,5 % – односторонний. Пульс-терапия метилпреднизолоном на фоне перорального приёма преднизолона проводилась 11 пациентам (73,3 %), из них у 4 пациентов пульс-терапия сочеталась с приёмом L-тироксина, у 3 – с приёмом тиамазола. Использованы следующие схемы пульс-терапии: метилпреднизолон 1000,0 в/в №3 через день – 72,72 %, метилпреднизолон 500,0 в/в №3 через день – 18,18 %, 1 пациент получал преднизолон per os в сочетании с тиамазолом и L-тироксином, 1 пациент получал преднизолон per os в сочетании с сеансами плазмафереза №3 и лучевой терапией на область орбит. Побочных действий и осложнений лечения не было зарегистрировано. Двум пациентам лечение ГКС не проводилось, так как не было активности ЭОП.

Выводы: ЭОП является редким заболеванием: 15 случаев за 5 лет, чаще ЭОП развивалась у женщин – 73,3 %. У всех пациентов был отмечен положительный эффект на ГКС терапии, схемы лечения применялись различные, но более эффективна пульс-терапия ГКС. Лечение было эффективно, безопасно, быстро достигался клинический эффект и стойкая ремиссия заболевания (повторно только 2 пациента с большим стажем заболевания). Продолжительность лечения оказалась меньше у пациентов с небольшой длительностью течения ЭОП.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУЛЯРЕМИЕЙ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2011 – 2016 ГГ

Крутова Ю. С., Подгурский А. С.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра инфекционных болезней.

Студенты 5 курса лечебного факультета. E-mail: yuliakrutova@yandex.ru

Научный руководитель: к.м.н. Поздеева М. А.

Аннотация: туляремия широко распространена во всём мире, поэтому периодически возникающие эпидемические вспышки данной инфекции вызывают особое внимание специалистов. Особенно это ак-

туально для Архангельской области, которая является эпидемичной по этому заболеванию и в которой ежегодно фиксируются случаи туляремии.

Ключевые слова: туляремия, Архангельская область, анализ заболеваемости.

Туляремия – острая зоонозная бактериальная природно-очаговая инфекционная болезнь с разнообразными механизмами передачи возбудителя. Характеризуется лихорадкой, интоксикацией, воспалительными изменениями в области входных ворот инфекции, регионарным лимфаденитом [1,2].

По данным Роспотребнадзора заболеваемость туляремией в 2014 г составила 0,07 случаев на 100 тыс. населения, в 2015 г 0,05 случаев на 100 тыс. населения, в 2016 г 0,08 случаев на 100 тыс. населения [3]. Из представленных данных видно, что распространённость туляремии не снижается, что обуславливает актуальность этой проблемы.

С целью анализа случаев заболевания туляремией в Архангельской области за 2011 – 2016 гг. нами было проведено ретроспективное исследование методом сплошной выборки на базе центра инфекционных болезней ГБУЗ АО «АОКБ». Критерием включения был диагноз туляремия в графе основное заболевание.

Возраст больных, по результатам исследования, варьировал от 2 до 83 лет и в среднем составил 39,9. 80 % исследуемых проживают в городе Архангельске, 20 % являются жителями Архангельской области. В 80 % случаев заболевшими были женщины. Большинство пациентов было направлено в ЦИБ врачами поликлинического звена (51,43 %), в 37,14 % случаев больные были направлены врачами стационара. Пациенты, доставленные бригадой скорой медицинской помощи, составляют 5,71 %. Обратившиеся за медицинской помощью без направления составляют также 5,71 %. Количество койко-дней составляло от 5 до 47 и в среднем составило 17. Количество дней от начала первых признаков заболевания (по мнению пациента) до госпитализации в стационар варьирует от 1 до 46 и в среднем составляет 11 дней. В 71,43 % случаев диагноз направившего учреждения совпал с клиническим, в 22,86 % диагнозы не совпали, в 5,71 % было самообращение. Среди ошибочных диагнозов встречались: лимфаденит, лихорадка неясного генеза, ветряная оспа, ОРВИ, острый тонзиллит, энцефалит. В большинстве случаев (65,71 %) была выявлена кожно-бубонная форма заболевания, на втором месте по частоте (31,43 %) встречалась язвенно-бубонная форма, один раз была диагностирована ангинозно-бубонная форма (2,86 %). Все случаи протекали со средней степенью тяжести. Практически во всех случаях (91,43 %) диагноз был подтвержден серологическими методами. В остальных случаях диагнозы были установлены клинически (8,57 %). У большинства больных (51,43 %) в анамнезе отмечается отдых в сельской местности (купание в реках) на момент предполагаемого заражения, 28,57 % отмечают, что незадолго до госпитализации имели место укусы насекомых, в 20 % случаев больные не могут припомнить каких-либо факторов риска. Чаще всего у пациентов отмечалось увеличение паховых (40 %) и бедренных (40 %) лимфатических узлов. В 11,43 % были увеличены шейные и подчелюстные узлы. У 8,57 % больных увеличенных лимфатических узлов выявлено не было. У всех больных отмечалась лихорадка, которая в среднем составляла 38,5°C. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Литература:

1. Лучшев В.И., Никифоров В.В., Санин Б.И. Туляремия // Российский медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 34–36.
2. Инфекционные болезни : национальное руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгера. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1040 с
3. Официальный сайт Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителя и благополучия человека. – Режим доступа: <http://www.rosпотребнадзор.ru/>

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АДЕНОМ ГИПОФИЗА В АРХАНГЕЛЬСКЕ

Мирзоева Набат Арзу кызы¹, Шевелева А.П.²

1 – Северный государственный медицинский университет. Кафедра терапии, эндокринологии и СМП. Студентка 5 курса лечебный факультета. E-mail: aydan140994@mail.ru.

2- Северный государственный медицинский университет. Кафедра терапии, эндокринологии и СМП. Студентка 5 курса лечебного факультета. E-mail: shevelevanna01@gmail.com

Научный руководитель: д.м.н., проф. Зыкова Т.А.

Аденома гипофиза – это доброкачественная, медленно растущая опухоль железистых тканей гипофиза, расположенная в передней доле. Опухоли гипофиза – это значимая медико-социальная проблема, так как в 75 % случаев опухоли проявляют себя и диагностируются в период жизни, соответствующий трудоспособному возрасту и чаще возникают в период от 20 до 50 лет [1]. Аденомы гипофиза наиболее часто регистрируются у женщин в возрасте 20–30 и 50–60 лет [2].

Аденомы гипофиза занимают третье место среди всех первичных интракраниальных опухолей (после глиом и менингиом), что составляет по данным различных авторов от – 7,3 % до 18 %. Аденомы гипофиза нечасто, но могут возникать и в детстве, а их распространенность составляет примерно от 3 до 8,5 % в возрасте до 20 лет [4;3]. Одной из наиболее часто встречающихся опухолей являются пролактиномы, которые находятся на втором месте по частоте и составляют 40-57 % от всех случаев этих опухолей, а нефункционирующие аденомы – 28-37 %, а далее встречаются такие варианты аденом: секретирующие гормон роста – 11-13 % и АКТГ- продуцирующие аденомы 1-2 % случаев. Аденомы гипофиза, синтезирующие фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон или тироидстимулирующий гормон встречаются редко.

Цель исследования: оценить распространенность различных видов аденом гипофиза в г.Архангельск, а также эффективность различных методов их лечения.

Материалы и методы: нами был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт больных на базе трех поликлиник г.Архангельск: ГБУЗ АО Архангельская городская клиническая поликлиника № 1, ГБУЗ АО Архангельская городская клиническая поликлиника № 4, ГБУЗ АО Архангельская городская клиническая поликлиника № 7.

Были изучены амбулаторные карты 30 больных с аденомами гипофиза. Среди них было 27 (90 %) женщин и 10 (10 %) мужчин. Пациентов в трудоспособном возрасте от 22 до 55 лет – было 20 (66,7 %), в возрасте от 56 до 82 – 10 (33,3 %).

В структуре аденом наиболее часто встречалась пролактинома в 19 (63,3 %) случаях, соматотропинома в 7 (23,3 %) и по одному случаю имелись кортикотропинома и тиреотропинома, что соответственно составило по 3,3 %. Исходы лечения аденом были разными, а в двух случаях у пациентов развился послеоперационный пангипопитуитаризм после трансназального эндоскопического удаления опухоли гипофиза.

У 7 пациентов (23,3 %) отмечались только неврологические нарушения, а симптомы гиперпродукции тропных гормонов гипофиза и/или симптоматика гормональной недостаточности имели место у 6 пациентов (20 %), смешанная симптоматика была зарегистрирована у 16 пациентов, что составило 53,3 %. И только у одного пациента не было выявлено признаков нарушения секреции гормонов гипофиза и клинических проявлений его недостаточности.

У 27 (90 %) пациентов имелись сопутствующие заболевания. Наиболее часто была зарегистрирована патология щитовидной железы, патология опорно-двигательной системы, половой системы, а также ожирение, анемия и патология сердечнососудистой системы.

Хирургическое лечение было выполнено 7 (23,3 %) пациентам, из них у 2 – х (6,67 %) была проведена частичная аденомэктомия, а у 1 – (3,3 %) дополнительно после операции было проведено стереотаксическое облучение.

При соматотропиномах использовали консервативную терапию в виде назначения препарата «сандостатин ЛАР» в дозе 40 мг*1 раз в день в течение 28 дней, или «октреотид – депо» по 40 ед в/м 1 раз в день в течение 28 дней, но только у 1 из них на фоне лечения был отмечен положительный эффект в виде снижения лабораторных показателей активности опухоли по уровню инсулиноподобного фактора роста I.

Среди пациентов с пролактиномой проводилось лечение препаратом «Каберголин» по 0,5 мг 1 (1/2, 1/4) таб*2 раза в неделю. Эффект систематического приема лекарств был положительным и проявился снижением уровня пролактина и улучшением клинических проявлений в виде снижения гормональной активности опухоли.

Таким образом, установлено, что аденома гипофиза чаще встречается у лиц работоспособного возраста и в большинстве случаев выявлялась у женщин, и существенно ухудшает качество жизни больного человека.

Анализ документов позволил заключить, что среди аденом гипофиза, чаще всего выявлялись пролактиномы.

Полученные результаты на основании предварительной малой выборки (<30) не дают нам право делать конкретные выводы об эффективности методов лечения, но мы планируем продолжить работу и уточнить полученные нами предварительные данные.

Литература:

1. Жукова, Т. В. Частота и локализация интракраниальных опухолей в биопсийном материале у взрослых / Т. В. Жукова, М. К. Недзьведь // Актуальные проблемы неврологии и нейро- хирургии. – 2010. – Вып. 11. – С. 47–51
2. Нейроэндокринология. Клинические очерки, под редакцией Маровой Е.И.– Ярославль, 2006, стр.81-144.
3. Kane LA, Leinung MC, Scheithauer BW, Bergstrahl EJ, Laws Jr ER, Groover RV, Kovacs K, Horvath E, Zimmerman D 1994 Pituitary adenomas in childhood and adolescence. J Clin Endocrinol Metab 79:1135–1140 Abstract, Medline
4. Mukai K, Seljeskog EL, Dehner LP 1986 Pituitary adenomas in patients under 20 years old. A clinicopathological study of 12 cases. J Neurooncol 4:79–89 CrossRef, Medline

ОПЫТ ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Ораков А.Н.¹, Шалаурова В.И.²

1 – Северный государственный медицинский университет. Кафедра инфекционных болезней. Студенты, 5 курс, лечебный факультет. E-mail: orakov1994@gmail.com

Научный руководитель: к.м.н., доцент Агафонов В.М.

Целью исследования явилась оценка эффективности противовирусной терапии вирусного гепатита С у коинфицированных пациентов на основе анализа динамики лабораторных показателей.

Проведены наблюдения 43 пациентов, которые получали противовирусную терапию вирусного гепатита С в центре инфекционных болезней. В процессе обработки материала был проведен анализ ряда лабораторных показателей, отражавших эффективность противовирусной терапии.

Диагноз вирусного гепатита С был верифицирован обнаружением РНК вируса гепатита С методом полимеразной цепной реакции. Исследование генотипа вируса показало, что большая часть пациентов инфицированы генотипом 1b (65 %), генотип 3 был установлен у 35 %.

Больным был назначен интерферон альфа-2b в сочетании с рибавирином в дозе 1000-1200 мг в сутки. Продолжительность противовирусной терапии планировалась на 48 недель и была увеличена до 72 недель у двух пациентов.

В динамике проведен контроль РНК-НСV – количество обследованных пациентов, а также результаты качественного исследования РНК-НСV менялись. На фоне противовирусной терапии к 72 неделе с положительным результатом остался один пациент.

На каждой неделе лечения количество CD4 клеток у обследуемых пациентов уменьшалось. Так, на 24 неделе лечения количество пациентов с CD4 менее 200 клеток на 10^6 составило 15 %, из них три человека до лечения имели CD4 более 500 клеток.

Исходно, у всех пациентов был определен уровень тромбоцитов, лейкоцитов и гемоглобина в крови. У половины из них была выявлена тромбоцитопения ниже $100 \text{ на } 10^9/\text{л}$, у остальных – в пределах референсных значений. В дальнейшем, на фоне противовирусной терапии на 4, 12, 24 и 48 неделях тромбоцитопения отмечена у 26 человек, которая не потребовала коррекции проводимой терапии.

У 7 человек исходно отмечалось снижение числа лейкоцитов. На 4 неделе лечения у 19 человек была выявлена лейкопения, из их у 13 человек до лечения показатель был в норме. Лейкоцитоз наблюдался в единичных случаях, был опосредован наличием вторичной инфекции и носил временный характер. До начала терапии количество пациентов с первой степенью тяжести анемии составляло 6 %, на 4 неделе показатель увеличился до 30 %, на 48 неделе – до 34 %.

До лечения доля пациентов с нормальным уровнем АЛТ составляла 49 %, а к 4 неделе на фоне проведенной терапии, эта цифра достигла уже 61 %.

Клинический эффект от противовирусной терапии выявлен у всех, за исключением одного пациента. У всех больных отмечалось снижение уровня трансаминаз. Нормализация уровня АСТ и АЛТ зарегистрирована у 2/3 пациентов.

Исчезновение РНК-НСV в крови наблюдалось у всех, за исключением одного из пациентов. В качестве нежелательных побочных эффектов противовирусной терапии отмечены анемия (развилась у 53 % обследуемых и усугубилась у 32 %), лейкопения (у 43 %) , тромбоцитопения (у 37 %).

Литература:

1. Ершов Ф.И. Вирус гепатита С и система интерферона // Интерфероны и их индукторы (от молекул до лекарств). М., – 2015. – С.89-123.
2. Романцов М.Г., Сологуб Т.В., Гуренкова Н.П. «Тройная терапия» хронического вирусного гепатита С у пациентов с генотипом 1b // ВРАЧ. – 2016. – №7. – С.1-4.
3. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитами В и С/ под ред. В.Т. Ивашкина, Н.Д.Юшука. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.-144с.
4. Хронический вирусный гепатит С и цирроз печени: руководство для врачей / под ред. А.Г.Рахмановой. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016 – 380 с.
5. Вич инфекция и хронические гепатиты. Под ред. Н.А.Белякова, А.Г.Рахмановой, В.В.Рассохина. Тематический архив. СПб: Балтийский медицинский образовательный центр,- 2014г. – 272 с.

ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА У ВЗРОСЛЫХ

Пальянова О.В., Полякова А.Р.

Северный государственный медицинский университет,
кафедра инфекционных болезней, 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н. Кригер Е.А., д.м.н. Самодова О.В.

Аннотация: Лихорадка неясного генеза – ситуация, при которой повышение температуры тела пациента является основным или единственным симптомом, а диагноз остается неясным после проведения рутинного, а в ряде случаев и дополнительного обследования. В основе лихорадки неясного генеза лежат обычные заболевания с необычным течением.

В статье приведены результаты когортного исследования 187 историй болезни лихорадящих больных. В структуре заключительных диагнозов пациентов, госпитализированных по поводу лихорадки неясного генеза, инфекционная патология составила 75 %, преобладали острые респираторные заболевания.

Ключевые слова: лихорадка неясного генеза, взрослые, диагностика.

Лихорадкой неясного генеза (ЛНГ) принято считать неоднократное повышение температуры тела выше 38°C продолжительностью более 3 недель, если его причина остается невыясненной после проведения обследования с помощью общепринятых (рутинных) методов. Несмотря на совершенствование диагностических методов, ЛНГ остаются одной из наиболее сложных проблем медицины. Выделение длительно лихорадящих больных в особую группу определяют необходимость выработки у врачей навыков рационального диагностического поиска на основе обобщенных знаний о заболеваниях, вызывающих лихорадку.

Цель исследования: оптимизация диагностического алгоритма при ЛНГ.

Материалы и методы. Проведено когортное исследование с включением 187 пациентов (83 женщины и 104 мужчины), госпитализированных в центр инфекционных болезней ГБУЗ АО «АОКБ» с диагнозом направившего учреждения «Лихорадка неясного генеза» в 2014-2015 годах.

Результаты исследований. Длительность лихорадки до госпитализации у 72 % пациентов не превышала двух недель (1-3 дня – 19 % пациентов, менее 14 дней – 53 % пациентов). Средние показатели максимальной температуры до госпитализации 39,0°C (min – 37,1°C, max- 41°C). Длительность температуры в стационаре в среднем составила 6 дней (min – 1 день, max- 36 дней). Средние показатели максимальной температуры в стационаре 38,4°C (min – 37,0°C, max- 41,1°C).

При верифицированной этиологии лихорадки неясного генеза, 75 % пришлось на инфекционную патологию, 23 % – на соматическую, 2 % составила онкологическая патология.

В структуре инфекционных причин лихорадки неясного генеза преобладали острые респираторные заболевания (28 %). Чуть меньшую долю составили инфекции мочевыделительной системы (23 %). Иерсиниоз – как причина лихорадки неясного генеза был у 12 % пациентов. Практически с одинаковой частотой встречались лептоспироз и туляремия (8-9 %) и ещё 20 % составили другие инфекции (малярия, цитомегаловирусная инфекция, вирусный гепатит, хламидиоз, туберкулез, клещевой боррелиоз, инфекционный миокардит и др.).

Среди заключительных диагнозов пациентов с соматической патологией: инфаркт миокарда, вегетососудистая дисфункция, хроническая обструктивная болезнь легких, холецистит, панкреатит и др.

Лихорадка неясного генеза в структуре онкологической патологии имела у трёх человек, со следующими заболеваниями: неходжкинская лимфома В-клеточная, гепатокарцинома, В-клеточная лимфома с поражением периферических лимфоузлов.

Во всей отборочной группе у 76 % пациентов в лечении применялась антибиотикотерапия.

Не удалось установить причину лихорадки у 13 пациентов (7 % от общего числа пациентов). Этим пациентам необходимо дообследование согласно алгоритму, представленному ниже.

Выводы. После лечения ex juvantibus заключительный клинический диагноз ЛНГ был поставлен 13 пациентам.

Диагноз «Лихорадка неясного генеза» R50 (МКБ 10) может быть поставлен только после обследования пациента в стационаре, согласно критериям постановки диагноза.

В заключение работы представлены практические рекомендации, направленные на оптимизацию диагностического поиска при лихорадках неясного генеза.

Примерный алгоритм обследования пациента состоит из 4 условных этапов.

I ЭТАП: сбор доступной диагностической информации о пациенте

- *полный* анамнез (morbi, vitae + генетический, эпидемиологический, бытовой)
- *полное* физикальное обследование
- стандартный набор лабораторных тестов
- стандартный набор инструментальных исследований
- проведение дополнительных лабораторных тестов (принятых в данной клинике)

II ЭТАП: анализ полученных данных с выдвижением «рабочей» диагностической гипотезы

- обзор систем и органов человека
- классификация болезней человека
- список заболеваний, проявляющихся ЛНГ

III ЭТАП: дифференциальный диагноз

- применение необходимых специализированных дополнительных методов обследования для максимального сужения диагностического поиска

IV ЭТАП: постановка дифференцированного диагноза

Литература:

1. Дворецкий Л.И. Лихорадка неясного генеза в клинике внутренних болезней. М., 1997.
2. Поликлиническая терапия. – Сторожаков Г.И., Чукаева И.И., Александров А.А. – 2009. – 704 с.
3. Линденбратен В.Д., Спорыхина Т.Д. Лихорадка. Перегревание. Лихорадоподобные состояния. – Хабаровск: Изд-во ККБ-ХКЦПЗ, 2001. – 161 с.
4. Сиротин Б.З. Лихорадка неясного генеза. – Хабаровск, 1999. – 96 с.
5. Самсон А.А. Лихорадка неясного генеза: прошлое, настоящее, будущее. Журнал «Медицина неотложных состояний» 1 (1), 2005.

ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ

Полякова А.Р., Пальянова О.В.

Северный государственный медицинский университет,

кафедра инфекционных болезней, 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н. Кригер Е.А., д.м.н. Самодова О.В.

Аннотация: Лихорадка неясного генеза – это диагноз исключения. Спектр причин, лежащих в основе лихорадки неясного генеза, достаточно широк и включает различные заболевания инфекционной природы, злокачественные опухоли, системные заболевания, а также другие разнообразные по своей этиологии заболевания. У небольшой части больных причина лихорадки остается неустановленной. В статье приведены результаты проспективного изучения 117 историй болезни детей, госпитализированных в стационар с лихорадкой неясного генеза, представлена этиологическая структура причин лихорадки неясного генеза у детей, сформулированы рекомендации по проведению диагностического поиска у детей с лихорадкой неясного генеза.

Ключевые слова: лихорадка неясного генеза, дети, диагностика.

Лихорадка неясного генеза – повышение температуры более 38,0°C в течение более чем трех недель, при этом диагноз остается неясен после проведения обследования с помощью общепринятых методов.

Цель исследования: оптимизация диагностического алгоритма при лихорадке неясного генеза в педиатрической практике.

Задачи исследования: изучить этиологическую структуру ЛНГ у детей и сформулировать рекомендации по проведению диагностического поиска у детей с ЛНГ.

Материалы и методы: проведено исследование с изучением 117 медицинских карт (60 девочек и 57 мальчиков), госпитализированных в ГБУЗ АО «Архангельская детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова» с диагнозом направившего учреждения «Лихорадка неясного генеза» за 2014-2015 года.

Результаты исследований. Длительность лихорадки до госпитализации у 69 % не превышала 14 дней. Средние показатели максимальной температуры до госпитализации 38,8°C (Min: 37,2°C, max: 40,8°C). Длительность температуры в стационаре в среднем составила 5 дней (Min: 1 день, max: 77 дней). Средние показатели максимальной температуры в стационаре 38,1°C (Min: 36,6°C, max: 41°C).

При определении причин лихорадки неясного генеза, 88 % пришлось на инфекционную патологию, 8 % – на соматическую патологию и 3 % – на онкологическую патологию.

В структуре инфекционных причин лихорадки неясного генеза инфекции мочевыделительной системы – 23 %, острые респираторные заболевания – 19 %, острый средний отит (8 %), иерсиниоз (8 %), пневмония (7 %). Среди других причин (35 %) такие заболевания как гайморит, малярия, гнойный менингоэнцефалит, ангина, шигеллез, энтеровирусная инфекция, респираторный хламидиоз, листериоз и др.

В структуре соматической патологии встречались такие заболевания как: вегето-сосудистая дисфункция, артрит, ревматизм, недифференцированный коллагеноз, сарколеит.

В структуре онкологической патологии лихорадка неясного генеза наблюдалась у 3 детей со следующими заболеваниями: диссеминированная нейробластома; лимфогранулематоз, саркома Ходжкина; киста селезенки;

Во время лечения в стационаре антибиотикотерапия проводилась у 86 % пациентов.

Не удалось установить причину лихорадки у 17 пациентов (15 % от общего числа пациентов поступивших с лихорадкой неясного генеза).

Выводы:

Среди причин ЛНГ ведущее место принадлежит инфекционной патологии – 88 %. В структуре инфекционной патологии на первом месте – инфекция мочевыделительной системы. Небольшой удельный вес занимают редкие инфекции (лишериоз, малярия и другие). В основе ЛНГ лежат «обычные» заболевания с «необычным» течением. Среди соматической патологии – чаще вегетативная дисфункция (как причина длительной, но невысокой температуры). Диагноз «бактериальная инфекция неуточненной локализации» свидетельствует о том, что у 15 % причину лихорадки уточнить не удалось, но получен эффект от назначения антибиотиков.

Диагноз «Лихорадка неясного генеза» может быть поставлен только после обследования пациента в стационаре, согласно критериям постановки диагноза.

В заключение работы представлены **практические рекомендации**, направленные на оптимизацию диагностического поиска при лихорадках неясного генеза.

Примерный алгоритм обследования пациента состоит из 4 условных этапов.

- На первом этапе должен быть произведен как можно более полный сбор анамнестической информации о пациенте, включая подробный эпидемиологический анамнез.
- На втором этапе происходит анализ полученных данных лечащим врачом и выдвижение «рабочей» гипотезы, обуславливающей причину лихорадки у данного пациента. Дальнейшее развитие событий зависит именно от этого этапа.
- Когда «рабочая» гипотеза сформирована, можно перейти к 3 этапу диагностического поиска – подведение лабораторных и инструментальных методов обследования пациента.
- Четвертый этап – проведение дифференцированного диагноза.

Список литературы:

1. Педиатрия. Клинические рекомендации / Под ред. А.А.Баранова. – М., 2005. – С. 96–107.
2. Основы перинатологии / Под ред. Н.П. Шабалова, Ю.В. Цвелева. – М: МЕДпресс-информ, 2002. – С. 393–532
3. Алгоритм: лихорадка неясного генеза – 2001.– Т. 2. – С. 291–302.
4. Воробьев П.А. Лихорадка без диагноза. – М.: Ньюдиамед, 2008.– 80 с.
5. Коровина Н.А., Захарова И.Н., А.Л. Заплатников, Т.М. Творогова. Лихорадка у детей: дифференциальная диагностика и терапевтическая тактика: Пособие для врачей. – М., 2006.– 54 с.
6. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Гаврюшова Л.П. и др. Вегетативная дистония у детей и подростков: Руководство для врачей. – М., 2009. – 52 с.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ

Рогалева А.К., Пахтусов Н.Н., Баранов И.С.

*1-Северный государственный медицинский университет. Студенты 5 группы,
5 курса лечебного факультета.*

Научный руководитель: д.м.н., доцент Самодова О.В.

Аннотация: На базе центра инфекционных заболеваний архангельской областной клинической больницы был проведено сравнение клинической картины и изменений общего анализа крови при серозных менингитах и ОРВИ с явлениями менингизма у детей за период с 2013 по 2016 год. Дифференциальная диагностика ОРВИ с явлениями менингизма и серозных менингитов сложна в виду сходства клинической картины. При серозных менингитах рвота встречалась достоверно чаще. В лабораторных данных отмечено более частое ускорение СОЭ при менингитах.

Ключевые слова: дети, серозные менингиты, ОРВИ.

Серозные менингиты составляют до 30-50 % в структуре инфекционной патологии нервной системы у детей. Серозные менингиты отличаются полиэтиологичностью, чаще всего обусловлены вирусами, среди которых энтеровирусные менингиты составляют 85-90 %.. Заболевание возникает как спорадически, так и в виде эпидемических вспышек. Диагностика серозных менингитов, особенно при спорадических случаях, представляет значительные трудности и базируется на эпидемиологических данных, клинической картине, исследовании цереброспинальной жидкости [1, 2]. В клинической практике наиболее часто приходится проводить дифференциальный диагноз между серозными менингитами и ОРВИ, при которых в первые сутки заболевания могут появляться симптомы менингизма.

Цель исследования: сравнить клиническую картину и изменения в общем анализе крови при серозных менингитах и ОРВИ с явлениями менингизма.

Материалы и методы.

Исследование было проведено на базе центра инфекционных заболеваний Архангельской областной клинической больницы. Были включены все дети с установленным диагнозом «Серозный менингит» за период с 2013 по 2016 год. Группу сравнения составили дети, поступавшие с подозрением на «Серозный менингит», который был не подтвержден после проведения люмбальной пункции. Для статистической обработки использовались методы описательной и аналитической статистики.

Результаты.

За период с 2013 по 2016 год было госпитализировано 152 ребенка с диагнозом «Серозный менингит», в группу сравнения вошли 32 ребенка, у которых после проведения люмбальной пункции данный диагноз не подтвердился.

В группе серозных менингитов мальчики составили 58,6 %, а в группе ОРВИ – 59,4 %. Средний возраст пациентов совпал в обеих группах и составил 8 (5;11) лет.

В обеих группах заболевание начиналось остро с появления головной боли (97,4 % при менингитах, 90,7 % при ОРВИ), повышения температуры (97,4 % против 93,7 %). Рвота достоверно чаще встречалась при серозных менингитах (77 % против 50 %, $\chi^2=9,6$, $p=0,002$). Среди других жалоб в обеих группах наиболее часто были отмечены боль в животе, светобоязнь, жидкий стул, боль в горле, насморк. При поступлении в стационар менингеальные симптомы различной степени выраженности определялись у 96 % пациентов с менингитами и у 97 % пациентов с ОРВИ.

В общем анализе крови лейкоцитоз наблюдался у 30 % детей с менингитами и у 23 % детей с ОРВИ (статистически значимой разницы не выявлено $\chi^2=1,67$, $p=0,196$), медиана уровня лейкоцитов в обеих группах составила 8 (6; 11) $\times 10^9$ /л. Ускорение СОЭ достоверно чаще встречалось у детей с серозными менингитами (73,7 % случаев против 53,1 %; $\chi^2=5,332$, $p=0,021$).

Заключение: Дифференциальная диагностика серозных менингитов и ОРВИ с явлениями менингизма сложна в виду сходства клинической картины. Для нее характерно наличие общемозгового, интоксикационного, менингеального синдромов. Изменения в ОАК неспецифичны. Для постановки окончательного диагноза необходимо проведение люмбальной пункции.

Литература:

1. Нейроинфекции у детей (коллективная монография) / Под ред. Скрипченко Н.В. – Санкт-Петербург: «Тактик-Студио», 2015. – 856 с.

2. Vâță A, Luca CM, Duca E et al. Viral meningitis admitted to an infectious diseases hospital: a retrospective case series // Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2013 Apr-Jun. № 117(2). P. 476-82.

ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА РАННИХ РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ИЗОЛЯЦИИ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН МЕТОДОМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ

Шахбазян А.В.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра факультетской терапии.

Студентка 5 курса Лечебного факультета. E-mail: anahit.shahbazyan94@yandex.ru

Научный руководитель: проф., д.м.н. Миролюбова О.А.

Аннотация: Представлена характеристика 72 пациентов с фибрилляцией предсердий, которым была проведена изолированная электрическая изоляция устьев легочных вен методом радиочастотной абляции, оценена частота рецидива аритмии и факторы риска его развития в госпитальном периоде.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, радиочастотная абляция, изоляция устьев легочных вен, рецидив аритмии.

Фибрилляция предсердий (ФП) – одно из наиболее часто встречающихся нарушений сердечного ритма в общей популяции. Наличие у пациентов ФП ассоциируется с увеличением смертности, в значительной степени обусловленной развитием инсульта и прогрессирования сердечной недостаточности, частоты госпитализации и ухудшения качества жизни больных, что определяет высокую актуальность проблемы. По последним рекомендациям Европейского общества кардиологов катетерная абляция рекомендуется в качестве первой линии лечения для отобранных пациентов (класс и уровень доказательности I A). При этом, предпочтительным является изоляция устья легочных вен, а более расширенные вмешательства рекомендованы как терапия резерва у пациентов с рецидивирующей ФП. Радиочастотная абляция (РЧА),

являясь инвазивным хирургическим вмешательством, имеет свой спектр прогнозируемых осложнений, и, кроме того, высокую экономическую составляющую, что диктует необходимость прогнозирования эффективности процедуры, т.е. дооперационного определения той группы пациентов, которым данный вид лечения окажется оправданным, а прогнозируемые эффективность и безопасность – выше предполагаемых осложнений.

Цель. Оценить частоту и факторы риска развития рецидива ФП в госпитальном периоде у пациентов, которым была проведена изолированная электрическая изоляция устьев легочных вен методом РЧА.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 72 историй болезни пациентов, которым была выполнена изоляция устьев легочных вен методом РЧА в ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич» за 2014-2015 гг. Оценены социально-демографические, клинические и лабораторно-инструментальные данные, проведен анализ ранних послеоперационных осложнений и рецидивов ФП за период госпитализации. Статистический анализ проведен с использованием программы SPSS for Windows v. 20. Данные представлены как М (SD).

Результаты. Пациенты были преимущественно мужского пола, 43 человека (59,7 %). Средний возраст составил 57,5 (7,9) лет, возрастной диапазон от 38 до 77 лет. Инвалидность 2-3 степени имели 9 (12,5 %) больных. У 14 больных (19,4 %) была отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям. Распространенность вредных привычек: курение было зафиксировано у 4 пациентов (5,6 %), злоупотребление алкоголем у одного пациента (1,4 %). В анамнезе пациенты имели следующие заболевания: ишемическую болезнь сердца (ИБС) – 20 человек (27,8 %), артериальную гипертензию (АГ) – 62 (86,1 %), хроническую сердечную недостаточность (ХСН) – 60 (83,3 %), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – 4 (5,6 %), заболевания периферических сосудов – 17 (23,6 %), сахарный диабет – 6 (8,3 %), ожирение – 33 (45,8 %), заболевания щитовидной железы – 19 больных (26,4 %), из них клинический гипертиреоз имели 16 (22,2 %), гипотиреоз – 3 (4,2 %). Пациенты с практически одинаковой частотой имели персистирующую (37 человек, 51,4 %) и пароксизмальную (35, 48,6 %) формы ФП. Абсолютное большинство пациентов имело неклапанный тип ФП (69, 95,8 %), лишь у двух человек (2,8 %) выявлен клапанный тип, у одного (1,4 %) – идиопатический. У 6 больных (8,3 %) ранее проводились вмешательства на сердце: у одного (1,4 %) – чрезкожная транслюминальная ангиопластика, у трех (4,2 %) – имплантация электрокардиостимулятора, у двух (2,8 %) – операции на клапанах. Риск развития тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂DS₂-VASc оценен как высокий (2 и более балла) у 42 (58,3 %) больных, при этом антикоагулянтную терапию варфарином получало подавляющее большинство пациентов (71, 98,6 %). Антиаритмические препараты до операции принимали 65 (90,3 %) больных: из них амиодарон (III класс) – 44 (67,7 %), соталол (III класс) – 20 (30,8 %), аллапинин (Ic класс) – 1 (1,5 %). Проведение оперативного вмешательства не сопровождалось развитием серьезных тяжелых осложнений. В то же время были зарегистрированы сосудистые осложнения у 11 пациентов (15,3 %) – малое кровотечение в месте пункции сосуда, не потребовавшие переливания крови и/или хирургического вмешательства, с образованием гематомы. У 19 больных (26,4 %) зарегистрирован рецидив ФП в стационарном периоде после операции, из них у 5 (6,9 %) была проведена электроимпульсная терапия с восстановлением синусового ритма. Пациенты с рецидивом ФП не отличались от пациентов с успешным восстановлением синусового ритма по полу ($p=0,72$), возрасту ($p=0,22$), форме ($p=0,90$) и типу ($p=0,63$) ФП, степени риска тромбоэмболических осложнений ($p=0,58$), частоте ИБС ($p=0,87$), АГ ($p=0,21$), ХСН ($p=0,91$), нарушения мозгового кровообращения в анамнезе ($p=0,27$), а также размерам левого предсердия (41,5 против 39,5 мм, $p=0,68$), фракции выброса левого желудочка (65,0 против 61,5 %, $p=0,17$) и частоте назначения антиаритмических препаратов после операции ($p=0,45$). Пациенты с рецидивом ФП имели значимо более длительный стаж ФП в анамнезе (6,5 (5,0-9,75) против 4,0 (2,0-7,75) лет, $p=0,007$). При выявлении факторов риска развития рецидива ФП в раннем периоде с учетом пола, возраста, типа, формы и стажа ФП только стаж ФП оказался статистически значимым предиктором: при увеличении стажа ФП на один год шансы развития рецидива ФП после операции увеличивались на 14 % ($\text{Exp (B)}=1,14$ (95 % ДИ 1,01-1,23, $p=0,031$)).

Выводы. Эффективность изолированной электрической изоляции устьев легочных вен методом РЧА в раннем послеоперационном периоде составила 73,6 %. При выявлении факторов риска развития рецидива ФП с учетом пола, возраста, типа, формы и стажа ФП только стаж ФП оказался статистически значимым предиктором, что предопределяет необходимость активного лечения ФП на ранних сроках заболевания.

ОСОБЕННОСТИ КОНТРОЛЯ ГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Юрьева М.Ю.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии. Аспирант. E-mail: m_yurieva@mail.ru.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Дворяшина И.В.

Аннотация: Гипергликемия у пациентов в период декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН) часто отягощает течение заболевания и прогноз у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. В данной работе представлены результаты анализа качества контроля гликемии в клинической практике при декомпенсации ХСН.

Ключевые слова: декомпенсация хронической сердечной недостаточности, сахарный диабет 2 типа, контроль гликемии, вариабельность гликемии

ХСН как исход многих сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является одной из наиболее частых причин общей смертности и инвалидизации населения. Распространенность СД у пациентов с ХСН, по разным источникам, составляет от 15 до 25 % и достигает 35 % при ХСН ишемической этиологии. Ежегодно число больных с данными заболеваниями увеличивается [2].

По данным литературы, гипергликемия является часто встречающимся состоянием у пациентов, госпитализированных в стационар в критическом состоянии как с СД, так и без ранее диагностированных нарушений углеводного обмена, и может ухудшать течение заболевания в раннем периоде госпитализации и повышать показатели летальности [4, 5].

Значение вариабельности гликемии в период декомпенсации ХСН исследовано недостаточно, а имеющиеся немногочисленные результаты противоречивы. Оптимальные целевые значения гликемии при декомпенсации ХСН остаются не до конца ясными.

Цель нашей работы – дать характеристику контроля и вариабельности гликемии, оцененных на основании рутинного периодического измерения гликемии, проводимого в клинической практике при госпитализации пациентов в период декомпенсации ХСН, и расчетных методов.

Были проведены сплошная выборка и анализ 794 карт стационарного больного пациентов, госпитализированных в кардиологические отделения ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич» с декомпенсацией ХСН различного генеза ФК II-IV (NYHA) в период с 1 января 2014 года по 31 декабря 2016 года. Группа пациентов с СД 2 типа составила 157 человек (19,8 %). В соответствии с критериями в дальнейший анализ были включены карты 136 пациентов: 83 женщины и 53 мужчины в возрасте от 45 до 94 лет.

Критериями включения были: подтвержденный диагноз ХСН длительностью более 12 месяцев, декомпенсация ХСН как причина госпитализации в стационар. Критериями исключения были: врожденные пороки сердца, острый инфаркт миокарда (ОИМ), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), аортокоронарное шунтирование (АКШ) или ангиопластика в течение последних 12 месяцев, симптоматическая артериальная гипертония, заболевания бронхолегочной системы с формированием хронического легочного сердца, заместительная почечная терапия, алкогольная болезнь, системные заболевания, злокачественные новообразования.

В качестве методов оценки контроля и вариабельности гликемии использовались показатели гликемии при поступлении в стационар, среднего значения гликемии за время госпитализации, стандартного отклонения (standard deviation: SD), характеризующего степень разброса значений гликемии и коэффициента вариации (coefficient of variation: CV), показывающего, какой процент от среднего значения гликемии составляет SD [1].

Статистическая обработка результатов проведена с помощью программы SPSS 13.0 для среды Windows. Критический уровень значимости (p) принимался за $p \leq 0,05$, тенденция – при $p > 0,05 < 0,1$. Данные были проверены на нормальность распределения с помощью описательной статистики и графических методов (histogram, Q-Q-plot). Количественные данные представлены как среднее арифметическое значение (M) $\pm$ стандартное отклонение (SD) в случае нормального распределения и как медиана (Me) с перцентильным ранжированием (25 и 75 перцентили). Для исследования силы связи между переменными использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена. В связи с неправильностью распределения для сравнения двух независимых выборок использован критерий Манна-Уитни.

Было установлено, что основными причинами декомпенсации ХСН являлись: нарушения ритма и проводимости (33 человека – 24,3 %), нестабильная стенокардия (26 человек – 19,1 %), ухудшение течения гипертонической болезни (13 человек – 9,6 %) и склеродегенеративные пороки сердца (7 человек

– 5,1 %). У 36 человек (26,5 %) поводом для декомпенсации ХСН были сочетанные кардиальные причины, а также недостаточная приверженность к терапии.

Большая часть пациентов (94 человека), госпитализированных в стационар, имела ишемическую этиологию ХСН, из них 71 пациент (52,2 %) в анамнезе перенес ОИМ, 23 человека (16,9 %) – аортокоронарное шунтирование.

Медиана длительности госпитализации по поводу декомпенсации ХСН составляла 14,0 (10,00; 18,00) дней. Продолжительность госпитализации значимо коррелировала с количеством измерений гликемии ($r_s=0,21$, $p=0,014$), что, вероятно, связано с тяжестью состояния, так как наибольшее время лечения требовалось пациентам с гидротораксом ($r_s=0,29$, $p=0,000$) и анасаркой ($r_s=0,34$, $p=0,000$). Длительность лечения также была ассоциирована с ухудшением почечной функции, характеризовавшейся повышенными уровнями креатинина ($r_s=0,17$, $p=0,04$) и мочевины в сыворотке крови ($r_s=0,21$, $p=0,01$), что очевидно затрудняло лечение ХСН.

Медиана начальной гликемии составляла 7,42 (5,68; 12,33) ммоль/л. У 79 госпитализированных пациентов (59,5 %) при поступлении зарегистрирована гипергликемия различной степени: более 11,1 ммоль/л – у 30 человек, от 7,8 до 11,1 ммоль/л – у 18 человек и от 5,6 до 7,8 ммоль/л – у 31 человека.

Пациенты с большими значениями исходной гликемии при поступлении относились к более старшей возрастной группе ($p=0,083$). Более высокие значения гликемии при поступлении были ассоциированы с повышенным уровнем креатинина ($r_s=0,16$, $p=0,1$), мочевины ($r_s=0,21$, $p=0,03$), тропонина ($r_s=0,4$, $p=0,02$), а также с повышенными показателями воспаления: фибриногена ($r_s=0,279$, $p=0,013$), С-реактивного белка ($r_s=0,624$, $p=0,023$) и лейкоцитов ($r_s=0,48$, $p=0,000$).

Начальная гипергликемия была положительно связана с более высокими показателями вариабельности гликемии: стандартным отклонением ($r_s=0,48$, $p=0,000$) и коэффициентом вариации ($r_s=0,263$, $p=0,014$).

Показатели, характеризующие вариабельность гликемии, также были связаны с воспалительными показателями и маркерами повреждения миокарда. Выявлена значимая корреляционная связь SD и CV с уровнем лейкоцитов ($r_s=0,29$, $p=0,002$ и $r_s=0,22$, $p=0,02$, соответственно), с СОЭ ($r_s=0,23$, $p=0,02$ и $r_s=0,24$, $p=0,012$), с концентрацией тропонина ($r_s=0,51$, $p=0,002$ и $r_s=0,32$, $p=0,05$) и КФК ($r_s=0,32$, $p=0,05$ и $r_s=0,31$, $p=0,06$).

При анализе данных выявлены высокие показатели среднего значения гликемии за всю госпитализацию (медиана составила 8,67 (6,71; 10,59) ммоль/л), также ассоциированные с процессами воспаления и повреждения миокарда.

Вариабельность гликемии, по данным литературных источников, при значении стандартного отклонения более 2 принято считать высокой [3]. Практически половина пациентов (44,9 %) имела выраженную вариабельность гликемического профиля ($SD>2$). Исследуемые с высокой вариабельностью имели худшие показатели функции почек: большие показатели креатинина и мочевины ($p=0,03$ и $p=0,006$, соответственно), большие показатели тропонина ($p=0,039$), фибриногена ($p=0,014$), а также сниженную ФВ ($p=0,07$), что отражает влияние данного показателя на тяжесть сердечной недостаточности.

Таким образом, гипергликемия и высокая вариабельность гликемии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в период декомпенсации хронической сердечной недостаточности связаны с ухудшением почечной функции, выраженной воспалительной реакцией и тяжестью состояния.

Литература:

1. Климонтов В.В., Мякина Н.Е. Вариабельность гликемии при сахарном диабете: инструмент для оценки качества гликемического контроля и риска осложнений // Сахарный диабет. 2014. № 2. С. 76-82.
2. Фомин И.В., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Г. Сахарный диабет как этиологическая причина ХСН в Европейской части Российской Федерации (Исследование ЭПОХА-ХСН, госпитальный этап) // Сердечная недостаточность. 2012. Т. 13, №1(69). С. 3-8.
3. Нажмутдинова П.К. Непрерывное мониторирование гликемии при сахарном диабете 2-го типа // Портал Remedium.ru. 2014. <http://www.remedium.ru/doctor/endocrinology/detail.php?ID=61929>
4. Mebazaa A., Gayat E., Lassus J. Association between elevated blood glucose and outcome in acute heart failure // Journal of the American College of Cardiology. 2012. Vol. 61. No. 8. P. 820-829.
5. Pakhetra L.C.R., C.M. Garg, Suryanarayana A.M.K. Management of hyperglycemia in critical illness: review of targets and strategies // MJAFI. 2011. 67. P. 53-57.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ СОСУДОВ ПЛАЦЕНТЫ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Виноградов М.В., Наволоцкий Д.М.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра акушерства и гинекологии. Студенты VI курса лечебного факультета. E-mail: neopteus@gmail.com

Научный руководитель: к.м.н., доцент Истомина Н.Г.

Аннотация: Предлежание сосудов – это акушерская патология, ассоциированная со значительной перинатальной заболеваемостью и смертностью. Частота интранатальной летальности для плода, обусловленная кровопотерей из плацентарных сосудов встречается в более чем 60 % случаев, не диагностированных пренатально [10, 15], в сравнении с 3 % летальности в случае выявления этой патологии в период беременности [9].

Частота встречаемости составляет в среднем 1/2500 беременностей [8, 9, 12]. При этом отмечено увеличение частоты у пациенток, забеременевших с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (от 1/365 до 1/700) [6, 7, 14].

Ключевые слова: предлежание сосудов, vasa praevia.

Vasa praevia – предлежание сосудов пуповины – акушерская ситуация, при которой сосуды пуповины, идущие внутри околоплодных оболочек, располагаются над внутренним зевом, ниже предлежащей части плода [2, 10, 17].

Предлежание сосудов классифицируют на два типа: тип I, при котором имеется единственная плацентарная доля с оболочечным прикреплением пуповины, и тип II, при котором сосуды над шейкой соединяются между разными долями плаценты [3].

Наиболее важными факторами риска являются: оболочечное прикрепление пуповины, низкое расположение плаценты во втором триместре или ее предлежание, плацента, состоящая из двух долей или имеющая добавочную долю, беременность в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий, многоплодная беременность [1, 4, 8, 13, 15].

Аntenатальная диагностика данного состояния представляет наибольший интерес. Рекомендации зарубежных сообществ акушеров-гинекологов и перинатологов по диагностике предлежания сосудов включают: 1) необходимость установления места отхождения пуповины при выявлении низко расположенной плаценты по данным УЗИ во 2 триместре (II-2B); 2) показано проведение трансвагинального УЗИ всем женщинам с высоким риском предлежания сосудов (II-2B); 3) трансвагинальная УЗДГ может облегчить постановку диагноза. Но даже с использованием трансвагинального Доплера предлежание сосудов может быть пропущено (II-2B); 4) при установленном предлежании сосудов показано кесарево сечение в стационаре 3 уровня, где есть возможность экстренного переливания крови новорожденному [5, 13, 16].

Визуализация предлежащих сосудов при беременности возможна также при проведении МРТ или времяпролетной МР-ангиографии (TOF-MRA) [5, 9, 11].

Заключение: Являясь достаточно редким состоянием, предлежание сосудов требует особого внимания специалистов, как предотвратимого фактора риска высокой заболеваемости и летальности для плода во время родов. Внедрение в практику рекомендаций антенатального скрининга на предлежание сосудов является в том числе актуальным в связи с ростом числа беременностей в результате ЭКО и высокой частотой амниотомии в родах при связанной патологии (низко расположенная плацента).

Литература:

1. Aissi G, Sananes N, Veujoz M, Felder A, Kasbaoui SM, Trieu NT, Favre R, Nisand I. Vasa previa: of the diagnosis to neonatal prognosis. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2013, 42(6): 591–595.
2. Bręborowicz GH, Markwitz W, Szpera-Goździewicz A, Dera-Szymanowska A, Ropacka-Lesiak M, Szymański P, Kubiacyk-Paluch B. Prenatal diagnosis of vasa previa. J Matern Fetal Neonatal Med, 2015, 28(15):1806–1808.
3. Catanzarite V, Maida C, Thomas W, Mendoza A, Stanco L, Piacquadio KM. Prenatal sonographic diagnosis of vasa previa: ultrasound findings and obstetric outcome in ten cases. Ultrasound Obstet Gynecol 2001; 18:109-15.
4. Carnide C, Jerónimo M, Faria D, Silva IS. Twin pregnancy complicated by vasa previa. BMJ Case Rep, 2012 Dec 14, 2012.
5. Gagnon R; Diagnostic Imaging Committee; Maternal Fetal Medicine Committee. Guidelines for the management of vasa previa. J Obstet Gynaecol Can, 2009, №231(8).

6. Hasegawa J, Nakamura M, Ichizuka K, Matsuoka R, Sekizawa A, Okai T. Vasa previa is not infrequent. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2012, 25(12):2795–2796.
7. Kajimoto E, Matsuzaki S, Matsuzaki S, Tanaka Y, Kinugasa- Taniguchi Y, Mimura K, Kanagawa T, Kimura T. Challenges in diagnosis of pseudo vasa previa. *Case Rep Obstet Gynecol*, 2014.
8. Lee W, Lee VL, Kirk JS, Sloan CT, Smith RS, Comstock CH. Vasa previa: prenatal diagnosis, natural evolution, and clinical outcome. *Obstet Gynecol*, 2000, 95(4):572–576.
9. Naoyuki I, Nami O, Michihisa S, Shigetaka Y, Sawako M, Kazuhiko I. Vasa previa evaluated by noncontrast time-of-flight magnetic resonance angiography. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2016, 55: 585–587.
10. Pérez Rodríguez MJ, de Frutos Moneo E, Nieto Llanos S, Clemente Pollán J. Vasa praevia rupture in velamentous insertion of the umbilical cord: the importance of prenatal diagnosis. *An Pediatr (Barc)*, 2014, 81(6):393–395.
11. Pirtea LC, Grigoras D, SAS I, Ilie AC, Stana LG, Motoc AGM, Jianu AM, Mazilu O. In vitro fertilization represents a risk factor for vasa praevia. *Rom J Morphol Embryol* 2016, 57 (2 Suppl): 627–632.
12. Rebarber A, Dolin C, Fox NS, Klauser CK, Saltzman DH, Roman AS. Natural history of vasa previa across gestation using a screening protocol. *J Ultrasound Med*, 2014, 33(1): 141–147.
13. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta praevia, placenta praevia accreta and vasa praevia: diagnosis and management (green-top guideline no. 27). London: RCOG; 2011.
14. Schachter M, Tovbin Y, Arieli S, Friedler S, Ron-El R, Sherman D. In vitro fertilization is a risk factor for vasa previa. *Fertil Steril*, 2002, 78(3):642–643. Hasegawa J, Farina A, Nakamura M, Matsuoka R, Ichizuka K, Sekizawa A, Okai T. Analysis of the ultrasonographic findings predictive of vasa previa. *Prenat Diagn*, 2010, 30(12–13): 1121–1125.
15. Smorgick N, Tovbin Y, Ushakov F, Vaknin Z, Barzilay B, Herman A, Maymon R. Is neonatal risk from vasa previa preventable? The 20-year experience from a single medical center. *J Clin Ultrasound*, 2010, 38(3):118–122.
16. Society of Maternal-Fetal (SMFM) Publications Committee; Rachel G. Sinkey, MD; Anthony O. Odibo, MD, MSCE; Jodi S. Dashe, MD. Diagnosis and management of vasa previa. – №37, 2015.
17. Wiedaseck S, Monchek R. Placental and cord insertion pathologies: screening, diagnosis, and management. *J Midwifery Womens Health*, 2014, 59(3):328–335

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ АКУШЕРСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ АНОМАЛЬНОЙ ФЕТОМЕТРИИ ПЛОДА III ТРИМЕСТРА

Жильцова М.А., Хаймина М.А..

Северный государственный медицинский университет. Кафедра акушерства и гинекологии. Клинические интерны кафедры. Email: VJnata@mail.ru

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры Сизюхина Н.Н.

Аннотация: В настоящее время ввиду перинатальной направленности акушерства имеет место гипердиагностика неблагополучий в состоянии плода, что требует анализа проведенных исследований, полученных перинатальных исходов для устранения необоснованных вмешательств в течение гестационного процесса.

Ключевые слова: синдром задержки развития плода, плод, крупный к сроку гестации, индуцированные роды.

Современное акушерство имеет четкую направленность на положительный перинатальный исход. Ведущая роль в диагностике состояния плода в третьем триместре беременности и непосредственно перед родами принадлежит ультразвуковому исследованию [1]. Основными задачами при проведении этого метода исследования являются фетометрия, оценка состояния плаценты и околоплодных вод [3,5]. Фетометрия, как составляющая ультразвукового исследования плода, является основанием для постановки диагноза «Синдром задержки развития плода» и «Плод, крупный к сроку гестации». Данные состояния, особенно «СЗРП», являются поводом для изменения акушерской тактики в отношении беременной, показанием для индукции в роды, оперативного родоразрешения путем операции кесарево сечение [2]. Достоверность исследования требует достаточной квалификации врача функциональной диагностики, определенной технической составляющей, т.е. класса аппарата УЗИ [6].

Актуальность проблемы ультразвуковой диагностики отклонений в состоянии плода, в частности СЗРП и плода, крупного к сроку гестации, обусловлена высокой степенью акушерской агрессии, необоснованным вмешательством при отсутствии подтверждения диагноза при антропометрии и взвешивании новорожденного [4].

Проведено ретроспективное исследование 62 историй родов и 62 историй развития новорожденных за 7 месяцев работы акушерского отделения №2 ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница» в 2016 году. Критериями включения являлся диагноз «СЗРП» и «Плод, крупный к сроку гестации», как повод для индукции в роды. В результате проведенного исследования было выявлено, что в 11,3 % случаев имело место несовпадение диагнозов, т. е. необоснованное акушерское вмешательство. Дальнейшее исследование направлено на анализ подготовки к родоразрешению, исходы индуцированных родов для матери и новорожденного, анализ структуры показаний к оперативному родоразрешению.

Литература:

1. Афанасьева Н.В., Стрижаков А.Н. Исходы беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности различной степени тяжести – Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии 2004, т.3, №2 с 7–13.
2. Гуляева Л. С. Дифференцированный подход к выбору метода завершения беременности / Гуляева Л. С. и др. // Репродуктивное здоровье в Беларуси 2009 №1. С. 63 – 67.
3. Исход индуцированных родов / В. Н. Сидоренко [и др.] // Медицинский журнал. 2009. № 1. С. 48 – 50.
4. Радзинский В. Е. Акушерская агрессия / В. Е. Радзинский. М.: Издательство журнала Status Praesens, 2011. – 688 с.
5. Чернуха Е. А. Родовой блок / Е. А. Чернуха. М.: Триада X, 2003. 712 с.
6. Aaron B. Caughey; Vandana Sundaram; Anjali J. Kaimal; Yvonne W. Cheng; Allison Gienger; Sarah E. Little; Jason F. Lee; Luchin Wong; Brian L. Shaffer; Susan H. Tran; et al. Maternal and neonatal outcomes of elective induction of labor. Evidence report/technology assessment 2009

ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В И С У БЕРЕМЕННЫХ

Комольцева Е.А.¹, Леонтьева А.Г.¹

1 – ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет.

Кафедра инфекционных болезней. Студентки V курса лечебного факультета 2 группы.

Научный руководитель: к. м. н. Бурмагина И. А.

Аннотация: В настоящее время проблема вирусных гепатитов В и С у беременных не теряет своей актуальности. В мире насчитывается около 400 млн человек, инфицированных вирусом гепатита В. Почти половина из них приобрели его или вертикальным путем передачи, или в раннем детстве. Это связано с высокой частотой встречаемости хронического вирусного гепатита В (ХВГВ) у женщин детородного возраста в этих странах и возможностью передачи инфекции от этих женщин их новорожденным детям. [1]

Около 3 % населения земного шара заражено хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС). Распространенность ВГС инфекции у беременных в Европе колеблется от 1 до 2,5 %. [2].

Рост заболеваемости ГВ и ГС неизбежно приводит к большему вовлечению в эпидемический процесс женщин репродуктивного возраста, и в том числе беременных. [3] У беременных женщин, страдающих вирусными гепатитами В и С, отмечено относительное увеличение отягощенного течения родов (60,5 %): учащение родового излития околоплодных вод (29 %), слабость родовой деятельности (8 %), наличие плоского плодного пузыря (5,5 %) и др. [4]. Причиной этих осложнений является способность вирусов поражать ткани плаценты с развитием эндотелиопатий и нарушением местного и общего иммунитета [3]. При ХВГВ чаще обнаруживаются плацентарная недостаточность, обусловленная нарушениями в системе микроциркуляции у беременных женщин. [5,6] Самым тяжелым последствием наличия ВГВ инфекции у матери является передача инфекции ребенку. В 85 – 90 % случаев это приводит к развитию ХВГВ у детей, что связано с несовершенством иммунной системы. [5]

Ключевые слова: хронический гепатит В, хронический гепатит С, беременность.

В исследование, проводимое на базе ГБУЗ 7 ГБ г. Архангельска, были включены 6 беременных женщин с установленным диагнозом хронический вирусный гепатит В и 17 женщин с диагнозом хронический вирусный гепатит С. Методом исследования явился анализ клинико-лабораторных показателей течения хронических вирусных гепатитов (ХВГ) по данным амбулаторной карты пациента. Количественные данные были представлены в виде средней, медианы, 1 и 3 квартилей. Обработка статистических данных произведена с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 13.

Целью исследования была оценка влияния хронических вирусных гепатитов В и С на течение и исход беременности.

Задачи:

1. Выявление эпидемиологических факторов заражения вирусными гепатитами;
2. Установление особенностей клинического течения вирусных гепатитов В и С в период беременности;

3. Выявление исхода течения беременности у женщин, больных вирусными гепатитами, для новорожденного.

Результаты исследования. Всего в исследование были включены 23 беременных, имеющих хронические вирусные гепатиты. Максимальный возраст женщин составил 41 год, минимальный – 19 лет. Все исследуемые были разделены на 4 возрастные группы: первая группа ≤ 20 лет, вторая – 21-30 лет, третья – 31-40 лет и четвертая – старше 40 лет. В первую группу вошли 4 женщины (17,4 %), во вторую – 13 (56,5 %), в третью и четвертую – 5 (21,7 %) и 1 (4,3 %), соответственно. Среди исследуемых 6 женщин (26,1 %) никогда не имели родов в анамнезе, у 16 женщин (69,6 %) 2 родов в анамнезе и у одной (4,3 %) было 3 родов. Большая часть женщин (20) замужем (87 %) и только 3 (13 %) никогда не состояли в браке. В среднем начало половой жизни – 21,6 лет. Следует отметить, что у 8 женщин (34,8 %) половой партнер имел хронический вирусный гепатит, 2 женщины (8,7 %) не отрицают употребление наркотиков, у 3 (13 %) был бытовой контакт (у матери и сестер был хронический вирусный гепатит), 1 (4,3 %) связывала появление у себя хронического вирусного гепатита с работой в маникюрном салоне, 1 (4,3 %) – с татуировкой. У остальных пациенток эпиданамнез остался неизвестным. Всем обследуемым женщинам проведена оценка следующих показателей: уровень АЛТ и АСТ с оценкой биохимической активности, билирубин, вирусная нагрузка, данные УЗИ печени и фиброэластометрии.

У 5 женщин из общего числа обследуемых (21,7 %) уровень АЛТ находился в пределах нормальных значений. Минимальная биохимическая активность выявлена у 8 женщин (61,5 %) во второй возрастной группе и умеренная биохимическая активность у 5 (100 %) в третьей возрастной группе. В первой и четвертой группе отмечалась высокая биохимическая активность у 2 (40,0 %) женщин. Во второй группе у 2 (15,4 %) женщин показатель билирубина был выше нормы. В третьей группе билирубин был выше нормы только у 1 (20,0 %) женщины. Структура установленных генотипов при хроническом вирусном гепатите С выглядела следующим образом: I генотип у 3 (13,0 %), II генотип у 1 (4,3 %), III генотип 13 (56,5 %) женщин. Уровень вирусной нагрузки в среднем составил 10^5 коп /мл. В первой группе у одной женщины (25,0 %) вирусная нагрузка была высокой, у 1 женщины (25,0 %) в пределах средних значений, у 2 (50,0 %) женщин – минимальная при постановке на учет во время беременности. Во второй группе у одной женщины (7,7 %) этот показатель был высоким и у одной (7,7 %) – минимальным. В третьей группе у 5 (100 %) женщин вирусная нагрузка была средней. А в четвертой группе у 1 (100 %) – низкой. На УЗИ диффузные изменения печени выявлены у 2 женщин (33,3 %) из 3-4 группы. Показатели фиброэластометрии в первых двух группах находились в пределах нормальных значений, а в третьей и четвертой соответствовали 1-2. При наблюдении во время беременности гестоз 1 половины беременности наблюдался у 2 женщин (50,0 %) в первой группе, у 1 (100 %) в четвертой и не наблюдался в третьей и во второй, а гестоз 2 половины беременности наблюдался во всех группах. Пять пациенток, имеющих хронический вирусный гепатит В, получали противовирусную терапию после установления диагноза. У всех удалось достигнуть авиремии и нормализации биохимических показателей. Все дети у этих матерей родились здоровыми. Одна пациентка не принимала противовирусных препаратов. За время беременности пациентки с ХВГС получали лишь гепатопротекторы, однако к концу беременности ни у одной женщины не наблюдалось прогрессирования процесса в печени, и не отмечалось высокой биохимической и вирусной нагрузки. Лишь у одной пациентки с гепатитом С (5,9 %) родился больной ребенок.

Выводы. Таким образом, заражение беременных женщин происходило половым путем, признаков заболевания до беременности женщины не отмечали, клинико-лабораторные показатели у женщин с хроническим вирусным гепатитом отличались в разных возрастных группах. В третьей группе (31-40 лет) хронический вирусный гепатит во время беременности течет тяжелее. Следовательно, эти женщины требуют углубленного обследования печени, назначения корректирующей терапии.

Литература:

1. Белопольская М. А., Воронина О. И. Беременность и вирусный гепатит В // Вестник РУДН, серия Медицина. Акушерство и гинекология, 2012, №5. С. 465
2. Белопольская М. А. Вирусный гепатит С и беременность // Вестник РУДН, серия Медицина. Акушерство и гинекология, 2011, №1. С. 111
3. Пестрикова Т. Ю., Косенко Н. А. Характеристика морфофункциональных изменений в плаценте у беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С // Дальневосточный медицинский журнал, 2012, №4. С. 59
4. Онищенко Г.Г. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2009 году». – М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2010. С. 456 .
5. Медведь В. И. , Грицай И. Н., Исламова А. О. Нарушения функции печени у беременных: влияние на течение беременности, состояние плода и исход родов. // Здоровье Украины, акушерство, июнь, 2015. С. 25.
6. Кузьмин В.Н. Варианты клинического течения и новые аспекты лечения вирусного гепатита В у беременных / Кузьмин В.Н. // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008. – Т. 7. – № 2. – С. 86-91.

КРИВЫЕ РОСТА ВЫСОТЫ СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ КОРЕННОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРИТЕТА МАТЕРИ

Кыстаубаева А.С.¹, Умирова Р.У.², Калиева Ж.К.³, Кинаятова Ш.К.⁴, Амангелдинова С.Б.⁵, Шарипова М.Г.⁶

1- Государственный Медицинский Университет г. Семей; кафедра интернатуры по акушерству и гинекологии. Докторант 3 года обучения.

2- Казахский Национальный Медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова. Кафедра акушерства и гинекологии. Магистрант 2 года обучения.

3- Государственный Медицинский Университет г. Семей; кафедра интернатуры по акушерству и гинекологии. Магистрант 1 года обучения.

4- Государственный Медицинский Университет г. Семей; кафедра интернатуры по акушерству и гинекологии. Ассистент кафедры.

5- Государственный Медицинский Университет г. Семей; кафедра интернатуры по акушерству и гинекологии. Резидент 2 года обучения.

6- Государственный Медицинский Университет г. Семей; кафедра интернатуры по акушерству и гинекологии. Магистрант 2 года обучения.

Научный руководитель: к.м.н., Танышева Г.А.

Аннотация: В работе представлен анализ роста высоты стояния дна матки у первородящих и повторнородящих беременных казахской национальности. На вес новорожденного влияют многие факторы, среди которых социально-экономические играют не последнюю роль[1],[2],[3]. В естественных условиях вес последующих детей у женщин увеличивается от беременности к беременности. Учитывая эти данные, должны существовать различия в кривых роста высоты стояния дна матки у первородящих и повторнородящих женщин. При наличии таких различий, с целью повышения качества антенатального наблюдения необходимо вносить коррекцию в существующие графики в зависимости от паритета матери.

Ключевые слова: беременность, высота стояния дна матки.

Целью работы явилось построение кривых роста ВДМ у первородящих и повторнородящих беременных казахской национальности и определение наличия различий в них. Ретроспективное поперечное исследование проведено в г. Семей Республики Казахстан.

Материалом исследования явились индивидуальные карты беременных (ф.№111/у). Соответственно критериям включения и исключения выбрано 2001 карт беременных. Среди них первородящих 974-48,7 %; повторнородящих 1027-51,3 %.

Статистический анализ проведен в программе SPSS 20 версии. Для сравнения средних значений применены непараметрические критерии для двух непарных выборок. Кривые построены с использованием графического редактора SPSS 20 версии.

Результаты расчетов показали, что в сроках гестации от 20 до 29 недель имелись различия в средних показателях высоты стояния дна матки у первородящих и повторнородящих беременных на 0,2-1,4 см, но они не были статистически значимы ($p=0,12;0,06$).

В сроках гестации от 30 до 36 недель беременности включительно, статистически значимые различия выявлены в обеих группах и составили 0,4-1,1 см ($p=0,01;0,05$).

От 37 до 40 недели беременности, вновь были обнаружены статистически незначимые различия в значениях ВДМ в обеих группах в пределах 0,1-0,4 см ($p=0,06;0,36$).

При построении кривых был использован графический редактор пакета SPSS 20 версии, в котором рассчитаны 10%, 50%, 90%. При этом, кривые по каждой из перечисленных перцентилей в большинстве лежат параллельно друг другу, имея точки соприкосновения на небольших отрезках кривых (рисунок 1). Для решения вопроса о необходимости разработки графиков для первородящих и повторнородящих беременных, необходимо провести тестирование на диагностическую ценность.

Литература:

1.Grjibovski A., Bygren L.O., Svartbo B. Socio-demographic determinants of poor infant outcome in north-west Russia. // Paediatr. Perinat. Epidemiol. 2002. Vol. 16, № 3. P. 255–262.

2.Kystaubayeva A. et al. Evaluation of anthropometric characteristics of pregnant women from different ethnic and social groups and their influence on the weight of newborns. // Georgian Med. News. 2016. № 261. P. 15–21.

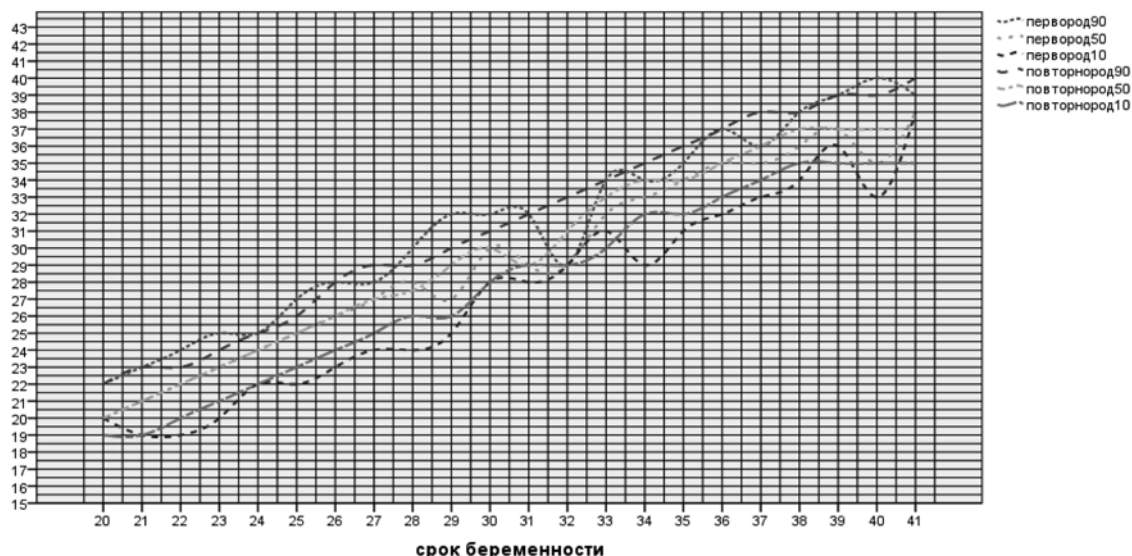


Рисунок 1. Кривые роста высоты стояния дна матки у первородящих и повторнородящих женщин

ЛЕЧЕНИЕ РВОТЫ БЕРЕМЕННОЙ

Марусий А.А.

Северный государственный медицинский университет.

Кафедра «Акушерство и Гинекология». Студент. E-mail: a.a.marusa@yandex.ru

Научный руководитель: д.м.н., проф., Баранов А.Н.

Аннотация: Рвота беременной встречается примерно до 80-90 % случаев, тяжелая форма поражает около 0,3-3,6 % беременных женщин, Частота рецидивов варьируются от 15,2 %

Ключевые слова: рвота беременной

Тошнота и рвота беременных (РБ) – состояние, диагностируемое у беременных женщин в первый триместре, в случае исключения любых других причин тошноты и рвоты. Чрезмерная рвота беременной – это тяжелая форма, характеризующаяся триадой симптомов: потеря веса более 5 % по сравнению с предбеременным весом, дегидратация, электролитные нарушения. В настоящее время для определения степени тяжести РБ используется опросник PUQE (Таблица 1): при наборе ≤ 6 баллов, рвота беременной оценивается как мягкая; при 7–12 баллах как средняя; как тяжелая при 13–15 баллах.

- При подозрении РБ, и исключив другие причины рвоты, оценив степень тяжести по PUQE, и проведя оценку клинических осложнений (обезвоживание, электролитный дисбаланс, потеря веса), выбирается тактика ведения пациентки:

- При PUQE 3-12 и отсутствие осложнений: рекомендуется назначение противорвотных препаратов и коррекция образа жизни и диеты, адекватное потребление жидкости, чтобы предотвратить обезвоживание, и прием мультивитаминов.

- При PUQE ≥ 13 , но без осложнений, и беременная чувствительна к приему противорвотных препаратов, то лечение стоит проводить амбулаторно до появления признаков кетонурии. Назначается быстрая внутривенная регидратация с физиологическим раствором и калием (если нет противопоказаний), прием противорвотных препаратов, тиамин.

- При наличии осложнений или безуспешным амбулаторным лечением, в независимости от оценки PUQE, лечение проводится в стационаре: помимо приведенному выше амбулаторному лечению, проводится профилактика образования тромбоза, рассматривается возможность применения стероидов. [1]

Рекомендуемые противорвотные препараты представлены в Таблице 2. [1]

Есть и более подробный алгоритм лечения РБ, каждый пункт выполняется последовательно друг за другом, при неэффективности предыдущего способа лечения. [2]

Легкое и среднее течение РБ

- Пиридоксин, Pyridoxine (Витамин В6) PO по 50 мг 4 раза в день или 200 мг PO на ночь

- Добавить Доксиламин (Restavit®) 12,5 PO, увеличить до 25 мг, затем добавлять 12,5 мг и во второй половине дня по мере необходимости
 - Добавить другой антигистаминовый препарат: Прометазин (Дипразин®, Фенерган®) 10-25mg PO 3-4 раза в день или дименгидринат (Драмина®) 50mg PO 3-4 раза в день
 - Метоклопрамид (Максолон®, Прамин®) 10mg PO 3-4 раза в день или прохлорперазин (Метеразин®) PO 5 – 10mg 2-3 раза в день или 25mg PR 1-2 раза в день.
- Тяжелые, повторяющиеся или стойкие тошнота и рвота
- Ондансетрон (Зофран®) 4 мг PO 2-3 раза в день. Назначение данного препарата должно быть обсуждено коллегиально.

• Рассмотреть возможность изменения режима приема любого из следующих препаратов: Метоклопрамид (Максолон®, Прамин®) 10mg IV/IM каждые 8 часов, Прохлорперазин (Метеразин®) 12.5mg IM каждые 8 часов, Прометазин (Дипразин®, Фенерган®) 12.5 to 25mg IM каждые 6-8 часов, Ондансетрон (Зофран®) 4mg IV/IM каждые 8-12 часов

• Если симптомы не исчезают Преднизолон 50mg PO ежедневно 3 дня, затем уменьшить до 25 мг в течение 3 дней, затем уменьшать на 5 мг в зависимости от переносимости до улучшения

Важный компонент в ведение беременных с РБ – это нутриционная поддержка. Это эффективный метод зачастую является последним средством для ведения беременных. Не смотря на более высокую эффективность и безопасность, энтеральное питание плохо переносится больными, и они отдают предпочтение парантеральному питанию. [1]

РБ и ее лечение может привести к опасным для жизни осложнениям, но прежде чем предлагать прекращение беременности должны быть испробованы все лечебные мероприятия. При решении вопроса прерывания беременности, должен быть выбран мультидисциплинарный подход. [1]

При планирование будущей беременности, женщинам с РБ в анамнезе следует иметь в виду, что существует риск рецидива. Специалисты рекомендуют упреждающее лечение противорвотными препаратами, коррекцию образа жизни и питания, для снижения риска возникновения или степени тяжести РБ в будущей беременности. [1]

Литература:

1. The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum. Royal college obstetrics and gynecology, Guideline No. 69, 2016
2. Guideline Nausea and Vomiting – Pregnancy. The Royal Women's Hospital, 2014

Таблица 1

Система подсчета баллов Motherisk PUQE-24					
За последние 24 часа как долго вы чувствовали тошноту или были боли в животе?	Не было (1)	<1 часа (2)	2-3 часа (3)	4-6 часов (4)	> 6 часов (5)
За последние 24 часа у вас была тошнота или рвота?	≥7 раз (5)	5-6 раз (4)	3-4 раз (3)	<3 раз (2)	Не было (1)
За последние 24 часа, сколько раз у вас были непродуктивные рвотные позывы?	Не было (1)	1-2 раза (2)	2-4 раза (3)	5-6 раза (4)	7 или больше раз (5)

Таблица 2

Рекомендуемые противорвотные препараты и их дозировки

1 линия	• Циклизин 50 mg PO, IM or IV каждые 8 часов • Прохлорперазин (Метеразин®) 5–10 mg каждые 6–8 часов PO; 12.5 mg каждые 8 часов IM/IV; 25 mg PR ежедневно • Прометазин (Дипразин®, Фенерган®) 12.5–25 mg каждые 4–8 часа PO, IM, IV или PR • Хлорпромазин (Аминазин®) 10–25 mg каждые 4–6 часа PO, IV или IM; или 50–100 mg каждые 6–8 часов PR
2 линия	• Метоклопрамид (Максолон®, Прамин®) 5–10 mg каждые 8 часов PO, IV или IM (максимум 5 дней) • Домперидон (Мотилиум®) 10 mg каждые 8 часов PO; 30–60 mg каждые 8 часов PR • Ондансетрон (Зофран®) 4–8 mg каждые 6–8 часов PO; 8 mg за 15 минут IV каждые 12 часов
3 линия	• Кортикостероиды: гидрокортизон 100 mg 2 раза в день IV до клинического улучшения • преднизолон 40–50 mg ежедневно PO, доза постепенно снижается до самой низкой поддерживающей дозы, контролирующей симптомы

АКУШЕРСКИЙ СЕПСИС. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Семенец А. В., Пух С.И.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра акушерства и гинекологии. Клинические ординаторы кафедры акушерства и гинекологии СГМУ.

E-mail: semenets.nyuta@mail.ru

Научный руководитель: к.м.н., доцент Истомина Н.Г.

Сепсис остается одной из важнейших причин материнской смертности и заболеваемости. Так в глобальном масштабе составляя 11 %. При этом в развитых странах этот показатель несколько ниже – 7 % (ВОЗ, 2012). В нашей стране, по данным Росстата за 2014г, на долю сепсиса приходится 3 %, что, возможно, отчасти связано с различиями в расчете данного показателя. В то же время по данным современных зарубежных исследований, частота госпитализаций по поводу сепсиса с каждым годом неуклонно растет.

Важно отметить, что на данный момент существует несколько различных классификаций стадийности, определения степеней тяжести как неосложненного инфекционного процесса, так и сепсиса во время беременности и в послеродовом периоде, иногда противоречащих друг другу или не учитывающих ряда таких состояний, как вероятность наличия лейкопении и нормотермии при септическом состоянии. Отсутствие единой терминологии затрудняет своевременную диагностику сепсиса и потенциально ухудшает исходы для пациентов.

Неоднозначность трактовки понятий, несовершенство классификаций, необходимость более ранней диагностики редких и атипичных случаев требовало пересмотра основных рекомендаций. С этой целью в 2014г была создана группа из 19 экспертов в области интенсивной терапии, инфекционных болезней, хирургии и пульмонологии. Результатом этой работы явилось новое определение состояния сепсиса – третий международный консенсус определения сепсиса и септического шока (Sepsis-3) в феврале 2016г.

Ключевыми позициями этого документа является исключение понятия «синдром системного воспалительного ответа» из определения сепсиса. В первую очередь это было аргументировано тем, что сам по себе синдром является адекватным ответом организма не только на инфекцию, но и на ряд других факторов. Также принято исключение понятия «тяжелый сепсис», так как сепсис уже является тяжелым состоянием.

Сепсис определен как угрожающая жизни органная дисфункция, вызванная неадекватным ответом организма на инфекционный процесс. Определено, что органная дисфункция может быть скрытой. Таким образом, наличие инфекционного процесса у пациента может быть потенциально опасно развитием полиорганной недостаточности, и наоборот, наличие органной дисфункции, может быть обусловлено скрытой инфекцией.

Степень органной дисфункции предложено оценивать по шкале «SOFA». В основу этой оценочной шкалы положен принцип корреляции симптомов с процентом летальности. С целью ранней диагностики сепсиса для врачей первичного звена предложена шкала «Quick SOFA», учитывающая всего три критерия: 1.ментальный статус по шкале комы Глазго, 2.наличие дыхательных расстройств по частоте дыхания, 3.нарушений сердечно-сосудистой системы по уровню среднего АД. Присутствие двух и более критериев говорит о наличии органной дисфункции у пациента.

В акушерстве ситуация осложняется наличием физиологических изменений, обусловленных самим процессом беременности, а при наличии осложнений нередко их полиорганным характером поражения, которые в сочетании с инфекционным процессом могут затруднять диагностику. Данные мультицентровых зарубежных исследований показывают, что почти в половине случаев сепсис приходится на родовой период (Bauer M.E., et al., 2013), более чем в 58 % первичный очаг инфекции при сепсисе находится вне половой системы (L. Ouda, P.Watkins, 2015). Что вполне отражает современную структуру материнской летальности и случаев Near-miss в развитых странах, где на первые позиции выходят не прямые причины – тяжелая экстрагенитальная патология (ВОЗ, 2012, ACOG, 2014). Проблемы акушерства в настоящее время становятся все более многопрофильными.

Интересны с этой позиции и наиболее значимые факторы риска возникновения акушерского сепсиса. Лидирующая позиция здесь, принадлежит такому частому осложнению беременности как анемия, которая выявлена у 35 % пациенток с акушерским сепсисом. На втором месте по частоте находятся тяжелые преэклампсии и эклампсии, в основе патогенеза которых лежит системный эндотелиоз и прогрессирующая полиорганная дисфункция/недостаточность (L. Ouda, P.Watkins, 2015).

По результатам «конфиденциального опроса по материнской летальности» в Соединенном королевстве выделены дополнительные факторы риска: экстренное кесарево сечение, безводный промежуток более 18 часов, частые влагалищные исследования во время родов. Потенциальный риск имеет возрастающая частота применения инвазивных методов диагностики и лечения, таких как хорионбиопсия, кордоцентез, амниоцентез и др.

Таким образом, инфекционные осложнения, возникающие в период беременности, родов и в послеродовом периоде остаются актуальной проблемой акушерства. В ряде случаев они приводят к воз-

никновению критических состояний, и могут являться причиной материнской смертности. Количество регистрируемых случаев сепсиса по данным национальных регистров в развитых странах растет. Учитывая полиорганный характер поражения, экстрагенитальное расположение первичного очага инфекции, лечение таких пациентов требует слаженной работы многопрофессиональной команды. Клинический протокол МЗ РФ «Гнойно-воспалительные заболевания и сепсис в акушерстве» от 2015г в настоящее время требует пересмотра ряда позиций в соответствии с третьим международным консенсусом Sepsis-3. Применение новых международных рекомендаций, возможно, увеличит число своевременно выявленных случаев этого грозного осложнения. К сожалению, в настоящее время остаются недостаточно изученными вопросы этиологии сепсиса, подбор эффективной антибактериальной и комплексной терапии таких пациентов.

НРАВСТВЕННО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Тарасова Е.В.

Министерство здравоохранения Российской Федерации государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Северный Государственный Медицинский Университет Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра гуманитарных наук. Студентка 2 курса лечебного факультета

Научный руководитель: зав. кафедрой, кандидат философских наук, доцент Макулин А.В.

Аннотация: XX век ознаменован многими открытиями, в том числе и в медицинской области. Одним из самых перспективных и удивительных по своей значимости событий является методика экстракорпорального оплодотворения, предназначенная для лечения бесплодия. Рождаемость в современном обществе имеет тенденцию к снижению, возникающую в результате действия как объективных, так и субъективных факторов и влекущую за собой последствия, негативно сказывающиеся на функционировании общества и самого человека. В связи с этим особенную актуальность в современном обществе получает методика ЭКО, меняющая представление человека о способе воспроизведения потомства. Ведь желание иметь ребенка – самое естественное желание каждой женщины.

Ключевые слова: экстракорпоральное оплодотворение; *in vitro*; имплантация эмбриона; яйцеклетка; сперматозоид; инсеминация; интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида; криоконсервация; преимплантационная генетическая диагностика; этические и моральные проблемы; суррогатное материнство.

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) – это метод борьбы с бесплодием, относящийся к группе вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), который представляет собой оплодотворение яйцеклеток вне организма женщины с последующим переносом получившихся эмбрионов в полость матки.

Этические проблемы, возникающие при применении метода ЭКО, связаны с несколькими его составляющими: при рассмотрении исторического развития метода и его формирования, получение половых клеток, отсутствие связи зачатия с половым актом, последствия ЭКО для матерей и эмбрионов.

Обратимся к такой этической проблеме ЭКО, как его историческое развитие. В 1934 г. было высказано предположение, что эмбрионы млекопитающих и человека способны нормально развиваться в условиях вне организма матери. После этого осуществлялись попытки зачатия «в пробирке» сначала животных, а затем и человека. Были проведены многочисленные эксперименты на человеческих зародышах, которые сопровождались смертью последних. Представить себе масштабы экспериментов можно, указав на тот факт, что рождение первого ЭКО-ребенка Луизы Браун удалось добиться только после 102 неудачных попыток переноса эмбрионов, через десять лет исследований. Следует только предполагать о количестве принесенных в жертву человеческих эмбрионов, над которыми были проведены эксперименты, чтобы достичь первого успеха. Возникает вопрос: этично ли для приобретения блага одной личностью пользоваться теми достижениями, которые получены при страдании другой личности? Ответить на этот вопрос помогает латинское высказывание: «Non sunt facienda mala ut veniant bona» (Нельзя творить зло, из которого бы выходило добро). Однако в этом высказывании идет речь скорее о предполагаемом действии, ради которого надо в будущем нарушить принципы морали. Но если, результаты уже получены, и их получение никак не было связано с обществом, которое собирается их использовать, т. е. результаты есть состоявшийся факт, то этически приемлемо использовать данные, способные улучшить жизнь других людей.

Одной из не менее актуальных ЭКО-ассоциированных этических проблем является один из способов получения мужских половых клеток. Наиболее простым методом является извлечение семени методом эякуляции, что является нормальным физиологическим актом, который как и другие сферы интимной жизни человека получал самое разное освещение в истории философии и психологии. В качестве при-

мера можно привести Онана – второго сын Иуды, который обязан был взять в жёны вдову брата Фамарь, дабы она смогла принести наследника, который считался бы первенцем от старшего сына. Онан «когда входил к жене брата своего, изливал семя на землю, чтобы не дать семени брату своему», за что и заслужил смертную кару от Господа. [3,5]

Одним из основных этических требований деторождения с ее стороны является то, что оно должно быть «результатом союза и личностных отношений супругов». Отличительной чертой супружеской любви являются ее целостность и полнота дара двух личностей. Замена телесного соединения некой технологией приводит к редукции супружеского акта, его низведению до уровня чисто технического действия».

В вышеприведенных словах основной упор ставится на метафизической сущности зачатия, о том, что оно должно быть результатом межличностных отношений. [7]

В связи с тем, что метод ЭКО появился достаточно недавно, в настоящее время отдаленные его последствия для женщин только изучаются. Наиболее актуальны для медицины, а потому наиболее изучены те последствия, которые непосредственно связаны с процедурой ЭКО: синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ), осложнения пункции фолликулов. Таким образом, в современной технике проведения ЭКО существует негативное влияние на организм матери, что создает определенную этическую проблему. Однако в данном случае мы имеем не прямое, заведомо негативное влияние на организм матери. Это осложнение. Как любое врачебное вмешательство может иметь процент осложнений, так и данная процедура тоже имеет определенный риск. Каждый раз, обращаясь к врачу и доверяясь ему, мы получаем лечение, которое нам помогает лишь с определенной долей вероятности. Поэтому врач не только в случае с ЭКО, но при любом воздействии на человека сталкивается с этической проблемой – возможностью причинить пациенту вред. Однако поскольку двум сторонам лечебного процесса известна степень риска, то можно утверждать, что данная этическая проблема не выходит за рамки профессиональной врачебной этики, а потому имеет значение лишь в стимуляции поиска средств для прогнозирования и лечения этого осложнения. Применительно к ЭКО эта этическая проблема имеет значительно меньшее значение, т. к. супруги перед проведением ЭКО знают о возможных осложнениях и сознательно идут на риск ради будущего ребенка.

Также мы должны понимать, что в результате ЭКО появляются дети с более высокой частотой заболеваний. Врач, проводя манипуляции ЭКО, сознательно увеличивает страдания, как нового человека, так и супружеской пары – будущих родителей. Однако здесь необходимо заметить, что бесплодные супруги решаются на такой шаг, также сознательно жертвуя своим благополучием ради будущего ребенка. Эта жертвенность во многом уменьшает данную этическую проблему. К тому же стоит заметить, что возникшие заболевания (2-кратный риск гестационного диабета, 2-кратное увеличение преждевременных родов, 2–3-кратное увеличение низкого веса при рождении) в большинстве случаев устраняются при надлежащем лечении.

В заключение хочется отметить, что шаги на пути решения нравственно-этических проблем были сделаны в 2012 Приказом Минздрава РФ, но, тем не менее, дискуссионные вопросы продолжают существовать в этой, на мой взгляд, не до конца изученной проблеме.

Литература:

1. Балашов Н.О. Искусственное оплодотворение: что думают православные // Биоэтика: принципы, правила, проблемы. М., 1998. С. 147-153.
2. Гоглова, О. О. Биомедицинская этика : учеб. пособие для студентов мед. вузов / О. О. Гоглова, С. В. Ерофеев, Ю. О. Гоглова. – Санкт-Петербург : Питер, 2012. – 271
3. Коржавина А.И., Чернышева М.Л., Чернышев А.В. Основные проблемы биомедицинской этики глазами студентов 1 курса медицинского вуза // Парацельс. 2010. № 2 (15). С. 10-12.
4. Кулакова В.И., Леонова Б.В. ЭКО и его новые направления в лечении мужского и женского бесплодия: Руководство для врачей, 2004г.-782с.:ил.
5. Курило Л.Ф. Некоторые морально-этические проблемы репродукции человека // Биомедицинская этика / под ред. В.И. Покровского. М., 1997. С. 151-172.
6. Сакевич В.И. Помогут ли новые репродуктивные технологии повысить рождаемость в Европе // Демоскоп Weekly. 2007. № 275-276.
7. Шаповалов И.А. Биомедицинская этика: Учебник. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 344 с: ил. (Учеб. лит. для студ. мед. вузов). – ISBN 5-225-04002-0
8. Элио Сгречча, Виктор Тамбоне. Биоэтика. Учебник, 2002г.
9. Sorenson C. ART in the European Union // Euro Observer. The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies. Autumn 2006. V.8. № 4. P. 2.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФОСМОТРА У СОТРУДНИЦ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Федухина Я.Н.

1- ГБОУ ВПО Северный государственный медицинский университет. Ординатор кафедры клинической биохимии, микробиологии и лабораторной диагностики.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Лебедева О.В.

Аннотация: Проведено цитологическое исследование на предмет выявления рака шейки матки у сотрудниц медицинского вуза. Проанализированы результаты исследования у женщин репродуктивного возраста и в состоянии менопаузы, выявлены характерные изменения.

Ключевые слова: цитологический скрининг, рак шейки матки, репродуктивный возраст, менопауза.

Организация цитологического скрининга рака шейки матки является частью национальной программы модернизации системы здравоохранения и укрепления здоровья населения РФ. Она направлена на решение задач снижения показателей высокой заболеваемости и смертности от рака шейки матки в стране. Вопреки достижениям последних лет в разработке методов ранней диагностики и лечения, а также, невзирая на достаточно хорошо изученные этиологию и патогенез, рак шейки матки продолжает занимать лидирующее положение в структуре онкологической патологии женской репродуктивной системы. [1]

В последние годы в России регистрируется прирост заболеваемости раком шейки и снижение среднего возраста заболевших до 52 лет, т.е. рак шейки матки «молодеет», и этот факт дает еще одно основание для более подробного изучения данного вопроса. [2]

Целью исследования являлось выявление цитологических изменений у женщин (сотрудниц СГМУ) при проведении профилактического медосмотра. Исследования выполнялись на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории (ЦНИЛ) СГМУ в марте-октябре 2016 года. Для достижения поставленной цели было обследовано 249 женщин (сотрудниц СГМУ). Проведен ретроспективный анализ результатов цитологического исследования на предмет выявления рака шейки матки.

Группу выборки составили 229 женщин соответствующих критериям отбора. Обследованные были распределены на 2 группы по состоянию гормонального фона. Первую группу (репродуктивного возраста) составили 130 женщин (57,8 %) в возрасте от 21 года до 56 лет. Во вторую группу вошли женщины находящиеся в состоянии менопаузы 99 сотрудниц (43,2 %), в возрасте от 43 до 74 лет.

В ходе анализа цитологических микропрепаратов 46,7 % мазков имели недостаточно адекватный материал. Качество взятого материала не зависело от возраста и гормонального фона и вероятно связано с техникой отбора биоматериала и подготовкой исследуемых на преаналитическом этапе.

Следующим этапом анализа было выявление наличия и степени выраженности воспалительного процесса у обследованных женщин. Наличие воспалительных изменений в микропрепаратах было зарегистрировано у 60,0 % женщин репродуктивного возраста. В то время как во второй группе у 2/3 женщин (68,0 %) не было данных за воспалительный процесс. Причем выраженный воспалительный процесс (лейкоцитоз более 50) регистрировался в три раза чаще у женщин 1 группы (20,8 %), против (6,0 %) второй группы. Инфекции в репродуктивном возрасте, по цитологическим результатам, в 23,1 % были представлены кандидозом и бактериальным вагинозом.

Для обследованных второй группы наиболее характерными являлись реактивные изменения, зарегистрированные у 56,6 % и в основном представленные атрофическими изменениями эпителия (атрофический кольпит и атрофический тип мазка). Неопухольевые изменения эпителия, требующие динамического наблюдения, в 4 раза чаще регистрировались у женщин репродуктивного возраста (3,9 %), средний возраст обследованных составил 41 год. В ходе проведенного цитологического исследования не было выявлено опухолевых изменений эпителия ни в одной из обследованных групп.

Таким образом, в ходе проведенного исследования установлено, что требуется улучшение качества отбора биологического материала для цитологического исследования при проведении профосмотра. Цитологические изменения у женщин репродуктивного возраста в основном связаны с проявлениями воспалительного генеза. У женщин находящихся в состоянии менопаузы наиболее часто регистрируются реактивные изменения, представленные атрофическими изменениями эпителия. Несмотря на то, что в ходе проведенного исследования у сотрудниц медицинского вуза не было выявлено ни одного случая онкопатологии, 4 % женщин репродуктивного возраста требуют динамического наблюдения с целью ранней диагностики рака шейки матки.

Литература:

1. Воробьев С.Л., Иванова Т.М. Цитологический скрининг рака шейки матки. М., 2013. 20с.
2. Савченко Е.А., Волкова Л.В. Эпидемиология рака шейки матки в России. К., 2011.
3. Шабалова И.П. Цитологический атлас. Критерии диагностики заболеваний шейки матки: Пособие для врачей. Тверь: ООО «Губернская медицина», 2001. 120 с. 300 илл.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПРИ СОСТОЯНИЯХ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ СТРЕССА

Артемьева Е.Н.

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск.

Кафедра психиатрии и клинической психологии. II курс лечебного факультета.

E-mail: ele31397883@yandex.ru

Научный руководитель: д.м.н., проф. А.Г. Соловьев

Аннотация: В статье представлена характеристика метода биологической обратной связи (БОС) при коррекции нарушений, обусловленных деструктивным воздействием стресса. Показаны основные направления БОС-технологий и целесообразность их применения в случаях дестабилизирующего стрессового влияния на человека. Отмечено, что эффективность метода БОС во многом определяется активностью пациента и степенью прилагаемых им усилий к процессу реабилитации.

Ключевые слова: биологическая обратная связь, стресс, саморегуляция, коррекция, реабилитация, психоэмоциональные состояния.

Человек на протяжении жизни постоянно подвергается действию стрессовых факторов. В одних случаях воздействие стресса мобилизует его резервные возможности, тем самым стимулируя на дальнейшую активную жизнь и деятельность [8]. В случаях же деструктивного воздействия стресса его разрушительные факторы могут стать психотравмирующими, а также факторами риска при проявлении и обострении многих заболеваний [11]. При возникновении психоэмоционального напряжения нарушается приспособительная способность организма к новым стрессовым условиям, происходит ослабление его защитных функций. В результате таких состояний могут развиваться различные психоэмоциональные расстройства, психические нарушения, психосоматические заболевания, требующие своевременной коррекции [1].

Фармакологические средства, использующиеся в настоящее время как основные при коррекции данных расстройств, не устраняют необходимости поиска новых направлений, которые в сочетании с традиционным лекарственным лечением или самостоятельно могут значительно улучшить процесс и показатели реабилитации человека в условиях деструктивного влияния стресса [9]. Одним из таких немедикаментозных, эффективных и перспективных методов коррекции негативных стрессовых нарушений является метод биологической обратной связи (БОС).

Целью исследования явилось обоснование применения метода БОС при состояниях, обусловленных деструктивным воздействием стресса.

БОС представляет собой комплекс занятий, во время которых человеку посредством технических средств обратной связи передается информация о текущем состоянии той или иной его психофизиологической функции. С помощью данных сведений посредством собственной саморегуляции, играющей значимую роль в ходе тренинга БОС, пациент может научиться с течением времени изменять эту функцию произвольно. Технология БОС направлена на обучение новым конструктивным способам поведения и навыкам управления своими эмоциями, повышению уровня стрессоустойчивости [13].

Достоинством метода БОС является то, что он обеспечивает не воздействие на само состояние человека, а осуществляет тренировку, выработку у него навыков эмоционального самоконтроля и стрессоустойчивости [10]. Большую роль в этом процессе будут играть личностные особенности человека, его мотивация к выздоровлению, прилагаемые усилия к саморегуляции собственного состояния.

Метод реабилитации, основанный на механизме БОС, при различных психоэмоциональных нарушениях находит применение у лиц, служба которых связана с постоянным напряжением внимания при сменном режиме работы [3], а также и у членов семей представителей «опасных» профессий, подвергающихся частой нервно-психической перегрузке, психоэмоциональному напряжению при ежедневном воздействии стресса [4].

В психиатрической практике метод БОС позволяет корректировать такие нарушения, как, например, тревожные, депрессивные расстройства, навязчивые состояния [2], неврозы [5] и др. БОС-технологии используются при терапии психосоматических заболеваний, стартовым механизмом возникновения и обострения которых является эмоциональный стресс, таких как, например, хронические болевые расстройства [7], психовегетативные нарушения [6], кардиореспираторная патология [12] и др.

Положительным моментом использования БОС-технологий при терапии заболеваний, обусловленных деструктивным воздействием стресса, является возможность в течение реабилитационного занятия прослушивания аудиозаписей, которыми могут быть, например, классические музыкальные произведения.

Возможность прослушивания музыки в ходе сеансов с БОС выполняет психорелаксационную функцию, способствует поднятию настроения, нормализации психологического состояния человека в условиях негативного стрессового влияния.

Заключение. Обучение саморегуляции состояния организма с помощью немедикаментозного метода, основанного на механизме БОС, помогает человеку в условиях стресса регулировать и корректировать свое психоэмоциональное и функциональное состояние. Эффективность метода БОС во многом определяется активностью пациента и степенью прилагаемых им усилий к процессу реабилитации. БОС-технологии могут применяться у пациентов при различных психоэмоциональных, психиатрических и психосоматических нарушениях, обусловленных деструктивным воздействием стресса.

Литература:

1. Барачевский Ю.Е., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Медицина катастроф. – Архангельск: Издательский центр СГМУ, 2007. – 176 с.
2. Бирюкова Е.В., Мосолов С.Н. Прогноз эффективности нейробиофидбека у больных тревожными расстройствами, резистентными к психофармакотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21. – № 2. – С. 75-81.
3. Зарипов А.А., Потапов Р.В., Ашанина Е.Н. Современные представления об использовании принципа биологической обратной связи в коррекции функционального состояния организма у сотрудников силовых ведомств при сменном режиме деятельности // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2015. – № 2. – С.86-99.
4. Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г., Боев И.В. Применение биологической обратной связи в медико-психологической реабилитации жен военнослужащих // Экология человека. – 2015. – № 9. – С. 3-6.
5. Плоткин Ф.Б. Биологическая обратная связь и ее применение в аддиктологии // Наркология. – 2010. – Т. 9. – № 4. – С. 102-113.
6. Полякова А.Г., Матвеева В.В. Использование аппаратного биоуправления в комплексном восстановительном лечении пациентов с психовегетативными расстройствами для профилактики развития артериальной гипертензии // Медицинский альманах. – 2011. – Т. 16. – № 3. – С. 64-66.
7. Пронин О.В., Пронин С.В. Особенности диагностики, клинического течения и терапии синдрома клинической боли [Non-cancer] // Мир науки, культуры, образования. – 2013. – Т. 42. – № 5. – С. 405-410.
8. Родыгина Ю.К., Дерягина Л.Е., Соловьев А.Г. Психофизиологические маркеры профессиональной успешности сотрудников подразделений органов внутренних дел // Экология человека. – 2005. – № 10. – С. 33-38.
9. Старостин О.А., Соловьев А.Г., Барачевский Ю.Е., Мусаев Р.Б. Коррекция нарушений психофизиологических функций у специалистов опасных профессий путем сочетанного использования разномодальных физических факторов // Экология человека. – 2012. – № 5. – С. 36-40.
10. Унакафов А.М. Адаптивный метод программно-аппаратной поддержки процессов тренировки эмоционального контроля человека // Известия ЮФУ. Технические науки. – 2008. – № 6. – С. 37-41.
11. Федотчев А.И. Стресс, его последствия для человека и современные нелекарственные подходы к их устранению // Успехи физиологических наук. – 2009. – Т. 40. – № 1. – С. 77-91.
12. Щегольков А.М., Дыбов М.Д., Пушкарёв Е.П., Косухин Е.С. Применение ЭЭГ-зависимой биологической обратной связи в медицинской реабилитации больных с кардиореспираторной патологией // URL: <http://www.kolaconference.ru/article/year2014/num37/> (дата обращения 27.12.2016)
13. Яковлев О.Г., Стоволкова Т.А., Сухобрус Е.А., Кардашева Г.С. Использование методов компьютерного биоуправления в лечении стресс-зависимых заболеваний // Вестник медицинского института ПЕАВИЗ. – 2014. – № 4. – С. 44-47.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ СО СВОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ У ЛИЦ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Золотарева О.А.

*ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России,
студентка 6 курса, факультет клинической психологии, социальной работы
и адаптивной физической культуры*

Научный руководитель: д.м.н., проф. Бочарова Е.А.

Аннотация: В статье представлены особенности копинг-стратегий у лиц с врожденными (или приобретенными в раннем детстве) и приобретенными в течение жизни сердечно-сосудистыми заболеваниями и взаимосвязи копинг-стратегий со свойствами личности у данных пациентов.

Ключевые слова: копинг, копинг-стратегия, сердечно-сосудистые заболевания

В современном мире всё больше возрастает интерес к проблеме функционирования личности в динамично меняющихся условиях жизни, которая тесно связана с понятием психологической адаптации или процессом приспособления индивида к требованиям среды, что в психологической науке рассматривается как совладающее поведение (копинг). Данный феномен вызывает живой интерес как зарубежных, так и российских ученых [3,4].

Неспособность или неумение человека совладать со стрессом является одной из причин для расстройства здоровья или ухудшения качества жизни. Особое внимание уделяется анализу способов преодоления негативных психологических последствий трудной ситуации. Выбор копинг-стратегий и их эффективность, особенности совладания, репертуар преодолевающего поведения в рамках диспозиционного и ситуативного контекста являются наиболее актуальными темами психологических исследований копинга [1,2,5].

Цель исследования: изучить взаимосвязь копинг-стратегий со свойствами личности у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 50 человек (женщины), 22 (44 %) из которых – лица с врожденными (или приобретенными в раннем детстве) сердечно-сосудистыми заболеваниями и 28 (46 %) с приобретенными в течение жизни. Средний возраст участников $42,36 \pm 10,75$ лет.

Диагностический комплекс включал:

- анкетирование для изучения социальных характеристик, определения начала и стажа заболевания;
- методику «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана, адаптированную Н.А.Сиротой (1994) и В.М. Ялтонским (1995)4

- опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса;
- фрайбургский личностный опросник, FPI (модифицированная форма В)

Статистическая обработка данных: критерий Шапиро-Уилко для оценки нормальности распределения, U-критерий Манна-Уитни для оценки значимости различий между выборками, коэффициент корреляции Спирмена и Пирсона для изучения взаимосвязи двух метрических переменных (копинг-стратегии и личностные особенности испытуемых).

Значимых различий в выборе копинг-стратегий между пациентами с врожденными и приобретенными сердечно-сосудистыми заболеваниями не выявлено ($p > 0,05$).

Тест Д. Амирхана показал, что пациенты обеих групп из доминирующих копинг-стратегий чаще выбирали «разрешение проблем» и «поиск социальной поддержки». Показатели находились на среднем уровне, наблюдался низкий уровень копинг-стратегии «избегание проблем», из этого следует, что пациенты с врожденными и приобретенными сердечно-сосудистыми заболеваниями чаще обращаются за помощью к окружению и стремятся решать трудные ситуации по мере их поступления.

По результатам опросника Р. Лазаруса значимых различий между группами выявлено не было. Использование и напряженность копинг-стратегий находились на среднем адаптивном уровне, т. е. данные пациенты в зависимости от ситуации применяют широкий спектр стратегий. Наиболее предпочтительными стратегиями стали следующие: планирование решения проблемы, поиск социальной поддержки, бегство-избегание и самоконтроль. Для испытуемых было характерно решение проблем за счет целенаправленного анализа ситуации и рассмотрения вариантов поведения, выработке различных стратегий разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий и ресурсов. Данным лицам было свойственно привлечение социальных ресурсов, эмоциональная поддержка и поиск информации. У них отмечался высокий уровень самоконтроля за эмоциями. В некоторых ситуациях данные пациенты могут отклоняться и отрицать проблему, чтобы пережить трудности.

Личность пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями характеризовалась высокими показателями открытости, что свидетельствует о стремлении к доверительно-откровенному взаимодействию с окружающими людьми при довольно высоком уровне самокритичности. Высокие оценки по шкале эмоциональной лабильности указывали на некоторую неустойчивость в эмоциональном состоянии, проявляющуюся в колебаниях настроения, повышенной возбудимости, раздражительности, недостаточной саморегуляции.

У пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями были выявлены общие двусторонние устойчивые прямые и обратные взаимосвязи. Так, например, чем более выражена стратегия избегания, тем выше показатели депрессивности, эмоциональной лабильности, реактивной агрессивности и ниже уравновешенности.

Общительность у пациентов с врожденными сердечно-сосудистыми заболеваниями связана с преобладанием конструктивных копинг-стратегий (планирование и решение проблем, поиск социальной поддержки). Реактивная агрессивность связана с менее продуктивной стратегией – конфронтацией.

У пациентов с приобретенными сердечно-сосудистыми заболеваниями застенчивость прямо взаимосвязана с принятием ответственности. Чем ниже уровень спонтанной агрессивности, тем чаще используется положительная переоценка.

Таким образом, результаты проведенного нами исследования подтверждают мнение различных авторов о том, что женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями при столкновении с тяжелыми ситуациями

чаще используют копинг-стратегии, направленные на социальную поддержку из внешнего окружения, решение проблем, бегство-избегание и положительную переоценку. Для них характерны пониженное настроение, замкнутость, тревожность, повышенная агрессивность, снижение самооценки.

Эмпирическое исследование подтвердило гипотезу о том, что существуют различия во взаимосвязях между копинг-стратегиями и особенностями личности у лиц с врожденными и приобретенными сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Достоверно значимых различий в выборе копинг-стратегий и свойствами личности между группами с врожденными и приобретенными сердечно-сосудистыми заболеваниями выявлено не было, но определены устойчивые взаимосвязи между отдельными чертами и копинг-стратегиями в данных группах. Пациенты используют такие общие копинг-стратегии, как поиск социальной поддержки, планирование решения проблемы, бегство-избегание и самоконтроль.

Характерными свойствами и состояниями личности для лиц женского пола с сердечно-сосудистыми заболеваниями независимо от времени приобретения являются застенчивость, невротичность, депрессивность и эмоциональная лабильность.

Литература:

1. Андреева О.С., Свистунова Н.Г. Адаптивность предпочитаемых копинг-стратегий и компоненты описания стрессовой ситуации [Электронный ресурс] // Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования. 2012. N 9. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/adaptivnost-predpochitaemyh-koping-strategy-i-komponenty-opisaniya-stressovoy-situatsii> (дата обращения: 8.10.2016).

2. Величковская С. Б. Влияние индивидуально-психологических характеристик личности на выбор стратегий совладающего поведения [Электронный ресурс] // Вестник Московского государственного лингвистического университета. 2011. N 613. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-individualno-psihologicheskikh-harakteristik-lichnosti-na-vybor-strategy-sovladayuschego-povedeniya> (дата обращения: 11.10.2016).

3. Исаева Р.Е. Возрастные и гендерные особенности стресс-преодолевающего поведения (копинга) на примере российской популяции [Электронный ресурс] // Вестник ТГПУ. 2009. N 6 (84). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/vozrastnye-i-gendernye-osobennosti-stress-preodolevayuschego-povedeniya-kopinga-na-primere-rossiyskoy-populyatsii> (дата обращения: 5.10.2016).

4. Кружкова О.В., Никифорова Д.М. Проблема диагностики копинг-стратегий в современном психологическом [Электронный ресурс] // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2012. N 31. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/problema-diagnostiki-koping-strategy-v-sovremennom-psihologicheskom-izmerenii> (дата обращения: 8.10.2016).

5. Хачатурова М.Р. Совладающий репертуар личности: обзор зарубежных исследований / М.Р. Хачатурова // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2013. Т. 10. N 3. С. 160-169.

НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАУЧНОГО СТУДЕНЧЕСКОГО КРУЖКА КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ СЕВЕРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Стремилова А.А.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра психиатрии и клинической психологии. Студентка 3 курса факультета клинической психологии, социальной работы и адаптивной физической культуры.

Научные руководители: д.м.н., проф. Бочарова Е.А., д.м.н., проф. Соловьев А.Г.

Аннотация: Целью исследования явилась систематизация научно-практических исследований студентов на кафедре психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета по четырем направлениям научной деятельности.

Ключевые слова: студенческий научный кружок, научно-практическая деятельность студентов

Научная работа студентов является неотъемлемой частью научно-образовательной и практической деятельности в процессе обучения в вузе.

Целью исследования явилась систематизация научно-практических исследований студентов на кафедре психиатрии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета (СГМУ).

Основными направлениями деятельности студентов – членов научного кружка кафедры – являются: детская и подростковая психиатрия и психология, клиничко-психологические и социальные аспекты нар-

кологии, психическое здоровье человека в экстремальных ситуациях, психическое здоровье лиц пожилого возраста, соответствующие научным программам сотрудников кафедры.

В рамках научных исследований по детской и подростковой психиатрии и психологии, обозначенных ранее работами молодых ученых [3, 7], студенты активно принимают участие в подготовке и проведении занятий «Доктор Айболит», «Театральное представление Колобок» в дошкольных образовательных учреждениях с детьми с нарушениями развития – ранним детским аутизмом (РДА), алалией, синдромом дефицита внимания и гиперактивностью; конкурсов рисунков детей с ограниченными возможностями здоровья, а также их оценке в качестве членов жюри совместно с представителями Архангельской областной детской библиотеки имени А.П.Гайдара. Участники кружка проводят акции «Я покажу тебе свой мир», посвященные установленному резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН Всемирному дню информирования о проблеме аутизма: ими изготавливаются информационные стендовые доклады, проводятся обзорные лекции об особенностях детей с РДА, читаются стихи, написанные детьми с РДА, смонтирован фильм об особенностях детей с РДА. Все больше привлекает внимание студентов участие в реабилитации детей с множественной психомоторной патологией развития [11].

В структуре направления «Клинико-психологические и социальные аспекты наркологии» [6] студенты являются одними из организаторов межрегионального конкурса научных работ по профилактике зависимости «Скажи зависимости: «Нет!», конкурса студенческих и школьных работ, по профилактике употребления табака беременными женщинами, проводимого совместно с центром довузовского образования и профориентации СГМУ, ежегодной конференции по здоровому образу жизни. Задачами конкурсов являются развитие и стимулирование творческого потенциала подростков и молодежи, нравственного воспитания, формирование семейных ценностей и пропаганды здорового образа жизни, объединение школьников и студентов разных факультетов и национальностей, в том числе для участия в волонтерском движении [10]. Развитие междисциплинарных гуманитарных форм превентивной работы позволило студентам предложить инновационный метод лирикоаддиктопрофилактики [5, 9]. Результаты лучших исследований школьников и студентов отражены в сборнике конкурсных работ молодых ученых «Жизнь без дурмана» [8].

Изучение психического здоровья лиц пожилого возраста [4] с каждым годом привлекает все больше внимания. Совместно с Советом ветеранов СГМУ студенты проводят занятия с ветеранами: «Ритм жизни», «Путь к долголетию», «Радость». Тренинги способствуют формированию сплоченности в социальных группах, развитию психологической культуры, поддержанию в активном состоянии когнитивных и эмоциональных процессов.

Межкафедральное направление научных исследований молодых ученых «Психическое здоровье человека в экстремальных ситуациях», продиктованное актуальными запросами медицины катастроф [1], ориентировано, в первую очередь, на изучение региональных проблем [2]. Студентами изучаются динамические особенности и структура острых отравлений детей и подростков с разработкой рекомендаций по их профилактике.

В СГМУ ежегодно проводятся межвузовские встречи со студентами научного общества кафедры психологии Северного (Арктического) федерального университета для обмена опытом и развития продуктивного научного сотрудничества вузов. Для членов кружка организуются обучающие мастер-классы для информирования студентов о новых научных и прикладных направлениях силами преподавателей и практических врачей и психологов: «Введение в SPSS», «Идентичность – показатель здоровья и целостности личности», «Методы психологической работы с кризисной ситуацией», «Тайм-менеджмент и критическое мышление в научной деятельности» и другие.

Результаты научной деятельности обучающиеся представляют на ежегодной научной сессии СГМУ, межрегиональной научно-практической конференции «Малые Ломоносовские чтения», все шире отражают в публикациях в сборниках научных работ и конференций и журнальных статьях, а также постоянно применяют свои знания на практике.

Литература:

1. Барачевский Ю.Е., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Медицина катастроф. Архангельск: Издательский центр СГМУ, 2007. 176 с.
2. Барачевский Ю.Е., Соловьев А.Г., Коряковский Л.Н. Служба медицины катастроф архангельской области, организация управления и взаимодействия // Экология человека. 2006. № 5. С. 6-11.
3. Бочарова Е.А., Корытова Н.Г., Труфанова Л.В., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Проблемы ранней диагностики и профилактики отдаленных последствий перинатального поражения центральной нервной системы // Российский педиатрический журнал. 2003. № 3. С. 52-54.
4. Гузова А.В., Голубева Е.Ю., Соловьев А.Г. Особенности качества жизни и биологического возраста пожилых лиц с алкогольной зависимостью в условиях европейского севера Успехи геронтологии. 2010. Т. 23, № 1. С. 110-114.
5. Давыдов А.В. Лирика на школьных уроках литературы и ее влияние на отношение к психоактивным веществам // Молодой ученый. 2017. № 1.1. С. 36-38.
6. Новикова Г.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Оценка нарушения социально-психологической адаптации подростков вследствие пивной алкоголизации // Наркология. 2012. Т. 11, № 7(127). С. 40-44.

7. Поляшова Н.В., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Адаптационный потенциал младших школьников и его взаимосвязь с параметрами физического развития // Экология человека. 2008. № 2. С. 34-38.
8. Соловьев А.Г., Парамонов А.А. Жизнь без дурмана / Сб. конкурсных работ молодых ученых и студентов. Архангельск. 2016. 92 с.
9. Соловьев А.Г., Давыдов А.В. Лирикоаддиктопрофилактика в социальной превенции потребления психоактивных веществ // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2017. № 1. С. 85-93.
10. Харькова О.А., Червина Н.А., Парамонов А.А., Соловьев А.Г. Волонтерское движение как инновационный наркологический сервис // Экология человека. 2007. № 10. С. 49-52.
11. Шалаурова Е.В., Соловьев А.Г., Бочарова Е.А. Познавательная деятельность в процессе абилитации детей с множественной психомоторной патологией развития // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия «Медико-биологические науки». 2015. № 3. С. 87-94.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ НА НЕЙРОМЕТАБОЛИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА АРХАНГЕЛЬСКА

Антонова И.В.^{1,2}

1- Институт медико-биологических исследований Северного (Арктического) федерального университета им. М.В.Ломоносова

2- Кафедра патологической физиологии ФГБОУ ВО СГМУ

Научный руководитель: Депутат И.С. кандидат биологических наук, доцент, заведующая научно-исследовательской лабораторией прикладной психофизиологии ИМБИ САФУ

Аннотация: В публикации представлены результаты исследования нейрометаболизма головного мозга у детей младшего школьного возраста 8-9 лет. Исследование проводилось в течение учебного года безотрывно от образовательного процесса.

Ключевые слова: дети, учебная нагрузка, нейрометаболизм головного мозга.

Цель настоящего исследования: выявить особенности влияния учебной нагрузки на уровень постоянных потенциалов головного мозга у детей младшего школьного возраста.

В научной литературе имеется достаточно много сведений о влиянии учебной нагрузки на организм ребенка. Успешность учебной деятельности невозможна без оптимального протекания психических процессов, которое в свою очередь, обеспечивается энергетическим балансом мозговых систем, обеспечивающих эти процессы и являющиеся их физиологической основой [1]. Также у детей 8-9 летнего возраста продолжают процессы созревания структур головного мозга, улучшается функционирование лобных отделов, возрастает их регулирующая роль. На фоне учебной деятельности совершенствуется регулирующее влияние высших корковых центров. Отмечается увеличение числа пирамидных нейронов среднего и крупного размеров, формируются горизонтальные корковые связи, происходит рост в длину и разветвление дендритов пирамидных нейронов. Морфофункциональное формирование головного мозга детей, проживающих на Севере, проявляется в более поздних по сравнению со среднеевропейскими нормами темпах созревания. Периоды структурно-функциональных перестроек ЦНС детей младшего школьного возраста требуют больших энергетических затрат и характеризуются высокой чувствительностью к внешним воздействиям и неблагоприятным факторам [2]. В связи с чем остается актуальным вопрос об исследовании энергетического метаболизма головного мозга у младших школьников.

Исследование уровня постоянных потенциалов головного мозга было проведено у 29 детей обоего пола, 8-9 летнего возраста, I, II групп здоровья, родившихся и постоянно проживающих в г. Архангельске. Для определения энергетического состояния головного мозга, мы использовали нейроэнергометр.

Исследование УПП головного мозга у детей 8-9 лет в первой четверти выявило повышение энерготрат ($p < 0,05$) в центральной (Cz) на 34 %, затылочной (Oz) на 49 % в левой височной (Ts) на 21 % областях. Выявлены более низкие показатели в лобной (Fpz) и правой височной (Td) областях, которые практически не изменялись в этот период. Наиболее высокие значения были выявлены в центральной области. Данные могут свидетельствовать о том, что процессы возбуждения усиливаются. Интенсивное развитие нервно-психической деятельности, подвижность младших школьников сопровождаются повышением возбудимости и энергетических показателей головного мозга [3]. Предположительно данные показатели энергетического метаболизма могут быть связаны с увеличением количества перерабатываемой

информации, слуховых сигналов, и зрительных образов. В данной ситуации включается рабочая память, а также усиливается контроль за поведением. Также для возраста 8-9 лет характерен более активный рост коры в ширину в левом полушарии, чем в правом [4]. В период второй четверти статистически значимые изменения происходили только в лобной области (Fpz) на 80 %, показатели повышались. Лобные доли отвечают за концентрацию внимания, программирование деятельности человека, речевую саморегуляцию, целеполагание и контроль за достижением запланированного. В связи с чем можно предположить, что вторая четверть является периодом полного погружения в учебную деятельность организма. Так повышение показателей может быть связано с увеличением в образовательной нагрузке количества контрольных работ и самостоятельных.

В период третьей четверти отмечались статистически значимые изменения ($p < 0,05$) в левой височной области (Ts) увеличивались на 39 %. Наиболее низкие показатели были в лобной области (Fpz). Что может быть связано с процессами адаптации к учебной нагрузке путем напряжения и сложной перестройки гомеостатических систем организма в зимний период, а также сменой наглядно-образного мышления на аналитическое, в связи с увеличением количества решаемых логических задач [5]. В четвертой учебной четверти показатели УПП головного мозга не отличались статистически значимыми изменениями. Правая височная область (Td) характеризовалась статистически не значимыми пониженными показателями. Данные могут свидетельствовать, о функциональных изменениях, которые в последствие могут проявляться снижением работоспособности, общей утомляемостью организма ребенка. Возможно, предположить о стрессовой дисфункции систем организма, отвечающих за адаптацию к увеличению количества логических задач, к привыканию и наработыванию некоторого учебного материала до автоматизма, а также уменьшению мотивации к образовательному процессу в конце учебного года.

Изучение влияния учебной нагрузки на нейрометаболизм головного мозга детей младшего школьного возраста требует дальнейшего исследования. Таким образом, в младшем школьном возрасте учебная нагрузка влияет на уровень постоянных потенциалов головного мозга.

Литература:

- 1.Стюгина А.А., Бедерева Н.С., Шилов С.Н., Кожевников Н.Н. Уровень постоянных потенциалов как коррелят успешности обучения младших школьников/ Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П.Астафьева 2012 №4 (22) с 189-193.
- 2.Джос Ю.С., Нехорошкова А.Н., Грибанов А.В. Особенности электроэнцефалограммы и распределения уровня постоянных потенциалов головного мозга у детей-северян младшего школьного возраста/ Экология человека 2014 №12 с 15-16.
- 3.Дубровинская Н.В., Фарбер Д.А., Безруких М.М. Психофизиология ребенка: Психофизиологические основы детской валеологии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. – 144 с.: ил
- 4.Семенова Л.К. Структурные преобразования коры большого мозга человека в постнатальном онтогенезе/ Л.К.Семенова, В.А.Васильева Т.А.Цехмистренко// Структурно-функциональная организация развивающегося мозга.-Л.:Наука, 1990.-с. 84
- 5.Уварова Т.Е., Бурцева Т.Е., Неустроева Т.С., Савина М.С. Морфологические и физиологические особенности коренного населения Крайнего Севера/Дальневосточный медицинский журнал 2009 №2 с115-116.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕГУЛЯЦИИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МОЧЕВОГО ТРАКТА

Басавина Т.Д., Клюкинов В.Е.

ФГБОУ ВО Северный Государственный Университет, Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии, студенты 2 курса, лечебного факультета.

Научный руководитель: к.м.н. Башилова Е.Н.

Аннотация: Нарушение двигательной активности мочевого тракта приводит к развитию многих урологических заболеваний. Изучение структур, обеспечивающих оптимальную моторику мочевых путей, их взаимосвязей является актуальным вопросом как практической, так и фундаментальной медицины

Ключевые слова: мочевыделительная система (МВС), гладкая мышечная ткань, пейсмейкеры.

Заболевания мочевыделительной системы, связанные с нарушением двигательной активности (в частности пузырно-мочеточниковый рефлюкс, гидронефроз, гиперактивность мочевого пузыря), в последнее десятилетие имеют довольно стойкую тенденцию к росту. Склонность болезней МВС к скрытому и атипичному течению на протяжении длительного периода не дает их диагностировать на ранних этапах.

Для лечения данных патологий необходимо хорошо знать структуры, обеспечивающие процессы моторики мочевого тракта. Основной структурой, обеспечивающей двигательную активность МВС, является гладкая мышечная ткань, работа которой регулируется нервной системой (как соматической, так и вегетативной). Управляющие сигналы по преимуществу реализуются на лейомиоцитах всех органов мочеиспускательного тракта. Эти сигналы предназначены для управления выведением мочи. Управляющие сигналы передаются главным образом по парасимпатическим и симпатическим нервным цепям. Аfferентная информация, необходимая для формирования управляющих сигналов, передается по сенсорным путям к нейронам спинного мозга. Еще одной структурой, обеспечивающей двигательную активность мочевых путей, является сложная система пейсмейкерных клеток, расположенных как в слизистой и подслизистой оболочках мочевого пузыря, так и в составе гладкой мышечной ткани. Выявлено несколько исходно активных ритмогенных зон (околопочечная, околопузырная, средняя часть мочеточника), отличающихся амплитудой, частотой перистальтических движений, потенциалом действия. Позднее электрофизиологическими методами была выявлена спонтанная ритмическая активность мочевого пузыря в состоянии его функционального покоя (вне фазы изгнания мочи). В уретре интерстициальные клетки формируют сеть, называемую «петлевой пейсмейкер», которая обеспечивает множественные асинхронные сокращения групп гладких миоцитов.

Вывод: Структуры мочевого тракта обладают спонтанной ритмической активностью, проявляющейся даже в условиях функционального покоя. Эта активность необходима для осуществления транспорта мочи и регуляции тонуса органов мочевого тракта. Основными компонентами, участвующими в регуляции двигательной активности, являются: гладкая мускулатура, иннервация и пейсмейкерные зоны. Роль интерстициальных клеток в ритмической активности мочевого тракта точно не определена, но актуальность данного вопроса очевидна, особенно в клиническом аспекте.

Список литературы:

1. Н.В. Низяева, А.И. Щёголев, М.В. Марей, Г.Т. Сухих Интерстициальные пейсмейкерные клетки// Вестник РАМН-2014-№7-8-с.17-24
2. Кирпатовский В.И., Фролова Е.В., Надточий О.Н. Спонтанная ритмическая активность органов мочевой системы: роль интерстициальных клеток, биологическая значимость, патофизиологические аспекты//Экспериментальная и клиническая урология-2012-№2
3. Hashitani H, Fukuta H, Takano H, Klemm M, Suzuki H. Origin and propagation of spontaneous excitation in smooth muscle of guinea pig urinary bladder. // J Physiol. 2001. Vol. 530. P. 273-286.
4. Gillespie JL. The autonomous bladder: a view of the origin of bladder overactivity and sensory urge. // BJU Int. 2004. Vol. 93. P. 478-483.
5. Thornbury KD, Hollywood MA, McHale NG, Sergeant GP. Cajal Beyond the gut: interstitial cells in the urinary system – towards general regulatory mechanisms of smooth muscle contractility. // Acta Gastroenterol Belg. 2011. Vol. 74, N 4. P. 536-542.

ВЛИЯНИЕ IFN-ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ ИММУННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И МИКРОЭКОЛОГИЮ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Давидович Н.В.¹, Коцемба А.Н.²

1- ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России, аспирант. E-mail: nvdavidovich@gmail.com

2- ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России, студентка 3 курса педиатрического факультета. E-mail: cotsemba.nas@yandex.ru

Научные руководители: проф., д.м.н. Бажукова Т.А., доц., д.м.н. Соловьева Н.В.

Аннотация: В статье приводится анализ цитокинового профиля и исследование видового и количественного состава микрофлоры кишечника у больных хроническим гепатитом С, а также влияние IFN-терапии на динамику иммунных показателей и микроэкологию толстого кишечника у этих больных.

Ключевые слова: хронический гепатит С, микробиоценоз, цитокины.

Хроническая персистенция гепатотропного вируса гепатита С сопровождается патологическими изменениями в таких органах пищеварительного тракта как желудок, поджелудочная железа и кишечник. С одной стороны, это обусловлено непосредственным повреждающим действием вируса на органы-мишени, а с другой – комплексным воздействием на среду обитания, что сопровождается изменением естествен-

ного микробиоценоза, а именно развитием недостатка необходимых микроорганизмов и увеличением контаминации толстого кишечника. Таким образом, развившаяся конверсия усугубляет порочный круг патологических процессов, тяжесть заболевания, способствует присоединению дополнительной симптоматики и замедляет процессы реабилитации. В связи с этим, для установления более эффективной схемы лечения, нами был изучен видовой и количественный состав микрофлоры кишечника, а также цитокиновый профиль у больных ХГС до начала терапии и на фоне проводимых схем лечения.

С помощью клинико-anamnestических, иммунологических, микробиологических и статистических методов нами были обследованы 86 больных ХГС. 1 группа – 26 человек, получавшие базисную терапию (диета, дезинтоксикационная терапия, гепатопротекторы, витамины); 2 группа – 28 человек, в дополнение к базисной терапии получавшие комбинированную противовирусную терапию (ПВТ) пегилированным интерфероном $\alpha 2$ в комбинации с рибавирином. По дозам и длительности лечение соответствовало генотипу вируса и массе больного. 3 группа состояла из 32 человек, в дополнение к проводимой ПВТ получавшие пробиотический препарат «Бифидумбактерин форте» по 5 доз 3 раза в сутки за 30 минут до еды в течение 3х недель.

Обследование показало, что у 93 % наблюдаемых пациентов отмечались в той или иной степени выраженности нарушения биоценоза толстого кишечника. Так, дисбактериоз I степени был выявлен у 18 пациентов (22,5 %), II степени – у 34 (42,5 %), III степени – у 28 (35 %). В то время как состояние эубиоза обнаружено только у 8 больных ХГС (7 %). Изменения микрофлоры толстой кишки больных ХГС характеризовались снижением количества бифидобактерий, лактобактерий, нарушением состава кишечной палочки, а также появлением условно-патогенных микроорганизмов и их ассоциаций. Общее количество *Bifidobacterium* spp. составило $3,85 \pm 2,51$ lg (KOE/г), что в 2,1 раза ниже показателей контрольной группы ($p < 0,001$). Также у больных ХГС наблюдался количественный дефицит лактобактерий: общее количество *Lactobacterium* spp. составило $3,09 \pm 2,1$ lg (KOE/г), что в 1,8 раза ниже показателей контрольной группы ($p < 0,001$). При изучении содержания цитокинов в сыворотке крови при ХГС наблюдалось увеличение концентраций провоспалительных цитокинов (IL-1 β , IL-6, IL-8, IFN- γ , ФНО- α) в 3-4 раза выше показателей контрольной группы ($p < 0,001$).

На фоне проводимых схем лечения, положительная тенденция в состоянии микробиоценоза толстой кишки наблюдалась во всех группах. Однако, схема лечения, применяемая в группе 3, включавшая комбинированную ПВТ и пробиотическую коррекцию имела выраженный микробиологический эффект, заключавшийся в уменьшении процента больных с дисбактериозом кишечника, значительном снижении больных с тяжёлыми формами дисбактериоза, в полном исчезновении условно-патогенных бактерий, нормализации всех представителей облигатной микрофлоры. Так, на фоне 1 месяца проводимой терапии у большинства больных микробиоценоз кишечника полностью восстановился – 72 % ($p = 0,038$). Дисбактериоз кишечника третьей степени, имевший место у 35 % больных до лечения, к моменту окончания терапии отсутствовал ($p = 0,02$), также снизилось количество пациентов, у которых была обнаружена гемолитическая кишечная палочка, уменьшилась частота обнаружения лактозонегативной кишечной палочки, УПМ определялись только у 8 % больных ($p < 0,001$).

Учитывая существенную роль баланса цитокинов Th1/Th2 в иммунопатогенезе хронического гепатита С, нами были выявлены изменения в уровнях продуцируемых цитокинов на фоне проводимых схем лечения. Так, у пациентов всех трех групп было отмечено снижение таких провоспалительных цитокинов, связанных с проявлениями некробиотических и мезенхимально-воспалительных процессов, как IL-1 β , IL-8, IFN- γ и TNF- α . Уровень снижения средних сывороточных концентраций данных цитокинов различался в зависимости от схемы проводимой терапии. В группе 1 снижение IL-1 β было незначительным – на 3,2 % ($p = 0,003$) по сравнению с состоянием до лечения, в группе 2 средний уровень данного цитокина снизился на 9,9 % ($p < 0,001$), в то время как у пациентов 3 группы уровень IL-1 β снизился на 17,0 % по сравнению с исходным уровнем ($p = 0,003$). Интересные данные были получены нами по результатам измерения уровней IL-6. На фоне проводимой базисной терапии его концентрация снижалась на 2,5 % ($p = 0,003$) по сравнению с состоянием до лечения, в то время как на фоне терапии препаратами IFN- α наблюдалось его достоверное повышение: в группе 2 на 2,7 % ($p = 0,005$), в группе 3 на 3,0 % ($p = 0,003$). По своей природе IL-6 является типичным провоспалительным цитокином, однако он может оказывать и противовоспалительное действие, ограничивая синтез других провоспалительных цитокинов (TNF- α , IL-1 β), что отражает реципрокные взаимоотношения между различными группами цитокинов. Таким образом, на основании полученных данных можно сделать следующие выводы: 1. Повреждение печени при ХГС у подавляющего большинства больных сопровождается развитием дисбиоза кишечника: снижением количества бифидо- и лактобактерий и появлением ассоциаций условно-патогенных микроорганизмов. 2. Течение ХГС, в том числе с исходом в фиброз печени, сопровождается повышением концентрации провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- α , ИФН- γ в сыворотке крови, что может свидетельствовать о дезинтеграции воспалительного процесса в печени и длительном хроническом течении заболевания. 3. Применение комбинированной ПВТ IFN- α и пробиотической коррекции приводит к снижению содержания провоспалительных цитокинов, нормализации микробиоценоза толстой кишки.

Литература:

1. Feng T., Elson C. O. Adaptive immunity in the host-microbiota dialog. *Mucosal Immunol.* 2011; 4: 15–21.
2. Fuller, M. Determination of protein and amino acid digestibility in foods including implications of gut microbial amino acid synthesis // *Brit.J.Nutr.* – 2012. – Vol. 108. – R. 238 – 246.
3. Neish, A. S. Microbes in gastrointestinal health and disease // *Gastroenterology.* – 2009. – Vol. 136. – P.65 – 80.
4. Bacterial translocation: overview of mechanisms and clinical impact / S. Balzan et al. // *J GastroenterolHepatol* – 2007 – Vol. 22. – P. 464 – 471.

ГУМОРАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ СНА

Кожина М. С.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра нормальной физиологии.

Студент 2 курса, лечебный факультет. E-mail: marina.kozhina.1997@mail.ru

Научный руководитель: к.м.н., доц. Цыганок Т. В.

Аннотация: Феномен сна вызывал интерес человека на протяжении давней истории. Сон пугал своим сходством со смертью. Одно из первых определений сна было следующим: «Сон – брат смерти» (Гесиод, VIII в до н.э.). Научное исследование сна началось на рубеже XIX и XX веков. Анри Пьерон определил сон как «периодическое необходимое состояние, относительно независимое от внешних условий, с полным прерыванием сенсорных и моторных функций мозга, которые связывают его с внешним миром». Это определение до сих пор сохраняет свою актуальность, хотя сейчас уже известно, что сенсорные и моторные функции во время сна все-таки не прерываются полностью и имеются специфические нейрохимические механизмы регуляции сна.

Ключевые слова: сон, стадии сна, мелатонин, регуляция, аденозин, гистамин.

Одну треть жизни человек проводит во сне, но понимание природы сна затруднено из-за сложности получения данных, однако исследования сна активно продолжают. Во время сна у человека периодически чередуются две основные фазы: медленный и быстрый сон, причём в начале сна преобладает длительность медленной фазы, а перед пробуждением – растёт длительность быстрого сна. У здорового человека сон начинается с первой стадии медленного сна (Non-REM сон), которая длится 5-10 минут. Затем наступает 2-я стадия, которая продолжается около 20 минут. Ещё 30-45 минут приходится на период 3-4 стадий. После этого возникает первый эпизод быстрого сна, который имеет короткую продолжительность – около 5 минут. Вся эта последовательность называется циклом, который имеет длительность 90-100 минут. Затем циклы повторяются, при этом уменьшается доля медленного сна и постепенно нарастает доля быстрого сна (REM сон), последний эпизод которого в отдельных случаях может достигать 1 часа. В среднем, при полноценном здоровом сне, отмечается пять полных циклов [5]. Предполагают, что медленный сон связан с восстановлением энергетических затрат. Во время быстрого сна (парадоксальный сон, стадия быстрых движений глаз, или сокращенно БДГ-сон, REM-сон) на электроэнцефалограмме наблюдаются быстрые колебания электрической активности, близкие по значению к бета-волнам. Это напоминает состояние бодрствования. Вместе с тем в эту стадию человек находится в полной неподвижности, вследствие резкого падения мышечного тонуса. Однако глазные яблоки очень часто и периодически совершают быстрые движения под сомкнутыми веками. Существует отчетливая связь между быстрым сном и сновидениями. Если в это время разбудить спящего человека, то в 90 % случаев можно услышать рассказ о ярком сновидении [6].

По современным представлениям регуляция сна – это сложный нейрогуморальный процесс, имеющий локализованный анатомический субстрат. Среди факторов, вызывающих сон выделяют:

- Эндогенные факторы – вещества, накапливающиеся за период бодрствования, так называемые гипногенные вещества (серотонин, норадреналин, аденозин, дельта-пептид и т.д.);
- Циркадианные факторы, регулируемые биологическими часами – вещества с окологлобальным ритмом (мелатонин);
- Условнорефлекторные факторы (привычка ложиться спать в определенное время и т.д.);
- Безусловнорефлекторные факторы (темнота, покой, определенное положение тела, окружающая температура, атмосферное давление, монотонные стимулы на сенсорные системы – чтение книги, прослушивание музыки и т.д.) [3].

Одним из мощных эндогенных регуляторов сна является открытый в 1958 году профессором Аароном Лернером (1920 – 2007) главный регулятор суточных ритмов – мелатонин. Он вырабатывается эпифизом в ночное время. Причем и у дневных, и у ночных, и у сумеречных животных мелатонин вырабатывается только в темноте, то есть в ночное время и блокируется на свету. Его выработка целиком находится под контролем супрахиазматического ядра (СХЯ) гипоталамуса, небольшого скопления нерв-

ных клеток, представляющих собой наши «биологические часы». Отношения между СХЯ и эпифизом реципрокные, а мелатонин начинает вырабатываться эпифизом примерно за час до отхода ко сну при неярком освещении. [2].

Другим нейротрансмиттером, играющим важную роль в регуляции сна является аденозин. Накапливаясь в организме в течение дня, аденозин, связываясь со своими рецепторами, запускает процессы сна и подавляет процессы бодрствования. [1].

Особую роль в поддержании цикла сна-бодрствования играет гистаминергическая система, расположенная в ядре заднего гипоталамуса [7]. Гистаминергическая и другие аминергические системы мозга формируют самоорганизующуюся сеть, своего рода «оркестр», в котором орексиновые нейроны играют роль дирижера, а гистаминовые – первой скрипки [7]. Гистаминергические нейроны являются ритмоводителями и демонстрируют регулярные спонтанные низкочастотные разряды (1–4 Гц). При пробуждении и поведенческой активации их частота возрастает, при засыпании и медленном сне – снижается, при быстром сне – исчезает. Торможение гистаминергических нейронов во сне опосредуется ГАМКергическими нейронами «центра сна» в вентролатеральной преоптической области [4, 8]. Кроме того, на нейроны туберомамиллярного ядра оказывают воздействие тормозные нейропептиды – галанин и эндоморфин.

Таким образом, несмотря на достигнутые успехи, продолжают исследования механизмов регуляции сна. Изучение механизмов сна человека является весьма актуальным и представляет как теоретический, так и практический интерес.

Литература:

1. Вейн А. М. Нарушения сна и бодрствования. М. : Медицина, 2013. 225 с.
2. Данилова Н. Н., Крылова А. Л. Физиология высшей нервной деятельности. Ростов н/Д.: Феникс, 1999. 189 с.
3. Ковальзон В. М. Основы сомнологии. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. 215 с.
4. Ковальзон В. М., Стрыгин К. Н. Нейрохимические механизмы регуляции сна и бодрствования: роль блокаторов гистаминовых рецепторов в лечении инсомнии // Эффективная фармакотерапия. 2013. № 12. С. 8–14.
5. Козлов Н. И. Стадии и фазы сна. URL: <http://www.fit-health.ru/melatonin.html> (дата обращения 13.03.2017).
6. Крутецкий В. Г. Психология. М., 2012. 336 с.
7. Haas H.L., Sergeeva O.A., Selbach O. Histamine in the nervous system // Physiol. Rev. 2008. Vol. 88. № 3. P. 1183–1241.
8. Nuutinen S., Panula P. Histamine in neurotransmission and brain diseases // Adv. Exp. Med. Biol. 2010. Vol. 709. P. 95–107.

АРИТМИИ СЕРДЦА У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ЛЫЖНЫМ СПОРТОМ

Котцова О.Н.¹, Крайнова И.Н.²

1-ГБУЗ АО «Архангельский центр лечебной физкультуры и спортивной медицины» зав. отделением функциональной диагностики. 2-кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Института медико-биологических исследований Северного Арктического федерального университета имени М.В.Ломоносова.

Аннотация: Лыжный спорт является одним из распространенных видов спорта на территории Архангельской области. В результате обследования спортсменов-лыжников 10-17 лет во время углубленного медицинского осмотра были выявлены следующие виды аритмий: синусовая брадикардия была выявлена в 41 % случаев, эктопический ритм встретился в 15,6 % случаев, суправентрикулярная экстрасистолия встретилась в 2 % случаев, желудочковая экстрасистолия – в 0,5 % случаев, синоатриальная блокада 2 степени 1 типа – у 1,8 % спортсменов, атриовентрикулярная блокада 1 степени выявлена в 1,6 % случаев, неполная блокада правой ножки пучка Гиса встретилась в 4,8 % случаев. Комбинированные нарушения образования и проведения импульса (укорочение интервала PQ) встретились в 4,3 % случаев.

Ключевые слова: нарушения ритма сердца, лыжный спорт, электрокардиография

Изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы спортсмена – одна из актуальнейших проблем спортивной кардиологии. В настоящее время у детей и подростков, приходящих в спорт, все чаще выявляются различные отклонения в состоянии здоровья. В связи с этим необходимо усиление врачебного контроля за состоянием здоровья юных спортсменов. Лыжный спорт – вид спорта, предъяв-

ляющий к организму спортсмена чрезвычайно высокие требования. Происходит напряжение всех систем организма, в частности, сердечно-сосудистой системы. Оценить состояние сердечно-сосудистой системы можно с помощью оценки сердечного ритма, так как он является отражением её функционирования.

Методы: обследован 441 спортсмен в возрасте от 10 до 17 лет, занимающиеся лыжным спортом и не имеющие спортивных разряды. Исследование сердечно-сосудистой системы спортсменов проводили с помощью электрокардиографии во время углубленного медицинского обследования в ГБУЗ АО «АЦЛФ и СМ» в 2016 году на электрокардиографе «Cardimax «Fukuda» FX 7202, позволяющему снимать ЭКГ в 12 отведениях.

Результаты: анализ 441 электрокардиограмм показал, что среди выявленных изменений наиболее часто встречаются нарушения образования импульса. В частности, синусовая брадикардия была выявлена в 41 % случаев (у 183 человек), эктопический ритм встретился в 15,6 % случаев (у 69 человек), суправентрикулярная экстрасистолия встретилась в 2 % случаев (у 9 человек), желудочковая экстрасистолия встретилась в 0,5 % случаев (у 2 человек).

Среди нарушений проведения импульса синоатриальная блокада 2 степени 1 типа встретилась у 1,8 % (у 8 человек), атриовентрикулярная блокада 1 степени выявлена в 1,6 % случаев (у 7 человек), неполная блокада правой ножки пучка Гиса встретилась в 4,8 % случаев (21 человек).

Комбинированные нарушения образования и проведения импульса (укорочение интервала PQ) встретилось в 4,3 % случаев (у 19 человек).

Вывод: лыжный спорт тренирует выносливость, поэтому наблюдается усиление воздействия парасимпатического отдела вегетативной нервной системы на проводящую систему сердца. В связи с этим наиболее часто у спортсменов-лыжников встречаются нарушения образования импульса. При проведении ЭКГ во время углубленного медицинского обследования можно выявить нарушения ритма сердца у спортсменов, возникших в результате занятий спортом, на ранних этапах. Это позволит скорректировать тренировочный процесс, а при серьезных нарушениях ритма сердца отстранить от тренировок и соревнований, и предупредить развитие более тяжелого течения заболевания.

Литература:

1. Гаврилова Е.А. Нарушения ритма сердца и спорт: Учебное пособие. СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2012. 72с.
2. Земцовский Э.В. Спортивная кардиология. СПб: Гиппократ, 1995. 448с.
3. Макарова Г.А. Справочник детского спортивного врача: клинические аспекты М.: Советский спорт, 2008. 440 с.
4. Макарова Г.А., Мирошникова Ю.В., Дидур М.Д., Парастаев С.А., Самойлов А.С. Медицинские противопоказания к учебно-тренировочному процессу и участию в спортивных соревнованиях: Методические рекомендации. Москва, 2014. 106с.
5. Шарыкин А. С., Бадтиева В.И., Павлов В.И. Спортивная кардиология: Руководство для кардиологов, педиатров, врачей функциональной диагностики и спортивной медицины, тренеров. М.: Издательство ИКАР, 2017. 328 с..

ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ В ЛПУ ГОРОДОВ АРХАНГЕЛЬСКА, СЕВЕРОДВИНСКА И НОВОДВИНСКА

Курилова А.Е.

Северный государственный медицинский университет, кафедра медицинской биологии и генетики, студент 3 курса факультета медико-профилактического дела и медицинской биохимии.

Руководитель – доц. кафедры медицинской биологии и генетики Шабалина И.А.

Аннотация: Паразитарные болезни сохраняют лидирующее положение в структуре заболеваемости населения Российской Федерации инфекционными и паразитарными болезнями. Так как большинство паразитарных заболеваний не имеют собственной клинической картины, то окончательный диагноз ставят по результатам лабораторных исследований. Одним из факторов, определяющих качество лабораторной диагностики, является правильность выбора метода исследования.

Ключевые слова: кишечные гельминтозы, методы седиментации.

Согласно данным, приведенным в государственном докладе «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2015 году» зарегистрирован 331 471 случай

паразитарных заболеваний. Доминирующей инвазией в структуре паразитарных заболеваний в 2015 году остался энтеробиоз, контагиозный гельминтоз, его доля составила 67 %. Аскаридоз, геогельминтоз, является вторым по распространенности среди гельминтозов (8,7 %). Среди биогельминтозов на долю описторхоза приходилось 78,04 %, дифиллоботриоза – 18,74 %, эхинококкоза – 1,54 % [1,4]. Кишечные инвазии занимают значительную долю среди паразитарных заболеваний.

Для постановки диагноза паразитарного заболевания информация, полученная путем КЛД, занимает наиболее важное место, т.к. составляет практическому здравоохранению до 100 % объема объективной диагностической информации. Качество лабораторной диагностики напрямую зависит от правильности выбора методов исследования биологического материала [2].

Цель настоящей работы: выявить основные методы диагностики кишечных гельминтозов, которые используют в ЛПУ городов Архангельска, Северодвинска, Новодвинска. В соответствии с целью были поставлены следующие задачи:

1. на основании анализа данных литературы установить наиболее результативные методы диагностики кишечных паразитозов;
2. провести анкетирование специалистов клинично-диагностических лабораторий, которые непосредственно занимаются лабораторной диагностикой кишечных паразитозов;
3. выявить основные методы, используемые для лабораторной диагностики кишечных паразитозов в клинично-диагностических лабораториях, и оценить применение наиболее эффективных методов диагностики.

Материалы и методы. Для выявления основных методов диагностики кишечных гельминтозов, используемых в ЛПУ, было проведено анонимное анкетирование врачей и фельдшеров восьми клинично-диагностических лабораторий Архангельска, Северодвинска, Новодвинска. Главным условием проводимого анкетирования было непосредственное участие специалиста в диагностике паразитарных заболеваний.

Результаты и обсуждение. Методические указания 4.2.3145-13 «Лабораторная диагностика гельминтозов и протозоозов» включают комплекс прямых методов диагностики паразитозов. Для того чтоб выбрать наиболее результативный метод, необходимо учитывать возможности и ограничения метода, его эффективность. Для диагностики кишечных инвазий методические указания устанавливают следующие методы.

Макроскопический метод диагностики эффективен для дифференциальной диагностики половозрелых гельминтов или их фрагментов от непереваренных частиц и других включений кала и идентификации найденных паразитов. Препараты, приготовленные методом толстого мазка под целлофаном по Като и Миура, можно сохранять при комнатной температуре в течение длительного времени в качестве музейных препаратов. Недостаток этого метода заключается в том, что он малоэффективен при низкой интенсивности инвазии, что может привести к гиподиагностике. Главным недостатком методов флотации является их избирательность, они неэффективны для выявления яиц трематод. Методы седиментации являются наиболее универсальными, позволяют выявить яйца и цисты всех кишечных паразитов. Они эффективны в случае низкой интенсивности инвазии, поэтому их рекомендуют для более широкого использования в практической деятельности. Однако реагенты, применяемые в данном методе, требуют специальных правил хранения и приобретения [1]. Таким образом, наиболее результативным является метод седиментации.

Анализ данных анкетирования показал, что наиболее используемыми методами диагностики кишечных гельминтозов являются метод толстого мазка под целлофаном по Като и Миура (87,5 %, 7 лабораторий среди опрошенных), макроскопический метод (75 %, 6 лабораторий) и метод флотации (37,5 %, 3 лаборатории). Метод классической седиментации используют специалисты одной лаборатории (12,5 %), модифицированный метод седиментации с применением одноразовых концентраторов специалистами не применяется. Кроме того отмечается использование метода Калантарян как метода обогащения (12,5 %, 1 лаборатория). Таким образом, большая часть специалистов использует метод Като и Миура как единственный микроскопический метод лабораторной диагностики (62,5 %), часть специалистов используют данный метод в комплексе с методом флотации (25 %), и лишь 12,5 % опрошенных используют классическую седиментацию как основной микроскопический метод.

Специалисты 5 лабораторий выбрали основным методом метод толстого мазка под целлофаном по Като и Миура. Наиболее важными причинами такого выбора являются простота в исполнении, этот фактор отмечают 80 % специалистов, низкая себестоимость (80 %), удобство при массовых обследованиях (80 %). Также были названы такие причины как доступность расходных материалов и реактивов (60 %), возможность выявить яйца всех кишечных гельминтов (60 %) и отсутствие длительной пробоподготовки перед микроскопией препарата (60 %). 40 % опрошенных отмечают, что метод толстого мазка не предполагает работу с токсичными веществами, а также уменьшает количество используемой посуды, материалов (20 %).

Метод флотации в качестве основного используется в двух лабораториях. Его достоинствами, по словам специалистов, являются: простота в исполнении метода (100 % выбравших метод флотации) и доступность расходных материалов и реактивов (100 %). В отдельных случаях были выбраны следующие причины: низкая себестоимость (50 %), отсутствие длительной пробоподготовки перед микроскопией препарата (50 %), отсутствие работы с токсичными/ядовитыми веществами (50 %).

Интересно, что при оценке и метода толстого мазка под целлофаном по Като и Миура (40 % анкетированных, выбравших данный метод в качестве основного), и метода флотации (50 %) специалисты

отмечают, что используют выбранный метод по сложившейся традиции в лаборатории. На наш взгляд, это может быть связано с тем, что специалисты, следуя этой традиции, не рассматривают возможность внедрения в практику иных методов, которые могли бы быть более результативными.

На основании анализа анкет было установлено, что метод классической седиментации опрошенными специалистами используется редко или не используется (88 % респондентов), и лишь одна лаборатория использует его как основной метод (12 %). Основными факторами, по которым метод седиментации не используется, были названы трудоемкость исполнения метода (25 % опрошенных), неудобство при массовых обследованиях (25 % опрошенных), дороговизна метода (17 %). 8 % специалистов не используют данный метод из-за необходимости применять токсичные реактивы, которые требуют особые условия хранения и использования. Специалисты одной из лабораторий отмечают, что не осведомлены о возможностях данного метода (8 %). Метод седиментации имеет аналоги, что упрощает его применение. Таковыми аналогами являются метод с применением одноразовых концентраторов «PARASEP» и минисистемы «Real». Но 100 % опрошенных использовали однажды или не используют модифицированные методы седиментации. Основная причина, по мнению 56 % опрошенных, – стоимость метода, т.к. данные наборы достаточно дорогие, 11 % респондентов отметили неудобство метода при массовых обследованиях, 11 % считают, что метод малоэффективен, а 22 % анкетированных не знают о возможностях модификаций метода седиментации.

Таким образом, было установлено, что при лабораторной диагностике кишечных гельминтозов используется комплекс методов, различных по своей результативности. По большей части в качестве основного метода используется метод толстого мазка под целлофаном по Като и Миура. Однако применение этого метода как единственного может повлечь за собой гиподиагностику. Метод седиментации является наиболее эффективным микроскопическим методом, потому рекомендуется увеличивать долю использования данного метода.

Автор выражает благодарность за помощь в проведении анкетирования доцента кафедры медицинской биологии и генетики Курочкиной Е.Л., интерну СГМУ Меньшиковой В.Э., интерну СГМУ Соловьевой А.А.

Литература:

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2015 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2016.–200 с.
2. Гузеева Т.М., Сергиев В.П. Состояние диагностики паразитарных заболеваний в Российской Федерации //Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2011. – №4. – С. 43–45.
3. Методические указания. МУК 4.2.3145-13 «Лабораторная диагностика гельминтозов и протозоозов» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 26 ноября 2013г.)
4. Письмо от 3 октября 2016 года N 01/13265-16-27 «О заболеваемости геогельминтозами в 2015 году» [Электронный ресурс]/ Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека – URL: rosпотреbnadzor.ru/upload/iblock/629/dokument.pdf

ПОЛИЦИКЛИЧЕСКИЕ АРОМАТИЧЕСКИЕ УГЛЕВОДОРОДЫ В ХИМИЧЕСКОМ КАНЦЕРОГЕНЕЗЕ

Манык Ф.М., Бечин А.А.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра общей и биоорганической химии. Студенты лечебного факультета, 1 курса, 10 группы.

Научный руководитель: доцент, к.т.н. Суханова Г.П.

Аннотация: В этой статье будет рассказано о структуре, химических и физических свойствах полициклических ароматических углеводородов, а также о их канцерогенных свойствах и воздействии их на организм человека.

Ключевые слова: Полициклические ароматические углеводороды (ПАУ), канцерогенез.

Полициклические ароматические углеводороды (ПАУ) – высокомолекулярные органические соединения, основными структурными элементами которых являются соединенные между собой бензольные кольца. Два соединенных между собой бензольных кольца в молекуле ПАУ или имеют два общих атома углерода или соединены углерод-углеродной связью (Шурубор, 2000). ПАУ могут быть замещенными и незамещенными.

Незамещенные ПАУ рассматривают как производные молекулы простейших поликонденсированных соединений бензола–нафталина и дифенила. Замещенные ПАУ в своем составе как минимум вместо

одного атома водорода, содержат какую-нибудь функциональную группу. Структурными аналогами ПАУ являются гетероциклические ароматические соединения, в состав молекул которых вместо атома углерода входят атомы других химических элементов (гетероатомы). Структуру ПАУ в зависимости от относительного расположения бензольных колец можно разделить на две группы, два типа сочленения: линейное в антраcene, тетрацене и др. и угловое, например, в фенантрене, хризене, пирене.

ПАУ, являющиеся производными нафталина, составляют группу катаanelированных ПАУ. ПАУ, являющиеся производными дифенила, составляют группу периконденсированных ПАУ.

Эти соединения (ПАУ) способны вступать в реакции замещения и присоединения. Для ПАУ характерны реакции электрофильного замещения. ПАУ не вступают в обычных условиях в реакции присоединения, что объясняется особенностью их электронного строения. Однако в особых условиях ПАУ могут вступать в эти реакции, например, присоединение к бензольному кольцу галогенов может происходить под действием ультрафиолетового облучения, а присоединение водорода с образованием циклопарафиновых углеводородов может происходить в присутствии катализаторов при повышенной температуре (Шабад, 1982). ПАУ способны окисляться с образованием хинонов и карбоновых кислот; могут разлагаться под действием сильных концентрированных кислот, токов высокой частоты, ультразвука.

ПАУ-молекулярные соединения, представляющие собой при комнатной температуре кристаллы (за исключением ряда производных нафталина).

Температура их кипения и плавления растет с увеличением числа бензольных колец, достигая соответственно у нафталина 80 и 2180С, у 3,4-бенз(а)пирена 1770С и 4560С (Дикун, 1979). Растворимость ПАУ в чистой воде невелика и значительно варьирует от одного углеводорода к другому. Растворимость их в органических растворителях уменьшается с увеличением молекулярной массы в зависимости от взаимного расположения конденсированных бензольных колец в молекуле. Растворимость пирена в воде в тысячу раз выше, чем 3,4-бенз(а)пирена, которая в ряду изученных ПАУ минимальна. Солевой состав не оказывает влияния на растворимость ПАУ. Растворимость ПАУ в воде растет в присутствии бензола, нефти и нефтепродуктов. ПАУ обладают магнитными свойствами, являются полупроводниками. Отличительной способностью ПАУ является их способность люминесцировать. Люминесцирующие соединения имеют свои спектры излучения (люминесценции) и поглощения (возбуждения). На изучении электронных спектров поглощения и излучения, лежащих в видимой и ультрафиолетовой частях спектра, основан анализ ПАУ. Люминесценцию относят к физическим свойствам ПАУ (Теплицкая, 1980).

ПАУ – нежелательный побочный продукт сжигания ископаемого топлива, в первую очередь угля и нефтепродуктов. Уголь считается смесью огромного количества поликонденсированных ароматических бензольных ядер с минимальным содержанием водорода. При сжигании в печах, электростанциях, двигателях внутреннего сгорания эти соединения разлагаются. При низких температурах сгорания и недостаточном поступлении атмосферного кислорода образуется очень реактивный ацетилен, равно как и различные алифатические фрагменты углеводородов. Ацетилен полимеризуется в бутadiен, который в дальнейшем образует ядро ароматического углеводорода. При добавлении его к существующим ароматическим ядрам возникает ПАУ, например пирен, из которого путем добавления еще одной молекулы бутadiена выделяется наиболее известный канцероген – бензо[а]пирен. При сжигании при высокой температуре и обильном поступлении атмосферного кислорода образуется мало ПАУ, потому что практически весь углерод сгорает, превращаясь в оксид углерода. При неполном сгорании возникают частички углерода – сажа. Можно предположить, что образующиеся ПАУ, адсорбированные на поверхности частичек сажи и дыма, вместе с ними попадают в окружающую нас среду. Сажа, твердые частички дыма и выхлопных газов содержатся в дорожной пыли, смоге больших городов, пыльном воздухе коксовых заводов. Вместе с пылью они попадают на одежду, кожу, в дыхательные пути. Сегодня известно уже несколько сот различных полициклических ароматических веществ: несколько десятков из них – канцерогены. Однако их действие неодинаково и зависит от строения соответствующего вещества.

Тип воздействия ПАУ на живые организмы ключевым образом зависит от структуры самого углеводорода и может изменяться в очень широких пределах. Многие полициклические ароматические углеводороды являются сильными химическими канцерогенами. Такие соединения, как бенз[а]антрацен, бензпирен обладают ярко выраженными канцерогенными, мутагенными и тератогенными свойствами.

ПАУ чрезвычайно устойчивы в; любой среде, и при систематическом их образовании существует опасность их накопления в природных объектах. В настоящее время 200 представителей канцерогенных углеводородов, включая их производные, относятся к самой большой группе известных канцерогенов, насчитывающей более 1000 соединений.

По канцерогенности полициклические ароматические углеводороды делят на три основные группы:

1. наиболее активные канцерогены бенз(а)пирен, дибенз(а)антрацен, дибенз(а)пирен;
2. умеренно активные канцерогены бенз(а)флуорантен;
3. менее активные канцерогены бенз(е)пирен, бенз(а)антроцен, дибенз(а)антрацен, хризен и др.

При попадании в организм полициклические углеводороды под действием ферментов образуют соединения, реагирующие с гуанином, что препятствует синтезу ДНК, вызывает нарушение или приводит к возникновению мутаций, способствующих развитию раковых заболеваний. Бенз(а)пирен попадает в

организм человека не только из внешней среды, но и с такими пищевыми продуктами, в которых существование канцерогенных углеводов до настоящего времени не предполагалось. Он обнаружен в хлебе, овощах, фруктах, растительных маслах, а также обжаренном кофе, копченостях и мясных продуктах, поджаренных на древесном угле.

Сильное загрязнение продуктов полициклическими ароматическими углеводородами наблюдается при обработке их дымом. При исследовании солодового кофе было обнаружено большое количество канцерогенных веществ, которое намного превышает их содержание в жареных зернах. Так, в солодовом кофе, поджаренном при непосредственном контакте с дымом, выявлено в 50 раз больше бенз(а)пирена (15-16 мкг/кг). При сушке зерна дымовыми газами, образуемыми при сгорании необработанного бурого угля, загрязнение бенз(а)пиреном в 10 раз превышает первоначальное его содержание, а при использовании брикетов из бурого угля в 2 раза. При сушке зерна топочными газами, образуемыми при сгорании мазута, содержание бенз(а)пирена увеличивается в 2-3 раза, при сгорании дизельного топлива в 1,4-1,7 раза, при использовании природного газа в 1,2 раза. Содержание бенз(а)пирена зависит не только от технологического процесса сушки, но и от места произрастания зерна. Образцы зерна в областях, удаленных от промышленных предприятий, содержат в среднем 0,73 мкг/кг бенз(а)пирена, а зерна в промышленных районах 22,2 мкг/кг.

Большая часть ПАУ обезвреживается в печени с помощью микросомальной системы окисления, катализируемой целой группой ферментов – цитохромами P450. Продуктами гидроксилирования являются эпоксиды – чрезвычайно реакционноспособные вещества, обладающие сильными канцерогенными, окислительными и токсичными свойствами. Эпоксиды – электрофилы, легко алкилируют нуклеофильные группы азотистых оснований ДНК, с образованием аддуктов, особенно это свойство ярко выражено у гуанина. Образовавшиеся ДНК-аддукты очень прочны. Как следствие алкилирования ДНК, возникают проблемы в протекании процесса репликации и транскрипции, что приводит к мутациям. Накопление таких мутаций приводит к ряду негативных проявлений: подавление антионкогенов (например, p53), и как следствие полное подавление запрограммированной клеточной смерти – апоптоза, увеличению экспрессии трансформированных белков и началу малигнизации (озлокачествления).

Учитывая, что почти половина всех злокачественных опухолей у людей локализуется в желудочно-кишечном тракте, отрицательную роль загрязненной канцерогенами пищевой продукции трудно переоценить. Для максимального снижения содержания канцерогенов в пище основные усилия должны быть направлены на создание таких технологических приемов хранения и переработки пищевого сырья, которые бы предупреждали образование канцерогенов в продуктах питания или исключали загрязнение ими.

Литература:

1. Шурубор Е.И. Полициклические ароматические углеводороды в системе почва–растение района нефтепереработки (Пермское Прикамье) // Почвоведение, 2000. № 12. С. 1509-1514.
2. Шабад Л.М. О химических канцерогенах в окружающей человека среде. – В кн.: Комплексный глобальный мониторинг загрязнения окружающей природной среды. – Л.: Гидрометеиздат, 1982. – С. 69-77
3. Алексеева Т.А., Теплицкая Т.А. Спектрофлуориметрические методы анализа ароматических углеводородов в природных средах. – Л.: Гидрометеиздат, 1981. – С. 213–215

ПРОБЛЕМЫ ГИСТОЛОГИИ, ЦИТОЛОГИИ, ЭМБРИОЛОГИИ И АНАТОМИИ

ЭТАПЫ СОЗДАНИЯ ЭЛЕКТРОННОГО УЧЕБНИКА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Абрамова А.В.

*Северный государственный медицинский университет. Кафедра анатомии и оперативной хирургии. Студентка III курса лечебного факультета. E-mail: anastasiyaabr@mail.ru
Научный руководитель: д.м.н., проф., Мартынова Н.А.*

Аннотация: В статье раскрыта тема создания электронных учебников для студентов медицинских ВУЗов. Выделены основные требования к электронному учебнику. На примере созданного на базе Северного государственного медицинского университета мультимедийного учебника по дисциплине «Топографическая анатомия и оперативная хирургия» отражены основные этапы разработки.

Ключевые слова: электронный учебник, топографическая анатомия, оперативная хирургия, мультимедийные технологии.

С выходом в свет нового «Закона об образовании» законодательное оформление и импульс к развитию получили такие реалии современного вузовского образования, как электронное обучение. В последние годы о необходимости использования мультимедийных учебных материалов при изучении различных

дисциплин, в том числе и в медицинских ВУЗах, свидетельствует ряд фактов. Во-первых, современные студенты обладают продвинутыми навыками в использовании компьютерной техники, легко воспринимают материалы, представленные в электронном виде. Во-вторых, студенты предпочитают найти и воспользоваться при подготовке к занятиям материалы в интернете, хотя они часто бывают устаревшими, или неправильно методически выстроенными. В-третьих, все известные учебники по «Топографической анатомии и оперативной хирургии» содержат в себе огромный накопленный материал, который сложно изучать студентам, выделяя ту информацию, которую будущий врач должен знать в обязательном порядке. Поэтому более структурированный, содержащий информацию к обязательному изучению учебник очень необходим. Из вышесказанного понятно, что цель нашей работы состояла в создании унифицированного, грамотно структурированного электронного учебника, способного выстроить материал определенной предметной области наиболее понятно для студентов.

Мультимедийный (электронный) учебник (ЭУ) – это представление учебного материала в электронном виде, с использованием следующих объектов: форматированный гипертекст, графические изображения, анимация, видеозаписи. ЭУ должен обладать следующими характеристиками: четкая структура, быстрый переход к любому элементу, возможность поиска, читабельность, краткость. Текст структурируется с помощью заголовков, подзаголовков, списков, таблиц.

Рассмотрим алгоритм создания электронного учебника на примере дисциплины «Топографическая анатомия и оперативная хирургия». На титульном листе электронного учебника представлена информация о ВУЗе (с логотипом), названии дисциплины, авторе или кафедре. Для более быстрого доступа к разделам дисциплины (Топографическая анатомия и Оперативная хирургия) на первой странице сразу представлена возможность перехода к ним при переходе курсора на соответствующую картинку или название раздела (рисунок 1). При входе в соответствующий раздел обучающийся сразу видит список модулей и их составляющих (тем). Каждой теме соответствует своя гиперссылка. Из каждой отдельной темы можно легко вернуться на главную страницу или к оглавлению.

Теперь электронный учебник готов к визуализации с помощью мультимедийных средств. В первую очередь отбираются тексты для дополнения мультимедийными материалами (рисунки, видео). На процесс восприятия и понимания текста влияет целый набор факторов: ширина текстовой зоны должна быть в пределах 540÷570 px и центрироваться по горизонтали, размер шрифта не менее 12 пунктов. Фон должен быть монотонным, предпочтительно использование светлого фона. При этом текст должен быть написан темным цветом. Для дизайна данного учебника выбрана цветовая гамма присущая официальному сайту Северного государственного медицинского университета (белый и голубой фон, черный и синий текст). Для акцентирования внимания обучающегося необходимо выделять ключевые слова, термины. По мнению психологов, шрифт с засечками читается легче, поскольку глазу есть за что «зацепиться» (группа шрифтов Serif). В данном учебнике применен шрифт этой группы Times New Roman. Одна из страниц учебника представлена на рисунке 2.



Рис.1. Главная страница электронного учебника

Плечевое сплетение (*plexus brachialis*) образовано передними ветвями V-VIII и частично I грудного спинномозговых нервов. В межлестничном промежутке нервы формируют *три ствола* (*верхний, средний и нижний*), которые проходят между передней и средней лестничными мышцами в надключичную ямку и спускаются в подмышечную полость позади ключицы (рис. 2.1). В сплетении выделяют над- и подключичную части.

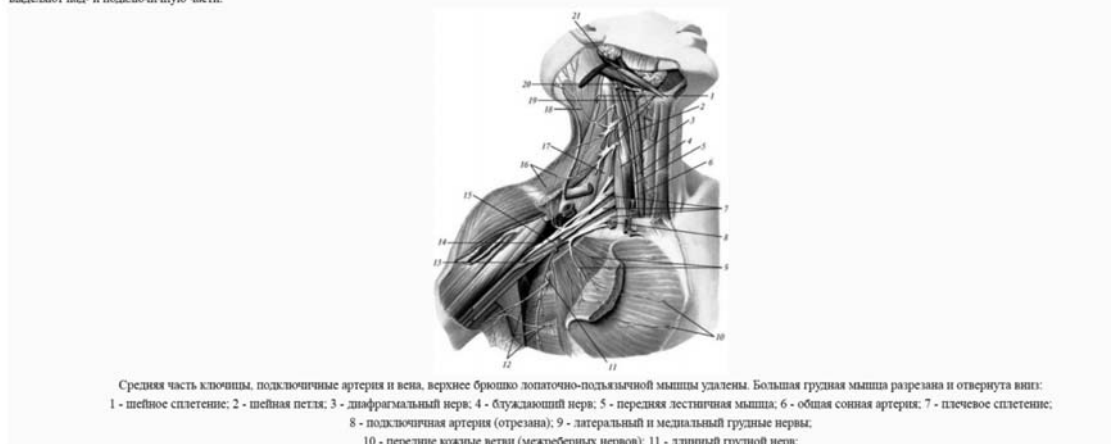


Рис.2. Применение дизайна в электронном учебнике

Достоинства электронных пособий применительно к учебным занятиям в медицинских учебных учреждениях состоят в том, что обучающиеся могут использовать ЭУ на практических занятиях, для самостоятельной работы; ЭУ позволяет преподавателю выносить на лекции и практические занятия материал по собственному усмотрению, оставляя некоторую часть для самостоятельной работы; ЭУ высвобождает преподавателя от незапланированных дополнительных занятий с обучающимися, пропускающими занятия; при помощи учебника осуществляется индивидуальный подход к каждому студенту; электронные учебники являются по своей структуре открытыми системами, преподаватели их могут дополнять и корректировать.

ПРОБЛЕМЫ ГИГИЕНЫ, ФИЗИОЛОГИИ ТРУДА И ЭКОЛОГИИ

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА КОЛБАСНЫХ ИЗДЕЛИЙ

Бекарова М.М.

ФБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России

Научный руководитель: Айвазова Е.Н. заведующая кафедрой общей и биоорганической химии ГБОУ ВО СГМУ, доцент, кандидат биологических наук

Аннотация: Качество колбасных изделий и копчености зависит от способа приготовления и условий хранения. Нередко колбасные изделия и копчености во время приготовления и хранения приобретают порочные качества, поэтому исследование этих продуктов является необходимым для их санитарно-пищевой оценки. Для проверки качества мы исследовали химический состав 8 образцов изделий и провели 5 химических опытов.

Колбасные изделия – это продукты, изготовленные из мясного фарша с солью и специями, в оболочке или без неё и подвергнутые термической обработке или ферментации до готовности к употреблению. Колбаса, в составе которой натуральное мясо, обладает всеми его полезными качествами. Она – важный источник полноценных белков в пищевом рационе человека. Целью национальных стандартов в области изготовления колбасных изделий является обеспечение их безопасности для жизни и здоровья человека, поэтому вопросы соответствия употребляемых человеком колбасных изделий стандартам являются актуальными.

Гипотеза: Все образцы исследованных колбасных изделий разных производителей соответствуют стандартам.

Цель исследования: Проверить качество образцов различных сортов колбасных изделий и проанализировать полученные результаты.

Задачи исследования:

1. Изучить литературу по данной теме.
2. Определить количественное содержание воды и хлорида натрия в колбасных изделиях.
3. Определить наличие крахмала и красителей.

4. Определить pH среды колбасных изделий.

5. Проанализировать полученный результат

Результаты исследования

1. Количественное содержание воды находится в норме в колбасах докторская «Ретро» (ООО «Витлайн север»), варёно-копчёная «Имперская» (Черкизовский МПЗ), варёно-копчёная «Мускатная» (ЗАО «Йошкар-Олинский мясокомбинат»), варёно-копчёная «Таллинская» (ООО «ЭВЕРЕСТ»). В сырокопчёных колбасах «Чоризо», «Брауншвейгская» (Германия) и в полукопчёных колбасах «Коньячная» (ООО «Царицыно Эталон»), «Краковская» (ООО Мясокомбинат «Дороничи») содержание влаги превышает норму, следовательно, эти образцы не соответствуют государственным стандартам.

2. Количественное содержание хлорида натрия находится в норме во всех образцах колбасных изделий кроме сырокопчёной колбасы «Чоризо». В сырокопчёной колбасе «Чоризо» содержание хлористого натрия превышает норму, следовательно, данный образец не соответствует государственным стандартам согласно таблице 2 пункта 4.2.1 ГОСТ Р 55456-2013 «Колбасы сырокопченые. Технические условия» (далее – ГОСТ Р 55456-2013).

3. Обнаружено наличие крахмала в докторской колбасе «Ретро». Согласно таблице 1 пункта 4.2.1 ГОСТ Р 52196-2011 «Изделия колбасные варёные. Технические условия» (далее – ГОСТ Р 52196-2011) содержание крахмала в докторской колбасе не допускается. Следовательно, образец не соответствует стандарту по исследуемому показателю. Обнаружено наличие крахмала в варёно-копчёной колбасе «Имперская», варёно-копчёном сервелате «Мускатный», варёно-копчёной колбасе «Таллинская» производства ООО «Витлайн север», Черкизовского МПЗ, ЗАО «Йошкар-Олинский мясокомбинат», ООО «ЭВЕРЕСТ» соответственно. ГОСТ Р 55455-2013 «Колбасы варёно-копчёные. Технические условия» (далее – ГОСТ Р 55455-2013) содержание крахмала в варёно-копчёных колбасах не регламентирует. Следовательно, нельзя сделать вывод о том, что указанные образцы варёно-копчёной колбасы не соответствуют нормам государственного стандарта по указанному показателю.

4. pH среды фарша около 7 (нейтральная среда) следующих сортов колбас: докторской колбасе «Ретро» (ООО «Витлайн север»), варёно-копчёной колбасе «Имперская» (Черкизовский МПЗ), сырокопчёной колбасе «Брауншвейгская» (Германия), сырокопчёной колбасе «Чоризо», варёно-копчёном сервелате «Мускатный» (ЗАО «Йошкар-Олинский мясокомбинат»), варёно-копчёной колбасе «Таллинская» (ООО «ЭВЕРЕСТ»). В полукопчёном сервелате «Коньячный» (ООО «Царицыно Эталон») и полукопчёной колбасе «Краковская» (ООО Мясокомбинат «Дороничи») показатель pH равен 6, что соответствует слабой кислой среде, следовательно, данные колбасы не соответствуют государственным стандартам.

5. Обнаружено наличие красящих веществ в сырокопчёной колбасе «Брауншвейгская» (Германия) и сырокопчёной колбасе «Чоризо».

Выводы:

1. По исследуемым показателям полностью соответствуют требованиям государственных стандартов следующие образцы колбас:

Варёно-копчёная колбаса «Имперская» (ГОСТ Р 55455-2013)

Варёно-копчёная колбаса, сервелат «Мускатный» (ГОСТ Р 55455-2013)

Полукопчёная колбаса «Таллинская» (ГОСТ Р 53588-2009)

2. Не соответствуют по исследуемым показателям государственным стандартам следующие образцы колбас:

Колбаса докторская «Ретро» по показателю содержания крахмала (ГОСТ Р 52196-2011, п. 4.2.1, таблица 1);

Сырокопчёная колбаса «Брауншвейгская» (ГОСТ Р 55456-2013, п. 4.2.1, таблица 2), сырокопчёная колбаса «Чоризо» (ГОСТ Р 55456-2013, п. 4.2.1, таблица 2), полукопчёная колбаса, сервелат «Коньячный» (ГОСТ 31785-2012, п. 5.2.1, таблица 1), полукопчёная колбаса «Краковская» (ГОСТ Р 53588-2009, п. 5.2.1, таблица 1) по показателям содержания влаги;

Полукопчёная колбаса, сервелат «Коньячный» (ГОСТ 31785-2012, п. 5.2.1, таблица 1), полукопчёная колбаса «Краковская» (ГОСТ Р 53588-2009, п. 5.2.1, таблица 1) по показателям pH среды колбасного фарша.

Можно сделать вывод, что некоторые предприятия в целях экономии сырьевых ресурсов значительно повышают выход колбасных изделий за счет увеличения водосвязывающей способности фарша и добавления воды, крахмала и др. компонентов. Таким образом, нарушение государственных стандартов при изготовлении колбасных изделий влечёт угрозу безопасности данных пищевых продуктов для здоровья человека.

Литература:

1. Архангельский В.И. и др. под редакцией Мельниченко П.И. Гигиена человека (учебник по медицине) 2010- 752с.

2. Дорожкин С.В. «Химия и жизнь» 2007 г ,№ 6, стр. 97-102.

3. Мезенова О.Я., Ким И.Н., Бредихин С.А. Производство копченых пищевых продуктов. – М.: Колос. 2001. – С.68-73.

4. Позняковский В.М. Экспертиза мяса и мясопродуктов.
5. Колбаса [Электронный ресурс] // wikipedia.org : Википедия, свободная энциклопедия. URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Колбаса> (дата обращения: 22.01.17)
6. Колбаса. Как всё начиналось. [Электронный ресурс] // <http://www.kolbasaclub.ru/> : Март.рф. Клуб колбасников. URL:<http://www.kolbasaclub.ru/page/192> (дата обращения: 22.01.17)
7. Химический состав колбас. [Электронный ресурс] // <http://www.pitportal.ru> : Общепит в России (с) 2008-2017. URL:http://www.pitportal.ru/samples_docs/gigiena_pitaniya/6200.html (дата обращения: 22.01.17)
8. Отчёт по практике на ОАО «Лианозовский колбасный завод», проходившей с 20.06.2005 по 09.07.2005 [Электронный ресурс] // <http://www.studfiles.ru> : StudFiles. Файловый архив студентов. 1009 вузов, 1864 предмета. URL:<http://www.studfiles.ru/preview/1155453/> (дата обращения: 22.01.17)

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У ФЛОРБОЛИСТОК НАЦИОНАЛЬНОЙ СБОРНОЙ РОССИИ В ДИНАМИКЕ ИГРОВОГО СЕЗОНА

Долгобородова А. А.

Северный (Арктический) федеральный университет имени

М.В. Ломоносова, институт медико-биологических исследований, аспирантка 2 курса

E-mail: stas5i@yandex.ru

Научный руководитель: д.м.н., проф., заслуженный работник высшей школы РФ, Гудков А. Б.

Аннотация: В статье представлены данные показателей физической работоспособности у высококвалифицированных флорболисток в динамике игрового сезона. Установлено, что в соревновательный период показатели физической работоспособности более низкие по сравнению с переходным и тренировочными периодами. Наиболее высокие показатели у игроков наблюдаются в конце тренировочного периода. Результаты исследования обосновывают необходимость включения оценки функциональной подготовленности спортсменов в тренировочный и соревновательный процесс, а также проведения восстановительных мероприятий после серьёзных физических нагрузок.

Ключевые слова: флорболистки, мастера спорта, физическая работоспособность, соревновательный, переходный и тренировочный периоды.

Одним из основных понятий в физиологии труда и спорта является понятие «физическая работоспособность». Под работоспособностью понимается потенциальная способность человека выполнять максимально возможное количество работы на протяжении заданного времени и при интенсивном напряжении организма [6]. Работоспособность человека зависит от уровня его тренированности, степени закреплённости рабочих навыков и опыта, его физического, физиологического и психологического состояний, здоровья и других факторов [2, 5].

Проблема работоспособности человека актуальна для специалистов всех профилей деятельности человека [3, 4, 7]. Особенно важной данная задача представляется для спортсменов и тренеров, поскольку именно благодаря высокому уровню работоспособности достигаются успешные результаты в соревновательном периоде спортивной подготовки [8].

Наиболее важной характеристикой резервных возможностей человека является его адаптационная сущность, эволюционно выработанная способность организма выдерживать большую, чем обычно, нагрузку. Исследование физической работоспособности спортсмена (особенно высокой квалификации) даёт уникальный фактический материал для оценки и анализа функций организма в зоне видовых предельных напряжений [5].

В настоящее время проведено много исследований, направленных на оценку уровня физической работоспособности у спортсменов различной специализации. Однако уровень физической работоспособности у флорболисток исследован недостаточно. Поэтому **цель данной работы** заключалась в характеристике физической работоспособности у высококвалифицированных флорболисток в динамике игрового сезона.

Флорбол или хоккей в зале – командный вид спорта из семейства хоккеев. Играется в закрытых помещениях на твёрдом ровном полу пластиковым мячом, удары по которому наносятся специальной клюшкой.

Материалы и методы исследования. Случайным образом были обследованы 17 женщин-флорболисток национальной сборной команды России. Средний возраст обследованных составил 25,1±5,6 лет. Все обследованные спортсменки имели звание «Мастер спорта РФ» и играли в команде нападающими или защитниками, что составило 74 % от всех полевых игроков сборной России. Все флорболистки на момент обследования не имели серьёзных спортивных травм. Данное исследование проводилось в течение игрового сезона в каждом из трех периодов: в конце соревновательного периода, в середине переходного и в конце тренировочного периода.

Для оценки уровня общей физической работоспособности использовался тест PWC_{170} с помощью велоэргометра марки Tunturi. Испытуемый последовательно выполнял две нагрузки в течение 5 мин. с 3-минутным интервалом отдыха между ними. В последние 30 сек. пятой минуты каждой нагрузки подсчитывалась частота сердечных сокращений (ЧСС). Величину PWC_{170} определяли по формуле Л.В. Карпмана [6].

Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием компьютерной программы «SPSS 22». Для сравнения групп и исследования связей использовались непараметрические методы (тест Уилкоксона – для сравнения двух связанных выборок). Параметры по группам оценивались и представлены медианой (Me) и процентильным интервалом 25–75 (Q1–Q3).

Результаты исследования. Сравнительный анализ показателей теста PWC_{170} обнаружил статистически значимые различия (см. таблицу). Выявлены значимые различия как между соревновательным и переходным периодами, так и между соревновательным и тренировочным периодами. Кроме того, показатели в соревновательном периоде находятся в пределах нижней границы нормативных параметров для спортсменов [1]. Это объясняется тем, что в ходе соревновательного периода происходит утомление организма спортсменов в результате выступления на играх мирового уровня, характеризующихся тяжелыми физическими нагрузками, эмоциональным напряжением, игрой на максимальных скоростях и серьезными функциональными сдвигами в организме, что и привело к низким показателям физической работоспособности.

Таблица

Сравнительная характеристика физической работоспособности у флорболисток в динамике игрового сезона

	Соревновательный период (СП)	Переходный период (ПП)	Тренировочный период (ТП)	p1	p2	p3
	Me (Q1–Q3)	Me (Q1–Q3)	Me (Q1–Q3)			
PWC_{170}	1008,00 (888,50 – 1134,00)	1378,00 (1150,50 – 1714,00)	1480,00 (1197,50 – 1776,50)	0,017	0,004	0,193

Примечание: p1 – уровень статистической значимости между СП и ПП; p2 – уровень статистической значимости между СП и ТП; p3 – уровень статистической значимости между ПП и ТП

Цель переходного периода заключается в снятии накопившейся в ходе сезона физической и нервной усталости. Обеспечение полноценного отдыха после соревновательных нагрузок, а также поддержание на определенном уровне тренированности для обеспечения оптимальной готовности спортсмена к началу сезона привело к восстановлению и повышению показателей физической работоспособности у игроков по сравнению с соревновательным периодом. В переходный и тренировочный период показатели у обследованных находились в пределах нормы для спортсменов высокой квалификации. Также стоит отметить, что наибольшие показатели наблюдаются в конце тренировочного периода. Таким образом, исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что флорболистки подошли к соревнованиям на пике своей спортивной формы.

Литература:

1. Аулик И.В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте – М: Медицина. 1990. 192 с.
2. Бескаравайный Е.Б., Гудков А.Б. Динамика качества соматического здоровья и психомоторных реакций у военнослужащих подразделений специального назначения в процессе выполнения служебно-боевых задач// Медицинский вестник МВД. 2014. №4. С.52–59.
3. Гудков А.Б. Физиологическая характеристика нетрадиционных режимов организации труда в Заполярье: автореф. дис. ...д-ра мед.наук. Архангельск. 1996. 32 с.
4. Гудков А.Б. Характеристика фазовой структуры сердечного цикла у новобранцев учебного центра ВМФ на Севере// Военно-медицинский журнал. 2014. Т. 335, №2. С. 58-59.
5. Долгобородова А.А. Характеристика уровня физической работоспособности у высококвалифицированных флорболисток в соревновательный период// Бюллетень СГМУ. 2016. №1. С. 242 – 243.
6. Карпман В.Л., Белоцерковский З.Б., Гудков И.А. Тестирование в спортивной медицине – М: Физкультура и спорт. 1988. 208 с.
7. Теддер Ю.Р., Гудков А.Б., Дегтева Г.Н., Симонова Н.Н. Актуальные вопросы физиологии и психологии вахтового труда в Заполярье. Архангельск. 1996. 127 с.
8. Солодков А.С., Бухарин В.А., Мельников Д.С. Работоспособность спортсменов: её критерии и способы коррекции// Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2007. №3 (25).С.74–79.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ С МЕТИЦИЛЛИН-РЕЗИСТЕНТНЫМ ЗОЛОТИСТЫМ СТАФИЛОКОККОМ В ГЕРМАНИИ

Симонов К.Б.

Департамент здравоохранения г. Дрездена (Германия), сот. Отдела инфекционной защиты населения. E-Mail: simonov1984@gmail.com

Научный руководитель: д.м.н., проф., Дёжнева Г.Н.

Метициллинрезистентный золотистый стафилококк (англ. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus) – золотистый стафилококк, вызывающий сложно излечимые заболевания у людей, такие как сепсис, пневмонии. Также его называют: золотистый стафилококк с множественной лекарственной устойчивостью, или оксациллинустойчивый золотистый стафилококк. Метициллин-резистентный стафилококк – это любой штамм бактерии золотистого стафилококка, который устойчив к большой группе антибиотиков – бета-лактамов (включают в себя пенициллины и цефалоспорины).

На сегодняшний день в Германии также широко применяется термин мультирезистентный золотистый стафилококк (MRSA), который устойчив к разным группам антибиотиков включая метициллиновую. Также в ходу обозначения ORSA, VRSA (резистентность к оксациллину и ванкомицину соотв.) Мультирезистентный золотистый стафилококк (MRSA) является всё же главным маркером по которому судят об эффективности санитарно-профилактических стратегических программ которые предпринимаются государством, а так же о работе эпидемиологов при лечебных учреждениях.

В Германии существует требование, которое основывается на федеративном «законе об инфекционной защите (IfSG)» сообщать об обнаруженных Мультирезистентных золотистых стафилококках в крови и спинно-мозговой жидкости (это требование распространяется также на 28 различных инфекций). Это является одним из главных оценочных факторов в нозокомиальной статистике. Каждое лечебное учреждение обязано в течение 24 часов передать сведения об обнаружении в крови или спинно-мозговой жидкости возбудителя местному департаменту здравоохранения. В данных должны быть указаны вид операции, симптоматика, все предшествующие перемещения пациента по ЛПУ. Департамент здравоохранения обязан незамедлительно передать эти данные в институт им. Роберта Коха, где они обрабатываются и передаются национальному референц-центру. Так, например в 2012 европейская сеть по сбору информации по резистентности к антибиотикам (EARS) зарегистрировала, что в Германии 15, 4 % всех септикэмий были вызваны метициллин-резистентным стафилококком. С 2012-ого по 2014-ый год по данным национального референц-центра наблюдается снижение числа мультирезистентных золотистых стафилококков обнаруженных в крови и спинно-мозговой жидкости: в 2012-ом 4498, в 2013-ом 4372 и в 2014-ом 3841 зарегистрированных согласно критериям случаев.

Так же национальный референц-центр занимается статистикой обычных случаев обнаружения мультирезистентных золотистых стафилококков (мазок с полости носа, гортани, также раны). Существует так называемый входной скрининг: каждая больница и каждое отделение проводят скрининг вновь поступивших пациентов, которые попадают под группу риска (возраст, хронические заболевания, ослабленный иммунитет, поступления из дома престарелых). Последнее время количество таких клиник, которые вводят стандарты обязательного скрининга растёт. Соответственно растёт и число сообщаемых случаев. На таблице 1 представлено развитие инцидентности и распространённости с 2006-ого по 2015-ый год вышеуказанных случаев.

Мы видим, что число абсолютных случаев выросло в 5 раз. В тоже время число ЛПУ сообщающих эти данные выросло в 4 раза. В целом можно отмечать, что инцидентность с 2006-ого по 2014-ый год снизилась в 2 раза. Сравнение ситуации по этой нозокомиальной инфекции с другими странами очень нелёгкая задача, так же как адекватная оценка внутри страны. Каждый год совершенствуется скрининг, методы выявления мультирезистентных золотистых стафилококков. Совершенствуется способы обработки и пересылки информации, что неизбежно влечёт повышение общего количества выявленных случаев. Здесь мы имеем дело с одним из четырёх так называемых Public Health-парадоксов: улучшаем валидность исследования (в нашем случае профилактическую работу) – соответственно получаем более высокие количественные результаты, которые сложно объективно оценить.

По грубым оценкам Германия находится примерно в середине списка Европейских стран по заражённости мультирезистентным золотистым стафилококком. В одном интервале находятся такие страны как Германия, Франция, Чехия, Испания, Англия, Швейцария. Наиболее низкие показатели показывают Норвегия, Швеция, Нидерланды. Одни из самых высоких показателей по мультирезистентным золотистым стафилококкам имеют Румыния и Португалия.

Stratifizierung: Alle Krankenhäuser

Tabelle A.1.4: Jahresliste

Jahr	KRH ^{*1}	Patienten- tage	MRSA- Patienten- tage	MRSA-Fälle	Gesamt- prävalenz ^{*2}	Inzidenz- dichte d. noso. MRSA- Fälle ^{*2}	Mittl. tägl. MRSA- Last ^{*2}	Anzahl Nasen- abstriche pro 100 Patienten ^{*2}
2006	110	14.717.772	202.917	13.171	0,87	0,27	1,38	5,78
2007	147	18.113.509	298.983	19.136	0,87	0,28	1,65	6,34
2008	187	23.076.280	402.310	24.828	0,79	0,25	1,74	7,37
2009	227	25.834.927	484.624	32.245	0,95	0,24	1,88	10,39
2010	293	31.529.745	621.408	43.417	1,02	0,22	1,97	13,61
2011	346	35.591.815	682.303	50.532	0,97	0,20	1,92	15,33
2012	399	41.106.214	797.447	60.183	1,04	0,19	1,94	21,79
2013	450	45.483.507	864.832	67.033	1,03	0,16	1,90	25,47
2014	481	48.120.190	852.493	69.417	0,99	0,14	1,77	29,64
2015	475	46.846.611	804.691	70.315	0,99	0,14	1,72	32,33

*1 - Anzahl der Krankenhäuser, die hierfür Daten übermittelt haben

*2 - gepoolter arithmetischer Mittelwert

Активация Windows

Чтобы активировать Windows, перейдите к параметрам компьютера.

Литература:

1. Сайт Института им. Роберта Коха (Берлин)
2. Данные национального референц-центра (Германия)
3. Ежегодный бюллетень Института им. Роберта Коха по нозокомиальным болезням

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ**ОТНОШЕНИЕ К ВАКЦИНАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА***Валитова Н.А., Смирнова С.Н.**Северный государственный медицинский университет. Кафедра инфекционных болезней. Студентки 5 курса лечебного факультета.**Научные руководители: д.м.н. Самодова О.В., к.м.н. Кригер Е.А.*

Аннотация: Проведён опрос студентов 5 курса лечебного (80 человек) и педиатрического (55 человек) факультетов по вопросам вакцинопрофилактики. 18 % студентов считает вакцинацию опасной в связи с боязнью осложнений. Будущие врачи, по их утверждению, вакцинированы не только по Национальному календарю профилактических прививок, но и от клещевого энцефалита, папилломавирусной и менингококковой инфекции. В то же время многие бы отказались от прививки против гриппа. Что касается уровня знаний студентов по данной теме, то их необходимо повышать. Данную проблему можно решить следующими путями: проведением семинаров, лекций, конференций по вопросам вакцинопрофилактики, разработкой с участием студентов информационных материалов для населения по теме вакцинопрофилактики в виде макетов, постеров, а также занятий, полностью посвященных данной теме.

Ключевые слова: вакцинация, студенты

Актуальность. Вопрос иммунопрофилактики является одной из самых обсуждаемых тем среди населения. Для принятия обдуманного решения о проведении вакцинации необходима исчерпывающая непротиворечивая информация о профилактических прививках. Медицинские работники являются практически единственным источником информации о вакцинации для населения, не считая специализированной научной литературы и нормативных актов, для изучения которых необходимы не только время, но и специальные знания. В настоящее время, к сожалению, и среди медицинских работников существуют разногласия по вопросам вакцинопрофилактики, что не способствует росту приверженности вакцинопрофилактике среди населения.

Цель исследования: оценить знания и определить отношение к вакцинации будущих врачей, студентов медицинского университета.

Материалы и методы исследования. Было проведено поперечное исследование методом анкетирования. Объект исследования – студенты 5 курса лечебного (80 человек) и педиатрического (55 человек) факультетов. Анкета – 21 вопрос (открытого и закрытого типа).

Результаты.

82 % всех опрошенных студентов считают вакцинацию неопасной, а 18 % – опасной. Среди опрошенных студентов лечебного факультета большинство (79 %) не считают вакцинацию опасной, так же как и студенты педиатрического факультета (86 %). Меньшая часть опрошенных посчитали вакцинацию опасной (21 % лечебного и 14 % педиатрического факультета). Объяснили они это боязнью осложнений (70,6 % и 62,5 % соответственно), вероятностью развития заболевания (11,9 % студентов лечебного факультета), сомнениями в качестве вакцин (5,9 % студентов лечебного факультета). Без ответа оставили этот вопрос 11,8 % и 37,5 % студентов лечебного и педиатрического факультетов соответственно. После 18 лет студентам были проведены следующие профилактические прививки: на лечебном факультете – от гриппа 90,2 %, гепатита В 21,6 %, клещевого энцефалита 7,8 %, дифтерии и столбняка по 3,9 %, краснухи и ВПЧ по 2 %; на педиатрическом факультете – от гриппа 79,3 %, гепатита В 34,5 %, клещевого энцефалита 13,8 %, дифтерии, столбняка и краснухи по 10,3 %, кори 6,9 %. 82 % студентов лечебного и 68 % студентов педиатрического факультета знают, что от прививок можно отказаться. По мнению студентов, отказ от профилактических прививок может привести к запрету на выезд из страны – 8,2 %, на отказ в приеме в оздоровительные или образовательные учреждения – 23,9 %, на отказ в приеме на работу – 19,4 %, на запрет на некоторые виды деятельности – 38,8 %, все вышеперечисленное – 41,8 %. При ответе на вопрос: «Можно ли делать профилактические прививки беременным женщинам?» – все опрошенные разделились на «за» (46 %) и «против» (57 %) примерно на равные части. При этом будущие педиатры пояснили, какие именно вакцины разрешено проводить: 86 % утверждают, что от гриппа, 21 % – от коклюша, дифтерии и столбняка (АКДС), по 7 % – от краснухи и ветряной оспы. У студентов так же были оценены знания в вопросах проведения профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Все студенты правильно вспомнили о вакцинации против клещевого энцефалита (58,2 %), бешенства (24,6 %), туляремии (14,8 %), гепатита А (5,7 %) и В (4,1 %), шигеллеза, брюшного тифа (1 %), полиомиелита, сибирской язвы, эпидемического паротита, менингококковой и гемофильной инфекций (по 0,8 %), неправильно – против гриппа (15,6 %), малярии (1,6 %), иерсиниоза и гепатита Е (по 0,8 %). На вопрос: «Относится ли реакция Манту к профилактическим прививкам?» – 76 % лечебного и 74 % педиатрического факультета ответили отрицательно, что соответствует правильной точке зрения. Перед проведением профилактических прививок все студенты считают обязательным осмотр врача. На необходимость общего анализа крови указывают 20 % студентов лечебного и 9,4 % педиатрического факультета, общего анализа мочи – 8,8 % и 3,8 % соответственно. На просьбу перечислить медицинские противопоказания ко всем видам профилактических прививок участники опроса ответили следующее: любые острые либо обострение хронических заболеваний (75,2 %), непереносимость компонентов вакцин (37,1 %), иммунодефицит (12,4 %), и менее 10 % беременность, лактация, наличие болезни в анамнезе, недоношенные дети и состояния, сопровождающиеся угрозой жизни пациента, заболевания крови, онкологические заболевания, повышение АД, химиотерапия, лучевая терапия, оперативные вмешательства. На вопрос о возможных поствакцинальных осложнениях будущие врачи указали: аллергические реакции (26,3 %), болезненность в месте введения вакцины (17,3 %), повышение температуры тела (16,5 %), анафилактический шок (15 %), головная боль и недомогание (12 %), диспептические расстройства (1,5 %), но большинство выбрали все вышеперечисленное. А вот наличие поствакцинальных осложнений у себя отмечают 30 % ответивших с лечебного факультета и 5 % с педиатрического факультета. Что целесообразнее, одновременное введение нескольких вакцин или раздельное их введение? На данный вопрос большинство ответивших оказалось «за» раздельное введение вакцин (88 %). Так же большинство участников анкетирования отмечают, что лучше провести вакцинацию, чем переболеть инфекционным заболеванием – 91 % с лечебного факультета и 98 % с педиатрического. Помимо этого, студенты отказались бы от проведения некоторых профилактических прививок – 38,6 % с лечебного факультета (22,7 % грипп, 4,5 % экспериментальные и прививки по эпидемическим показаниям, по 2,3 % полиомиелит, от уже перенесенных заболеваний, детских инфекций в раннем возрасте), 85,7 % с педиатрического факультета (42,9 % грипп, 28,6 % все прививки, 14,3 % менингококковая инфекция). На каких дисциплинах Вы получали информацию по прививкам? На данный вопрос студенты лечебного факультета указали такие предметы, как инфекционные болезни (81,4 % ответивших), микробиология (85,7 %), педиатрия (31,4 %), поликлиническая терапия (17,1 %); студенты педиатрического факультета – инфекционные болезни (76,1 %), педиатрия (65,1 %), иммунология (32,6 %), микробиология (25,6 %). Опрошенные двух факультетов считают, что их знания по вопросам вакцинации не достаточны для работы врачом – 75,2 %, достаточно – 21,8 %, мне это не пригодится – 3 %. Студенты обоих факультетов отнесли себя к сторонникам профилактических прививок (87 % ответивших с лечебного факультета и 85 % с педиатрического). Однако 13 % с лечебного и 15 % с педиатрического факультета сообщили о нейтральном отношении к прививкам. 98 % студентов лечеб-

ного и 95 % студентов педиатрического факультета настроены положительно в отношении вакцинации собственных детей.

Выводы.

Отношение студентов к вакцинации позитивное (86 %). Знания по вопросам вакцинации недостаточны для работы врачом. При анкетировании были выявлены системные ошибки в определении понятий, знании нормативных документов. Данную проблему можно решить следующими путями: проведением семинаров, лекций, конференций по вопросам вакцинопрофилактики, участием студентов в разработке для населения информационных материалов (постеров, листовок), а также занятий, полностью посвященных данной теме.

Литература:

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. N 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показателям».
2. Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
3. МУ 3.3.1.1095-02. 3.3.1. «Вакцинопрофилактика. Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок. Методические указания».
4. МУ 3.3.1879-04. 3.3. «Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Расследование поствакцинальных осложнений. Методические указания».

ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ САМОРЕАЛИЗАЦИИ ЖЕНЩИН, РАБОТАЮЩИХ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Григорович В.В.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы. Студентка 3 курса факультета клинической психологии, социальной работы и адаптивной физической культуры.

E-mail: vikavivika@yandex.ru

Научный руководитель: доц. Шалаурова. Е.В.

Аннотация: В условиях изменения социально-экономического уклада в России происходит радикальное изменение социальных отношений, что приводит к проявлению серьезных проблем в сфере занятости женщин, в частности, в отношении их профессионального роста. Например, вытеснение женщин из сферы интеллектуального труда, сосредоточение лиц женского пола в отраслях теневой экономики, дискриминация по половому признаку при выборе на руководящие должности.

Ключевые слова: карьера, самореализация, решение, проблема.

Карьера – это одна из важнейших причин осуществления трудовой деятельности. Для женщин это не только способ достичь определенных целей в жизни, но и возможность реализовать себя. Однако, чаще всего, построение карьеры не проходит без определенных проблем. В их числе дискриминация по половому признаку, приоритет мужских заслуг перед женскими (известно как «стеклянный потолок»), пренебрежение и недооценка возможностей женщин [3].

Поскольку общеизвестно, что женщины обладают значительно более развитой эмпатией, чем мужчины, эти искусственные препятствия накладывают определённый отпечаток на психологическое состояние женщины, что мешает ей адекватно оценивать свои способности и навыки, причем как в начале карьерного пути, так и на всем его протяжении [1].

На базе ГБУ СОН АО «Приморского Комплексного центра социального обслуживания» было проведено исследование, состоящее из совокупности трех методов: аналитического (анализ и обзор специальной литературы), социологического (использование приёмов социологических исследований) и социального (опрос по авторской анкете и применение психологического опросника). Основной целью проводимого исследования являлось определить психологическое отношение работниц ГБУ СОН АО «Приморского КЦСО» к самореализации, а также выявить их желание и способности к дальнейшему карьерному росту. Исследование проводилось среди 25 женщин – работниц Приморского Комплексного центра социального обслуживания, в возрасте от 18 до 55 лет, в очной форме.

По результатам исследования установлено, что большинство работников довольны исполняемыми обязанностями (52 %), они успешно выполняют свои трудовые обязанности (84 %), они знают, чего хотят добиться в профессиональной сфере (44 %) и в большинстве своем могут занять место руководителя,

но не уверены в этом (60 % и 48 % соответственно). Это говорит о том, что сами работники весьма положительно отзываються о своей работе, но это также означает, что они могут не иметь объективных причин для того, чтобы считать свою работу и выполняемые обязанности действительно качественно выполненными. Исходя из проблем, стоящих перед респондентом, можно выделить боязнь неудачи (40 %) и нехватка времени (48 %), что может сказаться на эффективности карьерного роста и возможностях для самореализации. Нехватка времени – проблема не только работников конкретного учреждения. Ввиду большой загруженности и интенсивной работы такая проблема в целом характерна для всей сферы услуг.

Результаты опросника были направлены на раскрытие мотивационного полюса женщин, т.е. психологическую направленность на успех или на неудачу. Большинство респондентов (52 %) имеют мотивационный полюс в сторону боязни неудачи. Это определяется не только непосредственно выполняемыми трудовыми обязанностями, но и обстоятельствами, с которыми сталкиваются работники, а также с индивидуальными психологическими чертами. Такая мотивационная установка может быть исправлена и выравнена к состоянию невыраженного мотивационного полюса. Результаты анкеты и опросника явно указывают на некоторые проблемы в коллективе ГБУ СОН АО «Приморского КЦСО», на которые руководителям стоит обратить внимание на них и постараться их разрешить для наиболее эффективной работы центра.

Для преодоления проблем, связанных с профессиональной самореализации, необходимо применять самые передовые технологии. Одной из таких технологий является тайм-менеджмент, который акцентируется на личном вовлечении работника в процесс построение карьеры (самотивация). Осознание собственных карьерных возможностей – значительный шаг к их успешной реализации. Определить личные ресурсы, которые являются средствами достижения карьерных целей, можно с помощью «Методики личностного анализа». Вопросы сгруппированы в три крупных блока. Первый охватывает жизненный путь в целом, второй касается собственно профессиональной сферы, третий связан непосредственно с проблематикой карьерного продвижения [2].

Таким образом, ответы на предлагаемые вопросы помогают проанализировать основные аспекты жизненного пути и определить «местонахождение» в профессиональной сфере с точки зрения эффективности развития и управления собственной карьерой. При грамотном использовании данной технологии, женщины смогут провести психологическую самодиагностику карьерного потенциала личности и наметить пути реализации карьерных возможностей. Однако, не стоит полагаться лишь на одну методику. Только вместе с собственными усилиями личности она сможет оказать достаточно серьезное воздействие, чтобы помочь женщине в ее профессиональной самореализации.

Литература:

1. Богатырева О.О. Взаимосвязь карьерных ориентаций и карьерного роста, как результативного показателя организационной социализации: автореф. канд. псих. наук. Москва, 2010. 18с.
2. Киселева Е.В./ Планирование и развитие карьеры //учебное пособие. М.: Легия, Вологда, 2010. С 5-47.
3. Кораблина Е. П. Концепция психологической подготовки к профессиональной деятельности // Психологические проблемы самореализации личности. Вып. 11. СПб, 2007. С. 147 – 155.

РОЛЬ КРИТЕРИЕВ ЖИВОРОЖДЕНИЯ В УЧЕТЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

Ларионова С.О., Тюрина Е.Г.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы. V курс, лечебный факультет.

Научный руководитель: к.м.н. Мордовский Э.А.

Аннотация: Проанализированы нормативно-правовые документы Российской Федерации, регламентировавшие критерии живорождения и мертворождения, выявлены изменения коэффициента перинатальной смертности вследствие перехода в 2012 году на критерии живорождения ВОЗ, перечислены мероприятия по снижению уровня перинатальной смертности.

Ключевые слова: перинатальная смертность, критерии живорождения.

Перинатальная смертность – статистический показатель, отражающий все случаи смерти плода или новорождённого в течение перинатального периода, который включает в себя антенатальный (с 22-й недели беременности до родов), интранатальный (период родов) и постнатальный (ранний неонатальный) (первые 168 ч жизни) периоды.

Первичный медицинский документ, на основании которого производится регистрация каждого случая перинатальной смерти в органах ЗАГС, – учетная форма N106-2/у-08 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти». Данные по перинатальной смертности содержатся в форме 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» Федерального статистического наблюдения.

До 1992 года в России в статистику перинатальной смертности включались дети, умершие до рождения на сроке гестации от 28 недель и массой более 1000 грамм, что не соответствовало показателям начала перинатального периода, которые рекомендованы ВОЗ. Дети, рожденные с более низкими показателями, регистрировались по истечению 168 часов.

В 1993 г вступил в силу Приказ Минздрава РФ от 4.12.92 №318/190н «О переходе на рекомендованные ВОЗ критерии живорождения и мертворождения», в котором были сохранены прежние критерии перинатального периода – 28 недель гестации и масса тела ребенка 1000г и более, но было внесено другое важное дополнение: регистрации как живорожденные стали подлежать дети, у которых отсутствовало дыхание при наличии других критериев живорождения, а также дети с массой тела 500-1000 г, родившиеся в многоплодных родах и умершие в ранний неонатальный период.

Документы, регламентирующие организацию помощи новорожденным, (Приказ Минздравсоцразвития России от 01.06.2010 N 409н «Об утверждении Порядка оказания неонатологической медицинской помощи») и клинические рекомендации Минздрава по оказанию медицинской помощи новорожденным (Письмо Минздравсоцразвития РФ от 21.04.2010 N 15-4/10/2-3204 «О направлении методического письма Минздравсоцразвития РФ «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям») не внесли изменений в статистическом учете рождения и перинатальной смерти в соответствии с международными требованиями [2].

Действующий сегодня Приказ Минздрава РФ от 15.11.2012 г. N 921н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология»» признавший утратившим силу Приказ Минздравсоцразвития РФ от 01.06.2010 г. N 409н», также не изменил критериев живорождения.

С апреля 2012 года в России введены новые критерии рождения, рекомендованные ВОЗ, соответствующим которым, прерывание беременности в сроке 22-27 недель, трактовавшееся ранее как «поздний аборт», учитывается как сверхранние преждевременные роды. Согласно Приказу Минздравсоцразвития России №1687н от 27 декабря 2011 г. «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи» критерием рождения установлен срок беременности 22 недели и более; масса тела ребенка при рождении 500 граммов и более (или менее 500 граммов при многоплодных родах); длина тела ребенка при рождении 25 см и более (в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна). Приказом Минздрава России от 16.01.2013 N 7н «О внесении изменений в приложения N 1 и N 3 к приказу Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 г. N 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи расширен перечень медицинских критериев рождения ребенка» предусмотрено, что медицинским критерием рождения является срок беременности менее 22 недель или масса тела ребенка при рождении менее 500 грамм, или в случае, если масса тела при рождении неизвестна, длина тела ребенка менее 25 сантиметров, – при продолжительности жизни более 168 часов после рождения.

Изменения определений живо- и мертворождения затрагивают, прежде всего, перинатальный период жизни ребенка, но они влияют и на показатель смертности детей в возрасте от 7 до 28 дней (поздней неонатальной смертности), и на младенческую смертность в целом. На основании сопоставления официальных статистических данных форм Федерального статистического наблюдения №13, №14 и №32 за 2011-2012 гг можно утверждать, что уровень перинатальной смертности в акушерских стационарах в 2012г. увеличился за счет детей с массой тела менее 1000г и составил 9,75% на 1000 родившихся живыми и мертвыми (при показателе в 2011г. 6,72%) [2]. Уровень младенческой смертности в России в 2012 г. вырос с 7,4 до 8,6% по сравнению с 2011 годом [1]. Основной рост (78 %) пришелся на раннюю неонатальную составляющую младенческой смертности; выросла также и поздняя неонатальная смертность (23 % общего роста). Столь резкое изменение показателей в течение одного года было обусловлено именно переоценкой критериев перинатального периода. Данная реформа была необходима для того, чтобы отечественные показатели перинатальной и младенческой статистики стали сопоставимыми с международными.

Снижение перинатальной смертности с учетом перехода на новые критерии рождения включает в себя ряд мероприятий: развитие медицинской помощи по профилю «неонатология», реализация принципов оказания медицинской помощи беременным и детям; расширение охвата и улучшение качества пренатальной диагностики нарушений развития ребенка и медико-генетического консультирования, своевременное направление на родоразрешение в акушерские стационары второй, третьей А группы, ранней коррекции выявленных пороков развития; оптимизация работы отделений (коек) реанимации и интенсивной терапии новорожденных; медицинская и социальная реабилитация детей, родившихся с низкой экстремально низкой массой тела.

Литература:

1. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2012 году` 2013: Стат. справочник/ Р_ Минздрав России. – М., 2013. – 180 с.
2. Суханова Л.П. Исходы беременности и перинатальные потери при новых критериях рождения // Социальные аспекты здоровья населения [электронный научный журнал]. 2013. №3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/483/30/lang,ru/> (дата обращения 20.02.2017).

О СОЦИАЛЬНО- РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЕ С «ТРУДНЫМИ» ПОДРОСТКАМИ

Малыгина М.С.

ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России

Студентка 3 курса 1 группы отделения социальной работы

Научный руководитель: Шалаурова Е.В., проф. Меншикова Л.И.

Аннотация: В статье представлена социально-реабилитационная работа с девиантными подростками, находящимися на учёте в КДН. В данной работе представлены современные подходы к реабилитации девиантных подростков, находящихся на учёте в КДН. В исследовании участвовали подростки, обучающиеся в МБОУ Мезенская средняя школа, находящиеся на учёте в КДН в количестве 25 человек, в возрасте от 13-15 лет.

Ключевые слова: реабилитация, подростки, девиантное поведение.

Самый важный период в жизни каждого человека это его детство. В этот период он взрослеет, растёт, меняется и на все его изменения влияет общество, т.е. его окружение. Все мы прекрасно знаем, что современное общество имеет огромное количество изъянов. Особенно ярким примером является это алкоголизм, курение и наркомания.[5] И это не секрет что маленький ребенок смотрит на старших и повторяет все за ними, что влияет на их формирование.

Подростки с девиантным поведением открыто высказываются о своем нежелании учиться, у них отсутствует уважительное отношение к учителям, авторитет сверстников завоевывается с помощью физической силы. Именно такие подростки чаще всего становятся на путь правонарушений, так как чаще всего отвергаются коллективом одноклассников. [4]

Объектом: подростки, находящиеся на учёте в Комиссии по делам несовершеннолетних(кдн), обучающиеся в МБОУ Мезенская средняя школа.

Целью: изучить технологии социальной адаптации «трудных» подростков.

Методы исследования:

1.Теоретический – анализ научной литературы, нормативных и законодательных актов направленные на социально-реабилитационную работу с « трудными» подростками.

2.Эмпирический (Наблюдение, накопление и анализ данных, сравнение)

Одна из самых характерных особенностей трудных детей – психическая незрелость, отставание от возрастных норм. Повышенная внушаемость, неумение соотносить свои поступки с нормами поведения, слабость логического мышления.[2] Они редко мучаются выбором, принимают собственные решения, поэтому при проведении профилактической работы с подростками специалисты осуществляющие социально-реабилитационную работу уделяют особое внимание на причину появления и исследует совокупности всех причин, мотивов, побудивших подростка, обстоятельства которые повлияли, а так же действия самого подростка или социальной группы в которой он находится, которые имеют влияние на его поведение, не соответствующие общественным нормам и правилам.

Нами было проведено исследование на определение чем интересуются подростки. На вопрос о активности подростка в школьной жизни 16 % подростков ответили, что не интересуются школьными мероприятиями и не чувствуют в них, а 40 % ответили, что чувствуют, но без особого желания.

Кроме этого мы спросили об отношении подростка к учебе и 20 % респондентов ответили что не видят смысла в учебе.

Так же нам было интересно мнение подростков на вопрос о их планах на будущее и 32 % опрошенных ответили, что не задумываются о будущем

Таким образом, подводя итог, в современном обществе подросток находится под большим влиянием со стороны своих родителей. На формирование личности и характера несовершеннолетнего влияет негативные отношения в семье, несоответствующие условия проживания.

Литература:

1. НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИДЕЙСТВИЙ В ИНТЕРЕСАХ ДЕТЕЙ НА 2012 – 2017 ГОДЫ (<http://old.duma.tomsk.ru/page/22899/>)
2. Азаров Ю. «Беспризорность и детская преступность – наши беды». 2002 – с.60 (<http://irbis.bigpi.biysk.ru>)
3. Р.Мертон, Р.Линтон, У.Миллер, Г.Беккер «Девиантное поведение детей» М. Трикса 2005 – с.336, 45.(http://shcool12nvkz.ucoz.ru/metodicheskaya/trudnye_deti.pdf)
4. Гримак Л.П. Социология молодёжи с отклоняющимся поведением – Ростов-на-Дону, 2001 (<http://e.lib.vlsu.ru/bitstream/123456789/2328/1/00818.pdf>)
5. Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения)-2007г (http://modernlib.ru/books/zmanovskaya_v/deviantologiya_psihologiya_otklonyayushchegosya_povedeniya/read)

РОЛЬ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА В РЕШЕНИИ АКТУАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ И МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ В ПРИАРКТИЧЕСКОМ РЕГИОНЕ

Модянов Н.Ю., Владимирова Е.В.

Северный государственный медицинский университет, кафедра общественного здоровья и экономики здравоохранения. Студенты 5 курса, лечебного факультета.

E-mail: modyanov.nikita@gmail.com

Научный руководитель: доц., к.м.н. Мордовский Э.А.

Аннотация: С 1870 г. Российское общество Красного Креста оказывает медицинскую и социальную помощь нуждающимся. В начале XXI века региональные отделения Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест» (РКК) реализуют благотворительные программы охраны здоровья и профилактики заболеваний, участвуют в оказании медико-социальной, психологической помощи жертвам вооруженных конфликтов, стихийных бедствий в мирное и военное время.

Ключевые слова: Российский Красный Крест, приарктический регион, арктика, региональные отделения, Архангельское отделение, основные программы деятельности.

Согласно Уставу РКК, основными направлениями его деятельности являются: благотворительные программы охраны здоровья и профилактики заболеваний; оказание медико-социальной, психологической помощи и реабилитации; создание службы по оказанию экстренной помощи жертвам бедствий любого характера; оказание срочной помощи жертвам вооруженных конфликтов, стихийных бедствий, деятельность по организации сдачи крови и её компонентов в лечебных целях в мирное время при чрезвычайных ситуациях; пропаганда донорства крови [1, 2, 3].

В Архангельской области в настоящее время реализуются «Противотуберкулёзная программа», «Программа профилактики ВИЧ-инфекции и наркомании», «Спасательный отряд Красного Креста» и «Социальная защита детей из малоимущих семей Архангельской области».

Целью «Противотуберкулёзной программы» является социальная помощь больным туберкулёзом и профилактика распространения туберкулеза среди населения. К важнейшим задачам программы следует отнести повышение уровня осведомленности населения по вопросам туберкулеза и здоровому образу жизни, повышение приверженности к терапии представителей социально-уязвимых групп, улучшение взаимодействия пенитенциарной и гражданской фтизиатрических служб в обеспечении преемственности лечения выходящих из мест лишения свободы больных туберкулёзом, а также оказание социальной помощи больным туберкулёзом. В 2016 году 2792 больных туберкулёзом и членов их семей получали медикаментозное лечение и социальную поддержку в виде белковых наборов, одежды, обуви и предметов гигиены. Сёстры милосердия проводят мониторинг приёма медикаментов больными и осуществляют контроль за здоровьем инфицированных детей.

Программа «Профилактика ВИЧ – инфекции и наркомании» разработана с целью предупреждения опасного поведения в отношении заражения ВИЧ через систему профилактических мероприятий на основе принципа «равный обучает равного». Реализация программы подразумевает проведение интерактивных профилактических семинаров инструкторами для целевой группы на базе учебных заведений, профилактическую работу с населением и молодёжью (организация таких массовых тематических мероприятий как Всемирный День борьбы со СПИДом (1 декабря), День памяти людей, умерших от СПИДа (3-е воскресенье мая), Всемирный день борьбы с наркотиками (26 июня)), обучение инструкторов для ведения первичной профилактики. Волонтёры Архангельского отделения РКК в 2016 г. провели 36 фильмогрупп, 130 профилактических семинаров в учебных заведениях для более чем 2,5 тыс. учащихся.

«Спасательный отряд Красного Креста» был создан в 2001 году. Целью его работы является оказание первой медицинской помощи людям, получившим травмы во время массовых мероприятий (преимущественно на территории музея деревянного зодчества и народного искусства «Малые Карелы» и лыжного стадиона «Малые Карелы»). За 15 лет работы отряда оказана помощь более чем 680 пострадавшим.

Программа «Социальная защита детей» реализуется с целью оказания гуманитарной помощи нуждающимся детям. В настоящее время в 17 муниципальных образованиях Архангельской области работают 83 благотворительные столовые, в которых более 2,5 тыс. детей из семей, находящихся в трудной жизненной ситуации, имеют возможность получить поддержку в виде благотворительных обедов и иных форм социальной помощи. Социальная работа с детьми включает в себя организацию досуга (кружки настольных игр, росписи по дереву, витражной росписи), а также выездов за город. Более 250 детей ежегодно участвуют в теплых прогулках в летнее время; зимой организуются автобусные экскурсии по Архангельской области.

Таким образом, благодаря масштабам своей работы, глобальной сети региональных отделений, обширным международным связям и признанию населения, РКК является ведущей в России неправительственной

организацией, занимающейся гуманитарной деятельностью. Основные программы РКК в приарктическом регионе направлены на помощь в развитии сферы здравоохранения, образования и социальной поддержки наиболее незащищённых слоёв населения: детей из социально незащищённых семей, беспризорных и безнадзорных детей, сирот, одиноких престарелых и ветеранов, беженцев и лиц, ищущих убежище, людей с ограниченными возможностями и лиц, пострадавших при чрезвычайных ситуациях [4, 5].

Литература:

1. УСТАВ ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «РОССИЙСКИЙ КРАСНЫЙ КРЕСТ» утверждённый XVI съездом Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест» от 11 августа 2016 года
2. Очерк возникновения и деятельности Российского общества Красного Креста / Рос. о-во Красного Креста. – СПб.: Гос. тип., 1913. – 63 с.
3. Устав Российского общества Красного Креста, состоящего под высочайшим покровительством ея императорского величества государыни императрицы Марии Федоровны: [утв. 17 апр. 1893 г.] / Рос. о-во Красного Креста. – Вильна: Тип. М.Р. Ромма, 1897. – 52 с.
4. Biernacki, T. Solferino 1859 – początek humanitarnych idei Czerwonego Krzyża / T. Biernacki, W. Sulestrowski // Wiadomości lekarskie. – 1969. – T. 22, № 16. – S. 1539–1541.
5. Centenary of the Red Cross Society of Finland // International Review of the Red Cross. – 1977. – Vol. 17, № 194. – P. 272–276.

УРОВЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Ожигина С.Н., Кондратенко Е.А.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра общественного здоровья и здравоохранения. Студентки 5 курса лечебного факультета.

E-mail: svetik8-88@yandex.ru

Научный руководитель: к.м.н. Мордовский Э.А.

Аннотация: В тезисе представлены результаты социологического исследования уровня медицинской активности больных сахарным диабетом, проживающих на территории Мурманской, Архангельской области и Республики Коми.

Ключевые слова: сахарный диабет, медицинская активность, социологическое исследование

Введение

Значительную роль в достижении высоких результатов лечения имеет высокий уровень медицинской активности, который включает позитивную деятельность пациентов, направленную на формирование показателей здоровья [7]. Медицинская активность подразумевает своевременное обращение к врачу, выполнение его предписаний, участие в охране и улучшении здоровья населения, выполнение профилактических мероприятий и преодоление вредных привычек [4,8].

Сахарный диабет является самым распространенным эндокринологическим заболеванием и является значимой медико-социальной проблемой [3]. За последние десятилетия сахарный диабет наряду с сердечно-сосудистыми, онкологическими и заболеваниями легких становится все более распространенной патологией и к текущему моменту приобрел масштабы «неинфекционной эпидемии», требующей принятия мер по его профилактике [2,9].

Материалы и методы

Выполнено социологическое исследование методом анонимного анкетирования среди пациентов больничных медицинских организаций Мурманской, Архангельской области и Республики Коми. Объем выборки составил 2461 пациентов. Из их общего числа были отобраны 100 пациентов, имеющих диагноз «сахарный диабет» (E10-E14). Качественные данные приведены в виде процентных долей; для определения наличия взаимосвязи между ними использовался точный тест Фишера. Достоверными считались отличия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Результаты анкетирования больных сахарным диабетом по поводу обращаемости за первичной медико-санитарной помощью показали, что по поводу данного заболевания 49 % респондентов обращаются в поликлинику 1-3 раза в год (95 % ДИ: 38,9 % – 59,2 %), 31 % – 4-6 раз (95 % ДИ: 22,1 % – 41,0 %), 7 и более раз – 20 % (95 % ДИ: 12,7 % – 29,2 %). Причем женщины обращались в поликлинику чаще мужчин ($p < 0,05$) (табл. 1). Таким образом, отмечается высокая приверженность к посещению амбулаторных учреждений среди больных сахарным диабетом.

Таблица 1.

**Распределение респондентов в зависимости от частоты обращения
за первичной медико-санитарной помощью**

	Посещение поликлиники 1-3 раза в год, абс (%)	Посещение поликлиники 4-6 раз в год, абс (%)	Посещение поликлиники 7 и более раз в год, абс (%)
Мужчины	33 (70,2 %)	10 (21,3 %)	4 (8,5 %)
Женщины	16 (30,2 %)	21 (39,6 %)	16 (30,2 %)
Всего	49 (49,0 %)	31 (31,0 %)	20 (20,0 %)

Нами выявлена частота декомпенсаций у пациентов с сахарным диабетом, которая может свидетельствовать о снижении эффективности эндокринологической помощи. Согласно нашим данным, наибольшая частота декомпенсации (3 и более раз в год) отмечается всего у 9 % опрошенных (95 % ДИ: 4,2 % – 16,4 %). Госпитализация 1-2 раза в год наблюдается у 70 % (95 % ДИ: 60,0 % – 78,8 %) и ранее не госпитализированы 20 % (95 % ДИ: 12,7 % – 29,2 %). У женщин частота декомпенсации сахарного диабета встречается чаще, чем у мужчин ($p < 0,05$) (табл. 2).

Таблица 2.

Распределение респондентов в зависимости от частоты госпитализации

	не госпитализировали, абс (%)	Госпитализация 1-2 раза в год, абс (%)	Госпитализация 3 и более раз в год, абс (%)
Мужчины	13 (27,7 %)	32 (68,1 %)	2 (4,3 %)
Женщины	7 (13,5 %)	38 (73,1 %)	7 (13,5 %)
Всего	20 (20,2 %)	70 (70,7 %)	9 (9,1 %)

Сахарный диабет – это заболевание, которое требует значительных расходов. Основные затраты, сопряженные с сахарным диабетом, приходится не на лечение самого заболевания, а на лечение его осложнений, являющихся причиной ранней инвалидизации и смерти больных. При этом доля данных затрат доходит до 90 % от всех прямых расходов, связанных с лечением больных диабетом [5,6]. По результатам нашего опроса выявлено, что у 46 % респондентов болезнь сокращает доходы (95 % ДИ: 36,0 % – 56,3 %), при этом доля больных сахарным диабетом 2 типа оказалась выше ($p < 0,05$) (табл. 3). Это может быть связано с тем, что число больных сахарным диабетом 2 типа значительно превышает число больных сахарным диабетом 1 типа, также возрастает стоимость препаратов, методов лечения, обследования, что, естественно, влечет за собой рост расходов, связанных с диабетом. Такие виды лечения, как операции на конечностях (включая искусственные суставы), шунтирование коронарных артерий, трансплантация почки, гемодиализ и некоторые другие в наше время считаются обычными, но их стоимость все еще остается высокой, поэтому и доступность данных видов помощи для многих пациентов остается проблемой [1,10].

Таблица 3.

Распределение респондентов в зависимости от сокращения доходов в связи с заболеванием

	Болезнь не сокращает доходы, абс (%)	Болезнь сокращает доходы, абс (%)
Сахарный диабет 1 типа	8 (57,1 %)	6 (42,9 %)
Сахарный диабет 2 типа	46 (53,5 %)	40 (46,5 %)
Всего	54 (54,0 %)	46 (46,0 %)

Заключение

Результаты проведенного социологического исследования показали, что половина респондентов (49 %) обращаются за первичной медико-санитарной помощью 1-3 раза в год. Обнаружено, что 46 % анкетированных отмечают сокращение доходов в связи с болезнью, в связи с чем можно сделать вывод о том, что сахарный диабет является экономическим бременем для пациентов.

Литература:

1. Дедов И.И., Сунцов Ю.И., Кудрякова С.В. Экономические проблемы сахарного диабета в России // Сахарный диабет. 2000. №3. С. 56-58.
2. Дедов И.И., Шестакова М.В. и др. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007–2012 годы» // Сахарный диабет. 2013. №2S. С. 1-48.
3. Дедов И.И. Эпидемиология сахарного диабета (Пособие для врачей) / И.И. Дедов, Т.Е. Чазова, Ю.И. Сунцов М.: МЗРФ ГУ Эндокринологический научный центр РАМН. 2003. 68с.
4. Захарова С.М. Медико-социальное обоснование первичной профилактики сахарного диабета типа 2: автореферат дис. на соиск. учен. степ. доктора мед. наук. 2005. СПб. 48 с.

5. Маколина Н.П., Клефтортова И.И., Шамхалова М.Ш., Шестакова М.В. Экономические аспекты сахарного диабета и его осложнений // Сахарный диабет. 2008. №2. С. 70-74.
6. Омельяновский В.В., Шестакова М.В., Авксентьева М.В., Игнатьева В.И. Экономические аспекты сахарного диабета в отечественной практике // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2015. №4. С. 43-60.
7. Позднова Ю.А. Факторы формирования социальных стереотипов медицинской активности городского населения: дис. ... кандидата социологических наук. Саратов. 2013. 167 с.
8. Полунина Н.В., Пшибиева С.В. и др. Некоторые аспекты сохранения здоровья лиц медико-социального риска с позиции гуманизма. Общественное здоровье и профилактика заболеваний. 2007; 1: 54-9.
9. Предтеченская А.В. Медико-социальная значимость сахарного диабета: региональные особенности: дис. ... кандидата мед. наук. М. 2005. 116 с.
10. Рощин Д.О. Потери от сахарного диабета и пути решения проблемы их оценки: дис. ... кандидата мед. наук. М. 2015. 161 с.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ОБРАЗУ ЖИЗНИ, У ПАЦИЕНТОВ БОЛЬНИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Ожигина С.Н., Кондратенко Е.А.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра общественного здоровья и здравоохранения. Студентки 5 курса лечебного факультета.

E-mail: svetik8-88@yandex.ru

Научный руководитель: к.м.н. Мордовский Э.А.

Аннотация: В тезисе представлены результаты медико-социального исследования, проведенного в группе больных сахарным диабетом, проживающих на Европейском Севере России (Мурманская область, Архангельская область, Республика Коми). Выявлены факторы риска прогрессирования заболевания, относящиеся к образу жизни пациентов.

Ключевые слова: факторы риска, образ жизни, сахарный диабет.

Введение

Образ жизни человека, который определяется, как «определенный, исторически обусловленный тип деятельности в материальной и нематериальной сферах жизни, и не вообще деятельности, активности, а совокупности существенных черт деятельности людей», является главным фактором обусловленности многих заболеваний [6]. Именно от образа жизни больного зависят их течение и прогноз [9].

Сахарный диабет (СД) – хроническая болезнь, которая возникает в тех случаях, когда поджелудочная железа не вырабатывает достаточно инсулина или организм не может эффективно использовать вырабатываемый им инсулин [3]. Наиболее распространен сахарный диабет II типа. Он чаще всего возникает у людей с избыточной массой тела и низкой физической активностью. Согласно ВОЗ, в Российской Федерации сахарный диабет встречается у 8,0 % мужчин и 10,3 % женщин [4].

В работах С.Н. Пузина, М.А. Шургая, О.Т. Боговой, В.Н. Потапова установлена корреляция социальных условий и показателей здоровья человека. В исследованиях приведены примеры влияния факторов, которые относятся к образу жизни, на появление и течение ряда эндокринологических заболеваний, в т.ч. сахарного диабета: нарушение питания, курение, употребление алкоголя, а также нервно-психические нагрузки [9].

Материалы и методы

Выполнено социологическое исследование методом анонимного анкетирования пациентов больничных медицинских организаций Мурманской, Архангельской областей и Республики Коми. Объем выборки составил 2461 пациентов. Из общего числа пациентов были отобраны 100 пациентов, имевших диагноз основного заболевания «сахарный диабет, E10-E14». Качественные данные представлены в виде процентных долей; для определения наличия взаимосвязи между ними использовался точный тест Фишера. Достоверными считались отличия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Каждый пятый (19 %) больной сахарным диабетом утверждал, что «регулярно употреблял алкоголь», среди мужчин их доля была выше ($p < 0,05$) (табл. 1).

Почти каждый десятый мужчина (8,8 % с 95 % ДИ: 2,9 – 19,3 %) указал, что потреблял алкоголь накануне госпитализации.

Результаты анкетирования больных сахарным диабетом свидетельствуют о том, что 19,2 % респондентов курят в настоящее время; доля курящих мужчин также оказалась выше ($p < 0,05$) (табл. 2).

Таблица 1

Распределение респондентов в зависимости от регулярности потребления алкоголя

	Не потребляли алкоголь регулярно, абс. (%)	Потребляли алкоголь регулярно, абс. (%)
Мужчины	34 (59,6)	13 (40,1)
Женщины	47 (88,7)	6 (12,3)
Всего	81 (81,0)	19 (19,0)

Таблица 2

Распределение респондентов в зависимости от пристрастия к потреблению табака

	Не курят, абс. (%)	Курят, абс. (%)
Мужчины	31 (63,3)	16 (36,7)
Женщины	49 (94,2)	3 (5,8)
Всего	80 (80,8)	19 (19,2)

Курение, как известно, приводит к росту концентрации холестерина в крови и микроповреждениям сосудов, что способствует развитию артериальной гипертензии [2]. В сочетании с сахарным диабетом риск развития болезней системы кровообращения и ее осложнений (вплоть до развития гангрены) значительно выше.

Проанализировав данные опроса больных сахарным диабетом, установлено, что 3 % (95 % ДИ: 0,6 % – 8,5 %) анкетированных имели дефицит массы тела (все – мужчины); 30 % (95 % ДИ: 21,2 % – 40,0 %) – нормальную массу тела; 67 % (95 % ДИ: 56,9 – 76,1 %) – избыточную массу тела и ожирение (рис. 1).



Рис. 1. Интерпретация ИМТ среди больных сахарным диабетом.

Избыточная масса тела и ожирение также являются факторами риска в развитии сахарного диабета. Известно, что ожирение выявляется более чем у 80 % пациентов с сахарным диабетом II типа. Оно повышает инсулинорезистентность печени, жировой и других тканей-мишеней инсулина [7]. Избыточная секреция свободных жирных кислот жировой тканью в портальную вену увеличивает их воздействие на печень. Свободные жирные кислоты, попадая в печень, блокируют ингибирующий эффект инсулина, поэтому в печени вырабатывается избыточное количество глюкозы, развивается гипергликемия [5,8].

В результате анкетирования выявлено, что масса тела являлась стабильной у двух третей респондентов (64,0 %), независимо от их пола ($p > 0,05$) (табл. 3).

Таблица 3

Распределение респондентов в зависимости от стабильности массы тела

	Стабильная масса тела, абс. (%)	Нестабильная масса тела, абс. (%)
Мужчины	27 (57,4)	20 (42,6)
Женщины	37 (69,8)	16 (30,2)
Всего	64 (64,0)	36 (36,0)

Результаты исследований З.А. Азмагамбетова, А.К. Исакова, С.К. Нурмакина, М.Н. Тулебаева, Ш.А. Уалиева свидетельствуют о том, что при изменении образа жизни наблюдается положительная динамика в течении и лечении сахарного диабета. Было доказано, что на фоне изменения образа жизни при сахарном диабете II типа уже через 6 недель наблюдается компенсация углеводного обмена у 25 % больных [1].

Заключение

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что значительная доля пациентов, страдающих сахарным диабетом, имели дополнительные факторы риска прогрессирования заболевания, ассоциированные с образом жизни.

Литература:

1. Азмагамбетова З.А. Влияние изменения образа жизни на течение сахарного диабета / З.А. Азмагамбетова, А.К. Исакова, С.К. Нурмакина, М.Н. Тулебаева, Ш.А. Уалиева / [Электронный ресурс] – URL: <http://journal.ssmu.kz/index.php?statja=641&lang=kz> (Дата обращения: 24.02.2017).
2. Бондарь Т.П. Морфометрический и биохимический анализ эритроцитов у курящих пациентов с поздними сосудистыми осложнениями сахарного диабета / Т.П. Бондарь, Д.А. Шмаров, Г.И. Козинец // Клиническая лабораторная диагностика. 2003. №8. С.37-40.
3. Всемирная Организация Здравоохранения – Диабет [Электронный ресурс] – URL: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/ru/ (Дата обращения: 24.02.2017).
4. Всемирная Организация Здравоохранения – Профили сахарного диабета в странах, 2016 [Электронный ресурс] – URL: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/rus_ru.pdf (Дата обращения: 24.02.2017).
5. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.Ф. Эндокринология. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. 432 с.
6. Лисицын Ю.П., Журавлева Т.В., Хмель А.А. Из истории изучения влияния на здоровье образа жизни // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. №2. С.39-42.
7. Литвицкий П.Ф. Клиническая патофизиология: учебник / П.Ф. Литвицкий. М.: Практическая медицина. 2015. 776 с.
8. Мустафина С.В. Риск сахарного диабета и метаболический синдром: популяционное исследование в Сибири: дис. ... д-ра мед. наук. Новосибирск. 2016. 314 с.
9. Пузин С.Н. Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний / С.Н. Пузин, М.А. Шургая, О.Т. Богова, В.Н. Потапов, С.А. Чандирли, Л.Ю. Балека, В.В. Беличенко, Д.С. Огай // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013. №3. С.3-10.

ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОГО АНАМНЕЗА ПАЦИЕНТОВ БОЛЬНИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, СТРАДАЮЩИХ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Петрова К.М.¹, Рогалева А.К.²

Северный государственный медицинский университет. Кафедра Общественного здоровья, экономики и социальной медицины. Студентка 5 курса педиатрического факультета 2 группы. E-mail: petrova_kseniya_2014@mail.ru

Северный государственный медицинский университет. Кафедра Общественного здоровья, экономики и социальной медицины. Студентка 5 курса лечебного факультета 5 группы. E-mail: rognusa@yandex.ru

Научный руководитель: к.м.н., доц. Мордовский Э.А.

Аннотация: Представлена качественная оценка факторов алкогольной зависимости и предрасположенности к алкогольной зависимости у пациентов больничных медицинских организаций, влияния алкоголя на развитие ССЗ.

Ключевые слова: алкогольный анамнез; алкогольная зависимость; предрасположенность к алкогольной зависимости; медицинские организации.

Введение:

В России наблюдается высокий уровень алкоголизации населения с преобладанием потребления крепких спиртных напитков. Вопрос о том, какой из эффектов – токсический или протективный – алкоголь в большей степени оказывает на сердечно-сосудистую систему, по-прежнему является актуальным и активно обсуждается в литературе [1]. Понимание потенциальных рисков и возможной пользы, связанных с употреблением алкоголя, является важным фактором предотвращения возможного вреда для здоровья. Информация по соотношению риска/пользы употребления алкоголя должна базироваться на тщательном и взвешенном анализе научных данных, чтобы предоставить человеку возможность принять решение, как он будет употреблять спиртное. В ряде стран существуют официально рекомендуемые предельно допустимые нормы потребления алкоголя, которые представляются либо в граммах этилового спирта, либо в количестве порций спиртного, потребляемых в течение дня или одной недели. При этом они могут значительно варьировать в зависимости от региона и исторически сложившихся национальных традиций. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, низкий уровень риска последствий употребления алкоголя для мужчин составляет три порции в день (одна порция эквивалентна 10 г этанола), при максимуме в 21 порцию в неделю, с равномерным распределением по всей неделе,

включая два дня без алкоголя, в то время как для женщин предельные нормы снижены до двух порций в день и 14 порций в неделю. Избыточное потребление алкоголя, а тем более продолжение потребления алкоголя при алкогольной болезни, увеличивает риск развития нарушений ритма сердца и утяжеляет уже имеющиеся аритмии. При этом из-за недостаточной оценки природы этих аритмий пациенты не всегда получают специфическое лечение. [2]

Цель исследования: установить особенности алкогольного анамнеза пациентов больничных медицинских организаций, страдающих болезнями системы кровообращения.

Материалы и методы:

Проведено социологическое исследование методом анкетирования среди 2464 пациентов, проходивших лечение в терапевтических и хирургических отделениях больничных медицинских организаций (МО) Архангельской, Вологодской, Мурманской областей и Республики Коми в период с июня по август 2015 года; в период с июня по июль 2016 года. Критерии включения респондентов в исследование: оформленное информированное согласие на участие в исследовании. Критерием исключения являлся отзыв согласия на участие в анкетировании на любом этапе исследования. Для оценки влияния употребления алкоголя на развитие заболевания сердечно – сосудистой системы, респондентов интервьюировали по вопросам, касающимся их алкогольного анамнеза: возраста начала употребления алкоголя, длительности употребления, возраста окончания, нахождения на учете у врача – нарколога с данным заболеванием, лечения по данному заболеванию, а также связи приема алкоголя с развитием настоящего заболевания. Качественные данные представлены в виде процентных долей. Обработка статистических данных произведена с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 13, WINPEPI (расчет 95 % доверительного интервала (ДИ) частот).

Результаты и обсуждение:

В группе проанкетированных пациентов (2464 человек) больничных медицинских организаций соотношение больных с сердечной патологией, к группе пациентов с иными заболеваниями составило 1:2,8. (653:1811).

Из общего числа обследованных каждый четвертый (26,6 %) указал, что регулярно потребляет алкоголь; каждый третий (28,4 %) – регулярно употреблял алкоголь ранее в своей жизни. Почти половина пациентов (40,6 %), из числа регулярно потребляющих алкоголь, состояли ранее или состоят в настоящее время на диспансерном учете у врача-нарколога.

Значительная доля пациентов, страдающих болезнями системы кровообращения, потребляет алкоголь регулярно (табл. 1).

Таблица 1

Распределение респондентов (страдающих от болезней системы кровообращения) в зависимости от самооценки регулярности потребления алкоголя, % (95 % ДИ)

Состояние	Доля пациентов, потребляющих алкоголь регулярно
Острый инфаркт миокарда	3,7 (2,7–5,2)
Стенокардия напряжения	6,9 (5,3–8,7)
Прочие болезни системы кровообращения	6,3 (4,9–8,1)

Значительная доля пациентов, страдающих болезнями системы кровообращения, потребляет алкоголь имеет также признаки зависимости от алкоголя (табл. 2).

Таблица 2

Доля респондентов, страдающих от болезней системы кровообращения, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу психических и поведенческих расстройств, вызванных потреблением алкоголя и имевших признаки зависимости от алкоголя (>15 баллов по тесту AUDIT), % (95 % ДИ)

	Доля пациентов, имеющих признаки зависимости от алкоголя (>15 баллов по тесту AUDIT), % (95 % ДИ)	Доля пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, %
Острый инфаркт миокарда	0,6 (0,2–1,4)	4,9 (3,6–6,4)
Стенокардия напряжения	1,1 (0,5 – 1,9)	7,7 (5,4– 8,8)
Прочие болезни системы кровообращения	0,7 (0,3– 1,5)	6,6 (5,1–8,4)

К сожалению, алкогольная зависимость диагностируется у пациента достаточно поздно, когда уже возникают потенциально необратимые изменения и осложнения со стороны сердечно-сосудистой, нервной и других систем. Врач общей практики, как правило, редко касается этой проблемы, подробно не расспрашивает больного о наличии вредных привычек, употреблении алкоголя, а сам пациент редко упоминает о ней. Например, в Великобритании 91 % пациентов, страдающих алкоголизмом, не получают никакой медицинской помощи [3]. Риск развития ССЗ и уровень смертности, безусловно, зависят

от количества и длительности потребления алкоголя. Так, систематическое потребление алкоголя более 2 стандартных доз в день увеличивает риск развития ССЗ и их осложнений (в том числе нарушений ритма), а также – смертности [4,5].

Выводы:

Из числа пациентов, страдающих болезнями системы кровообращения, каждый третий (28,4 %) регулярно употребляют алкоголь.

4,9 % – 7,7 % пациентов, страдающих болезнями системы кровообращения, состоят под диспансерным наблюдением по поводу психических и поведенческих расстройств, вызванных потреблением алкоголя.

Литература:

1. A.D. Palman, M.G. Poluektov I.M. Impact of alcohol on sleep, cardiovascular and digestive systems // Sechenov First Moscow State Medical University, 2013. P. 3-4.
2. A.O. Yusupova, A.S. Lishuta I.M. Alcohol and heart rhythm disorders // Sechenov First Moscow State Medical University., 2015. P. 23-25.
3. Nutt D.J., Liam N.J. Addiction. Oxford: Oxford University Press; 2013. P. 113-115.
4. Rehm J, Zatonksi W, Taylor. B, Anderson P. Epidemiology and alcohol policy in Europe. Addiction 2011; P.106.
5. WHO. Global status report on alcohol and health 2014. Available at: [http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/.] Accessed by 22.02.2017.

ПРИЗНАКИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ БОЛЬНИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Рогалева А.К.¹, Петрова К.М.²

Северный государственный медицинский университет. Кафедра Общественного здоровья, экономики и социальной медицины. Студентка 5 курса лечебного факультета 5 группы.

E-mail: rognusa@yandex.ru

Северный государственный медицинский университет. Кафедра Общественного здоровья, экономики и социальной медицины. Студентка 5 курса педиатрического факультета 2 группы.

E-mail: petrova_kseniya_2014@mail.ru

Научный руководитель: к.м.н., доц. Мордовский Э.А.

Аннотация: Представлена количественная оценка признаков алкогольной зависимости и предрасположенности к алкогольной зависимости у пациентов больничных медицинских организаций.

Ключевые слова: алкогольная зависимость; предрасположенность к алкогольной зависимости; медицинские организации

Актуальность: по оценке Всемирной организации здравоохранения, (ВОЗ), в настоящее время около 2 млрд людей регулярно употребляют спиртные напитки. Не являясь необходимым компонентом рациона, алкоголь ассоциируется с множеством серьезных медико-социальных проблем, которые служат причиной снижения продолжительности и качества жизни. По данным Министерства здравоохранения РФ, потребление спиртного в России быстро снижается (почти на треть в 2011–2016 гг. – с 18 до 12,8 литров на человека в год); на начало 2017 года потребление алкоголя в стране снизилось до 10 литров на взрослого человека в год, тогда как рекомендованная Всемирной организацией здравоохранения норма составляет 8 литров. Несмотря на данные факты, уровень потребления алкоголя всё ещё очень высок и продолжает снижать качество жизни населения России.

Цель: установить наличие признаков алкогольной зависимости в группе пациентов больничных медицинских в соответствии с критериями теста «AUDIT».

Материалы и методы

Проведено социологическое исследование методом анкетирования среди 2464 пациентов, проходивших лечение в терапевтических и хирургических отделениях больничных МО Архангельской, Вологодской, Мурманской областей и Республики Коми в период с июня по август 2015 года; в период с июня по июль 2016 года. Критерии включения респондентов в исследования: оформленное информированное согласие на участие в исследовании. Критерием исключения являлся отзыв согласия на участие в анкетировании на любом этапе исследования. Для оценки алкогольного статуса пациентов был проведен тест «AUDIT». Пациенты, набравшие 10 – 15 баллов по тесту «AUDIT», отнесены к группе больных с «предрасположенностью к алкогольной зависимости». Пациенты, набравшие свыше 15 баллов, отнесены к группе больных с алкогольной зависимостью. Обработка статистических данных произведена с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 13, WIN PEPI (расчет 95 % доверительных интервалов частот методом Fisher).

Результаты

В обследуемой группе больных каждый десятый (9,2 %) имел признаки предрасположенности к алкогольной зависимости; каждый двенадцатый (7,2 %) – признаки сформированной алкогольной зависимости. Среди мужчин каждый седьмой (14,9 %) имел признаки предрасположенности к алкогольной зависимости; среди женщин – всего 2,8 %. Признаки сформированной алкогольной зависимости имели 12,1 % мужчин и 1,7 % женщин.

В таблице 1 представлены данные о распределении мужчин и женщин – пациентов больничных медицинских организаций, имевших признаки предрасположенности или сформированной алкогольной зависимости согласно результатам теста «AUDIT» в зависимости от возраста.

Таблица 1

Распределение мужчин и женщин – пациентов больничных медицинских организаций, имевших признаки предрасположенности или сформированной алкогольной зависимости согласно результатам теста «AUDIT» в зависимости от возраста.

	Имели признаки предрасположенности к алкогольной зависимости, % (95 % ДИ)	Имели признаки сформированной алкогольной зависимости, % (95 % ДИ)
Мужчины		
до 30 лет	2,2 % (1,4-3,1)	1,6 % (1,0-2,5)
31 – 40 лет	2,3 % (1,6-3,3)	2,8 % (2,0-3,9)
41 – 50 лет	3,7 % (2,7-4,9)	3,0 % (2,1-4,1)
51 – 60 лет	3,8 % (2,9-5,0)	3,2 % (2,3-4,3)
61 год и старше	2,7 % (1,9-3,7)	1,4 % (0,8-2,2)
Женщины		
до 30 лет	0,5 % (0,2-1,1)	0,4 % (0,1-0,9)
31 – 40 лет	0,9 % (0,4-1,6)	0,5 % (0,2-1,1)
41 – 50 лет	1,4 % (0,8-2,3)	1,2 % (0,7-2,1)
51 – 60 лет	1,1 % (0,5-1,8)	0,5 % (0,2-1,1)
61 год и старше	1,4 % (0,8-2,3)	0,7 % (0,3-1,4)

Выводы:

1. Среди пациентов больничных медицинских организаций предрасположенность и зависимость от употребления спиртных напитков отмечается чаще в группе мужчин.

2. Наибольшая доля пациентов, страдающих алкогольной зависимостью встречается в группе людей зрелого возраста (46-60 лет).

Литература:

1.Погосова Н.В., Соколова О.Ю., Колтунов И.Е. Статья: «Алкоголь, сердечно-сосудистые заболевания и соматическое здоровье»/ /ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздравсоцразвития РФ/Москва/20121. [[Электронный ресурс] – URL: <http://lib.medvestnik.ru/articles/Alkohol-serdechno-sosudistye-zabolevaniya-i-somaticheskoe-zdorove.html> (дата обращения: 07.02.2017).]

2. Всемирная организация здравоохранения/Европейское региональное бюро/Употребление алкоголя/Тест «АУДИТ» [[Электронный ресурс] – URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/do-you-drink-too-much-test-your-own-alcohol-consumption-with-the-audit-test/take-the-audit-test-now> (дата обращения: 07.02.2017).]

3. Global status report on alcohol and health 2014/ World Health Organization [[Электронный ресурс] – URL:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1 (дата обращения: 07.02.2017).]

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Титова Е.А.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра Общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы. Студентка 3 курса факультета клинической психологии, социальной работы и адаптивной физической культуры, отделение социальной работы. E-mail: titova.eckaterina@yandex.ru

Научный руководитель: доц. Шалаурова Е.В.

Аннотация: В настоящее время во всем мире и в Российской Федерации, в частности, наблюдается демографическое старение населения, то есть увеличение доли пожилых людей. Эта особая, социально не защищенная группа населения требует к себе особого внимания. Изменение социального статуса

человека в старости, произошедшее, в первую очередь, по причине прекращения или ограничения трудовой деятельности, трансформаций ценностных ориентиров, самого образа жизни и общения, а также возникновения различных затруднений как в социально-бытовой, так и в психологической адаптации к новым условиям, определяет необходимость выработки и реализации специфических подходов, форм и методов социальной работы с пожилыми людьми.

Ключевые слова: пожилые люди, старение, социальные проблемы.

В России, начиная с 90-х годов 20 века, удельный вес пожилых людей был равен 19,5 % от общей численности населения. В 2015 г. доля людей пожилого возраста составляет 24 % [3]. По среднему варианту демографического прогноза к 2030 году доля лиц старше трудоспособного возраста в нашей стране достигнет 28,4 % [3].

Стремительный рост доли людей старшей возрастной группы ведет к увеличению нагрузки на учреждения здравоохранения и социального обслуживания. Следует принимать глобальные меры социального и экономического плана, более эффективно реализовывать политику в области пенсионного обеспечения данной возрастной группы. Для того, чтобы понять и решить многие демографических проблемы людей пожилого и старческого возраста, следует учитывать этапы жизни этой категории.

Рассматривающая проблемы периодизации развития личности О.А. Кувшинова делит старость на следующие возрастные периоды:

- пожилой возраст – 55-75 лет;
- старческий возраст – 75-90 лет;
- долгожительство – старше 90 лет. [2]

Также для решения проблем, с которыми сталкиваются пожилые люди, нам необходимо дать определение основных понятий геронтологии, таких как «старость» и «старение».

Старость – заключительный период жизни, имеющий огромное значение для каждого человека. В период наступления старости пожилой человек подводит итоги своей пройденной жизни, делает планы на будущее. Она характеризуется различными биологическими, психологическими и социальными изменениями.

Необходимо понимать, что старение само по себе не является какой-либо болезнью. Старение-это естественный процесс, который можно лишь приостановить с помощью всевозможных детерминант, (например, правильное питание, занятие спортом и физической культурой, творческая активность, большой запас социального капитала и т. д.). Очевидно, что люди третьего возраста имеют определенные социально – психологические особенности, которые необходимо знать и учитывать для определения наиболее приемлемых способов организации социальной работы с этой группой населения.

Ученые-геронтологи выделяют несколько видов старости: хронологическую, физиологическую, психологическую и социальную. Доминирующим фактором в определении хронологической старости является количество прожитых лет; физиологической – состояние здоровья, совокупность соматических отклонений организма; психологической – самоощущением человека своего места в возрастной структуре; социальная старость определяется уровнем старения населения в целом, (то есть, чем выше уровень старения населения, тем дальше отодвигается индивидуальная граница старости). Выделенные виды старости могут не совпадать между собой[1].

Люди пожилого возраста, проживающие в условиях сельской местности, сталкиваются с социальными проблемами, значительно отличающимися от проблем пожилых людей, живущих в городах.

Для исследования социальных проблем пожилых людей, проживающих в условиях сельской местности, было опрошено 16 женщин и 9 мужчин третьего возраста, проживающих в деревне Майда Архангельской области Мезенского района. Возраст опрашиваемых от 65 до 86 лет.

Исследование, данные которого были получены путём очного опроса, состоит из совокупности двух методов: аналитического (анализ и обзор специальной литературы) и социологического (авторская анкета).

По результатам исследования установлено, что из общего числа опрошенных пожилых людей, проживающих в отдаленном сельском поселении, 88 % одинокими себя не считают и только 8 % иногда испытывают чувство одиночества, которое 76 % опрошенных помогают преодолевать родственники, а 24 % – друзья и знакомые.

Большинству респондентов (60 %) в основном хватает денежных средств, но для них затруднительны крупные покупки, но 4 % денег катастрофически не хватает. Пожилые люди, проживающие в деревнях, своей основной проблемой считают коммунально-бытовое обслуживание, а именно заготовка дров, стирка белья, обеспечение себя водой. Это связано с тем, что в сельской местности, как правило, отсутствует водопровод, центральное отопление, канализация и так далее. Данные проблемы пожилым людям помогают решать родственники и знакомые как на платной, так и на безвозмездной основе.

Таким образом, можно сделать вывод, что основной проблемой пожилых людей, проживающих в условиях сельской местности, являются сложности в выполнении социально-бытовых функций; ни психологических, ни материальных проблем у них нет. Демографическая ситуация, сложившаяся на сегодняшний день, требует инновационных подходов в предоставлении качественного социального, медицинского, культурного и других видов обслуживания пожилого населения сельской местности. Необходимо учитывать ресурсные возможности и потенциальную активность сельских жителей с учетом

поддержки со стороны семьи и сельского микросоциума для оказания эффективной помощи и поддержки людей пожилого возраста.

Литература:

1. Алтухова С. В. Проблемы пожилых людей в современном обществе / С. В. Алтухова // Материалы международной научно-практической конференции 23-24 января 2014 г. – Курск, 2014. – С. 15.
2. Кувшинова О. А. Проблемы социального конструкта пожилого возраста / О. А. Кувшинова // Вестн. Том. гос. ун-та. Философия. Социология. Политология. 2012. № 1 (17). С. 25.
3. Федеральная служба государственной статистики // Официальная статистика [Электронный ресурс]. – URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography, свободный. – Загл. с экрана. – Яз. рус. – (Дата обращения: 19.11.2016).

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПОДРОСТКАМ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Ткач М.О.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра Общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы. Студентка 3 курса факультета клинической психологии, социальной работы и адаптивной физической культуры, отделение социальной работы. E-mail: tkatch.marija818@yandex.ru
Научный руководитель: доц. Шалаурова Е.В.

Аннотация: Понятие девиантное поведение существует уже давно, с появлением человека как личности. В период взросления подростки начинают обращать внимание на себе и свое ближайшее окружение, поэтому многие из-за проблем в семье или в школе подвергаются неблагоприятными психологическими состояниями.

Ключевые слова: понятие, подростки, психологическое состояние.

Девиантное поведение у подростков остается на сегодняшний день одной из главных проблем всего человечества. Отклоняющее поведение приобрел массовый характер, который зарождается в семьях и продолжает свое развитие в школах. Существуют положительная и отрицательная девиация. Наиболее опасной и внезапной является отрицательная, так как она влечет серьезные агрессивные вспышки, которые проявляются аддиктивным поведением (то есть зависимостью от алкоголя или наркотических веществ), деликвентным поведением (мелкие правонарушения), и также типично подростковые реакции, как побеги из дома и суициды [1].

Различные социально-психологические условия жизни оказывают на подростков разные влияния, которые можно изменять в правильном направлении для дальнейшей профилактики девиантного поведения у них, прежде всего связанного с наркоманией и алкогольной зависимостью. Идея диагностики и оказания опосредованной психологической поддержки подростка включает в себя применение социально-психологических методик, которые могли бы выявить интересы ребенка. С появлением новой цели, девиантный подросток начнет меняться сам, и с ним станет на много легче сотрудничать, что в свою очередь сможет гораздо быстрее решить его проблему [2]. Так, например, развитие позитивных отношений могут способствовать и популярны среди подростков различные виды спорта. Выбор вида спорта обусловлен не только его популярностью, но и тем, что определенные виды спорта в дальнейшем могут способствовать развитию как психических, так и нравственных качеств у ребенка, формируя в них целеустремленность, стрессоустойчивость, что в свою очередь становится главным этапом изменения состояния подростка.

В связи с этим, важно учитывать, что возникновение подростковых кризисов является результатом воздействия конкретных социальных обстоятельств, которые негативно отразились на подростке. Ребенок практически постоянно подвергается воздействию различными психологическими факторами, которые в свою очередь выходят из социальных факторов. Конфликты в семье (длительные супружеские конфликт, развод родителей, жестокое обращение с детьми), конфликтные ситуации в школе (непонимание одноклассников и учителей), являются главными факторами появления девиантного поведения у подростков. Стрессовые факторы (например, смена местожительства, пребывание в квартире чужих людей, низкий социальный и материальный уровень семьи) также способствует развитию внутренних конфликтов с последующим агрессивными реакциями на всех окружающих. Неблагоприятные семейные отношения, недостатки школьного воспитания, приводят к низкой успеваемости, а так же к формированию негативного отношения к учебной деятельности и труду. Нарушению системы отношений с окружающими и, накладываясь на биологические предпосылки, способствует появлению акцентуаций характера и отклонений в поведении.

Между тем доказано, что девиантные подростки особо нуждаются в психологической поддержке со стороны наиболее близкого окружения, то есть: родителей, учителей, друзей. Разводы (около 502 тыс. разводов в России за 2015 год), чрезмерная занятость родителей- все это подрывает психологически ребенка. С одной стороны подросток заикливается в себе, а с другой начинает проявлять агрессию по отношению к слабым [1]. Кроме того, в последние годы в России большинство подростков начинают утрачивать уверенность в том, что общество в них нуждается. Влияние СМИ, ближайшего окружения, появление «неразрешимых» (по их мнению) проблем подрывает ребят в себе. Суицид- становится одной из самых простых форм решения всех проблем (около 25 тыс. суицидов в России за 2015 год). Неразрешенные конфликты дома, проблемы финансового характера, потеря близкого человека, а также злоупотребление алкоголем или наркотиками – этот ряд причин обычно характерен для взрослых, решившихся на суицид. Подростковый возраст имеет немного другие особенности. Часто это безответная любовь или непонимание со стороны близких. 75 % подростков-суицидентов имеют неполные семьи, часто в это число входят дети-сироты. Однако алкоголизм и наркомания также могут быть причинами самоубийства подростков. В состоянии ломки, или абстиненции, когда ощущаются сильная физическая боль и депрессия, обычно воплощается уже когда-то продуманный план ухода из жизни. Психотерапевты утверждают, что идея самоубийства очень редко возникает спонтанно. Чаще всего происходит так, что человек долгое время обдумывает способы покончить с собой. Суицид в подростковой среде имеет свои факторы. Проблемы с учебой, в общении со сверстниками, отстраненность родителей – все это день за днем ухудшает психическое состояние детей. Стресс суммируется. Подросткам начинает казаться, что если настоящее и прошлое не приносят никакой радости, то аналогичным образом будет складываться и их будущее [2].

На сегодняшний день появилась новая причина резких причин ухода подростков из жизни. Крайнюю опасность представляет СМИ и сеть Интернет. Родители не могут уследить, а многие попросту не хотят погружаться в проблемы ребенка, что в свою очередь привлекает внимание сектантов. **Оказалось, что буквально под носом у ничего не подозревающих родителей может разворачиваться настоящая смертельная игра, итог которой – самоубийство ребенка. Не имея желания, а иногда и возможности поделиться своими переживаниями со старшим поколением, подростки придумывают этапы смерти, которые они готовы рассказать своим сетевым товарищам [3].** Подросток сам может даже не понимать, что на него оказывается психологическое влияние со стороны друзей, которые специально заманивают его и оказывают негативное влияние на его психику. Как например, на сегодняшний день стоит проблема с игрой «Синий Кит». По данным СМИ за последние полгода (2016 года) по всей России было совершено 130 подростковых суицидов, из них около 80 состояли в «группах смерти» и готовились к тому, чтобы сознательно лишиться себя жизни, действуя по чьей-то указке.

Таким образом, развитие личности подростка в основном происходит под влиянием культуры и общества, которые чувствовали в его воспитании. Также к этому числу нужно отнести СМИ, интернет, которые оказывают на подростков положительное и отрицательное. В связи с конфликтами в семье, не пониманием со стороны сверстников, многие юноши и девушки пытаются пути решения своих проблем самостоятельно, в итоге сами того не замечая они вступают в секты, которые оказывают крайне негативное влияние (чаще всего такое посещение заканчивается для подростка суицидом).

Литература:

1. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий. Их динамика, статистика, систематика. – М.: Медицинская книга, 2007. – 124 с.
2. Усова Е.Б. Психология девиантного поведения: учебно-методический комплекс / Е. Б. Усова ; Минск, 2010. – 180 с
3. Девиантное явление в жизни подростков. Адзиева С.М. В сборнике: Наука и образование в XXI веке сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции: в 17 частях. 2014. С. 16-18.

ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

Тюрина Е.Г., Ларионова С.О.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы. V курс, лечебный факультет.

Научные руководители: проф., д.м.н. Меньшикова Л.И., к.м.н. Мордовский Э.А.

Аннотация: Приведены статистические данные по перинатальной смертности на территории РФ за 2014 год; проанализированы результаты научных исследований, направленных на выявление факторов риска перинатальной смертности, перечислены мероприятия по снижению уровня перинатальной смертности.

Ключевые слова: перинатальная смертность, факторы риска, снижение перинатальной смертности

Проблема сохранения репродуктивного здоровья населения остается в современных условиях одной из наиболее важных. В структуре потерь жизнеспособных детей в возрасте до 1 года 65-70 % приходится на перинатальные потери (коэффициент перинатальной смертности в РФ в 2014 году – 8,8 на 1000 родившихся живыми и мертвыми). Термин «перинатальный период» был введен в статистику здоровья населения в 1963 году, включает в себя антенатальный (с 22-й недели беременности до родов), интранатальный (период родов) и постнатальный (ранний неонатальный) (первые 168 ч жизни) периоды.

Причины перинатальной смертности в РФ (по состоянию на 2014 год, на 100000 родившихся живыми и мертвыми): внутриутробная асфиксия и гипоксия (543,9); респираторные нарушения (дистресс новорожденного) (46,46); инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода (45,28); врожденная пневмония (25,07); неонатальный аспирационный синдром (14,84); родовая травма (5,68) [2]. Среди причин мертворождаемости преобладают внутриутробная гипоксия и врожденные пороки развития. Интранатальная мертворождаемость увеличивается по мере увеличения срока беременности и часто связана с родовой травмой. Ведущей причиной ранней неонатальной смертности являются респираторные нарушения.

По результатам исследований Сергейко И.В., наиболее часто встречающиеся факторы риска перинатальной смертности можно объединить в группы «образ и условия жизни», «медико-биологические факторы», «внешняя среда» и «медико-организационные факторы» [3].

Среди факторов образа и условий среды наиболее высока частота факторов, характеризующих медицинскую активность женщин, а именно: невыполнение рекомендаций врача во время беременности (160,57%), выполнение репродуктивной функции в неблагоприятные физиологические сроки (107,61%) или на фоне неблагоприятного семейного положения (82,52%), поздняя явка ко врачу (116,81%). Большую роль играют: уровень образования матери, особенности ухода за ребенком, число детей в семье, жилищные условия, среднемесячный доход на одного члена семьи [1]. Распространенность группы факторов «неправильный образ жизни» среди беременных женщин достаточно высока: среднепопуляционное значение составляет 961,8‰ [3].

Распространенность группы медико-биологических факторов, возникающих со стороны здоровья супружеской пары и ребенка, наиболее высока. Среднепопуляционное значение составляет 6749‰. Среди данной группы факторов наибольшее значение имеют неблагоприятные факторы, возникающие во время беременности, соматическая (заболевания почек, инфекции), гинекологическая (патология шейки матки, воспалительные заболевания матки и придатков) патология, физическое развитие женщины (ожирение, патология таза), аборт в анамнезе [3]. Большое значение имеют интервалы между беременностями, патология периода новорожденности [1].

Среднепопуляционная частота данной факторов группы «внешняя среда» составляет в современных условиях 321,48 случаев на 1000 женщин, среди них чаще встречаются: экологические факторы по месту жительства женщины (190,24‰) вредные производственные факторы у матери 45,45‰) и у отца (47,65‰) [3].

Среднепопуляционная частота медико-организационных факторов составляет 389,46‰, важная роль отводится невыполнению и несвоевременному выполнению УЗИ (124,89‰), отсутствию материально-технических условий для выполнения стандартов (96,45‰), отклонению от выполнения медицинских стандартов по группам риска беременных (38,19 %) нарушениям преемственности (17,8‰) [3], нерегулярному или некачественному наблюдению за беременными, новорожденными [1].

Снижение перинатальной смертности во многом зависит от прогнозирования вероятности развития патологии беременности и неблагоприятного исхода родов. Перинатальный риск должен определяться неоднократно; разработка прогностических систем, позволяющих количественно учитывать степень влияния патологических факторов на состояние плода, имеет большое практическое значение. В настоящее время основным резервом для улучшения перинатальных исходов в популяции является оптимизация ведения беременности и родов у контингента высокого перинатального риска [4].

Снижение перинатальной смертности от управляемых причин включает в себя ряд мероприятий: реализация принципов оказания медицинской помощи беременным и детям; использование возможностей дистанционного консультирования для отдаленных районов; оптимизация работы отделений (коек) реанимации и интенсивной терапии новорожденных; медицинская и социальная реабилитация детей, родившихся с экстремально низкой массой тела; вакцинация населения против гриппа, в т.ч. беременных, детей, и персонала, работающего с несовершеннолетними, расширение использования пневмококковой вакцины (все дети 1-года жизни).

Отсутствие в большинстве случаев эффективных методов лечения, тяжесть течения многих наследственных заболеваний определяют необходимость их профилактики путем пренатальной диагностики врожденных пороков развития. Снижение перинатальной смертности от врожденных пороков развития на территории области возможно при повышении доступности консультативной и лечебно-диагностической помощи центров планирования семьи и репродукции для отдаленных районов, расширении охвата и улучшении качества пренатальной диагностики нарушений развития ребенка и медико-генетического консультирования, своевременном направлении на родоразрешение в акушерские стационары второй, третьей А и В группы, ранней коррекции выявленных пороков развития.

Литература:

1. Дьячкова М.Г., Заросликова Л.А. Фетоинфантильные потери (ФИП) – «индикатор» социального благополучия и состояния здоровья жителей Архангельской области и НАО // *Экология человека: Приложение*. – 2006. – № 3. – С.78-83
2. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2014 году: Статистический справочник / Р_Минздрав России. – М., 2015. – 186 с.
3. Сергейко И.В. Частота регистрации отдельных факторов риска материнской и перинатальной смертности // *Социальные аспекты здоровья населения [электронный научный журнал]*. 2015. №6. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/725/30/lang,ru/> (дата обращения 21.02.2017).
4. Шаклычева-Компанец Е.О. Факторы перинатального риска и их прогностическое значение // *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия «Медицина»*. 2011. №6. С. 316-329.

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ

Тярасов А.А.

1 – Северный государственный медицинский университет. Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы. 2 – Студент 3 курса факультета клинической психологии, социальной работы и адаптивной физической культуры.

E-mail: Mezensiti@gmail.com

Научный руководитель: доц. к.б.н. Шалаурова Е.В.

Аннотация: Студенты, это будущие специалисты, которые будут обеспечивать престиж и развитие страны в ближайшей ретроспективе. Вместе с тем, студенческая молодёжь остаётся слабоизученной и слабо защищённой социальной группой которая выступает и как субъект социально-экономических преобразований, и как объект социализации. В тезисе представлены основные аспекты социальной защиты студентов в Северном Государственном Медицинском Университете и проведено изучение данных аспектов с помощью статистических методов.

Ключевые слова: социальная защита, студенты.

Студенческая молодёжь это будущее нации. Со своей энергией и потенциалом – это стратегический и социальный ресурс. Студенческая молодёжь является наиболее образованной и профессионально ориентированной частью молодёжи. Однако, являясь будущим нашей страны, по мнению ряда исследователей в России ещё не сложилось эффективной молодёжной государственной политики. А также система социальной защиты студенчества требует существенных доработок и преобразований, потому как студенты относятся к группе слабо защищённых групп населения. [3]

Меры социальной поддержки студенческой молодёжи очень важны, от их эффективности зависит множество социально значимых процессов внутри государства. Как отражение эффективности государственной молодёжной политики государства можно привести ряд наметившихся негативных тенденций:

Во первых, это сокращение молодёжи в общей структуре населения, что приводит к старению общества, и, как следствие, сужению созидательного потенциала.

Во вторых это снижение уровня здоровья молодого населения нашей страны. Проанализировав научную литературу, посвященную исследованию здоровья молодёжи, можно сделать вывод, что она стала наиболее актуальной в последние годы. В работах посвящённых изучению здоровья студентов по данным за 2013 год зафиксировано увеличение студентов специальной медицинской группы с 10 до 20-25 %, а в некоторых ВУЗах до 40 %, и по прогнозам будет наблюдаться увеличение данных показателей. [3]

В третьих, увеличение отклоняющегося (девиантного) поведения в молодёжной среде. Более 50 % преступлений в России совершается молодёжью.

В четвёртых, увеличение количества безработных в молодёжной среде. [3]

Политика социальной защиты студенчества как составной части молодёжи особенно важна для нашей страны, в которой взят курс на социальное и экономическое реформирование. Но нарушение социальных прав граждан, резкий рост социального расслоения и социальной напряжённости, безработица, нищета и коррупция обостряют проблему социальной защиты различных категорий граждан, включая и студенчество. И в связи с этим современному студенту всё сложнее справляться с возникающими проблемами, поэтому необходим поиск новых подходов социальной защиты студентов. [2]

Можно выделить следующие направления социальной защиты молодёжи:

- социальная защита процесса формирования и развития личности молодого человека;
- социальная защита среды формирования и развития личности;
- защита прав молодого человека;

– целевая социальная защита. [2]

Социальная защита и поддержка студентов в Северном Государственном Медицинском Университете осуществляется согласно нескольким нормативным правовым актам, это: Закон Российской Федерации «Об образовании» от 10 июля 1992 года № 3266-1 (с изм. и доп. на 2012г.); Положение о порядке назначения и выплаты государственных пособий гражданам, имеющим детей (от 4 сентября 1995 г. 883);[1] Социальная защита и поддержка утверждается ректором по согласованию с объединённой профсоюзной организацией. В СГМУ оказываются следующие виды социальной поддержки студентов:

- 1) Государственная академическая стипендия.
- 2) Государственная социальная стипендия.
- 3) Именные стипендии. Именные стипендии (стипендии Президента РФ, стипендии Главы администрации и стипендии В.Потанина) учреждаются органами государственной власти, органами местного самоуправления, юридическими и физическими лицами и назначаются студентам, аспирантам и докторантам.
- 4) Государственные пособия.
- 5) Другие формы материальной поддержки студентов.

Студенты, обучающиеся на очной бюджетной форме, имеют право на получение материальной помощи из стипендиального фонда СГМУ. Студенты, обучающиеся на очной бюджетной или компенсационной форме обучения, являющиеся членами профсоюза не менее 6 месяцев и уплачивающие профсоюзные взносы, имеют право на получение единовременной материальной помощи из средств профсоюзного бюджета на основании заявления на материальную помощь. Содействие в трудоустройстве. [1]

В качестве объектов исследования выступили 34 представителя студенческой молодёжи ФГБОУ ВО «Северного Государственного Медицинского Университета» г.Архангельска. Из них 13 юношей и 21 девушка; 28 человек очной формы обучения по направлению клиническая психология и 6 человек очной формы обучения по направлению социальная работа; 6 человек со второго курса, 18 человек с третьего, 10 человек с пятого. Возраст опрошенных от 15 до 27 лет. Уровень образования неоконченное высшее образование.

Социологический метод исследования реализован путем анкетирования, на основании

Авторской анкеты, состоящей из 23 вопросов, выявляющей удовлетворённость студентов материальной поддержкой вуза, а также поддержкой здорового образа жизни и охраны здоровья студенческой молодёжи.

Анкета удовлетворённости студентов обучению в ВУЗЕ «Современного технического института» г. Рязани от 12 декабря 2015 года, которую разработала начальник управления качеством СТИ Бебякина О.Ю.. При помощи данной анкеты мы можем выявить удовлетворённость студентов ещё одним очень важным компонентом социальной защиты, выявить их отношение к оказываемым образовательным услугам в вузе.

Проанализировав результаты исследования мы получили следующие результаты:

большая часть студентов не удовлетворена такими мерами социальной поддержки в ВУЗЕ, такими как – стипендия(44 %), работа студенческой поликлиники(64 %), студенческой жизнью(81 %). и у большинства сниженный интерес к обучению и в основном это связано из за недостаточной обеспеченности хорошими условиями для обучения, самостоятельной работы, проведения досуга и возможности занятия научным творчеством. А также недостаточной организацией учебного процесса(42 %), свободного времени(46 %) и питания студентов(54 %). На вопрос имеются ли в Северном Государственном Медицинском Университете хорошие условия для обучения большинство студентов, а именно 73 % респондентов ответили, что данные условия имеются лишь частично. А также на вопрос имеются ли в Северном Государственном Медицинском Университете хорошие условия для занятия самостоятельной учебной деятельностью 58 % ответов были что такие условия представлены лишь частично, что также негативно характеризует возможности ВУЗА по способствию развития хороших специалистов в будущем.

Организация практик. Здесь стоит отметить, что 50 % студентов не удовлетворяют методические материалы для прохождения практики, 50 % выбор места практики, 46 % работа руководителя практики и 42 % наличие лабораторий и специализированных аудиторий для прохождения практики.

Литература:

1. Социальная поддержка студентов и сотрудников СГМУ: Система менеджмента качества- версия 2.0-Дата введения 2 апреля 2012 г.
2. Шварцман Л.А. Система социальной поддержки в ВУЗЕ // Постулат №4. 2016 С.22
3. Студенчество: социальная защита в аспекте теории риска Мехришвили Л.Л.[и др.] // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика № 3 2011 г. С.81-86

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С МОЛОДЕЖЬЮ НА БАЗЕ СПОРТА

Хрусталева Е.А.

Студентка III курса факультета клинической психологии, социальной работы
и адаптивной физической культуры (отделение социальной работы, 0/0)

E-mail: khrustaleva.elizaveta@yandex.ru

Научный руководитель: доц. Шалаурова Е.В.

Аннотация: В статье представлены инновационные технологии в социальной работе молодежи в возрасте от 20 до 25 лет, проживающие в г. Архангельске. Целью социальной работы с молодыми людьми является раскрытие их творческих способностей, посредством чего они приобретают самостоятельность в решении собственных проблем. Инновационная практика в такой социальной работе с молодежью говорит о том, что важным является именно стимулирование инициативы среди молодых граждан, которые попали в трудную жизненную ситуацию, а также преодолевать возникающие трудности. Молодежь является одной из самых значимых групп общества, которая участвует в деятельности всей социальной жизни общества в целом. При отсутствии молодежи совершенно невозможно развитие страны и общества.

Ключевые слова: инновация, молодежь, спорт

На сегодняшний день можно проследить тенденцию, согласно которой молодежь все более стремится проживать в крупных городах, нежели в поселках, других сельских объектах. Это связано не только с тем, что, при окончании школы у старшеклассника не велик выбор высшего учебного заведения, где он будет продолжать свое образование, так как большинство вузов находятся именно в крупных городах. Также данная тенденция предпочтения крупного города молодежью определяется и не только наличием большого количества рабочих мест, но во многом молодежь интересуется прогресс и инновационные технологии, инфраструктура, которые зачастую не характерны для небольших поселений.

К примеру, Федеральная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006-2015 годы», утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 11 января 2006 г. № 7, стала первым этапом в формировании общефедерального комплекса мер по развитию физической культуры и спорта. Благодаря системным действиям, только за пять лет с 2008 по 2012 годы удалось поднять уровень обеспеченности населения спортивными сооружениями, исходя из единовременной пропускной способности, с 22,7 % до 25,1 %.

Во время научно-технического прогресса и информационных инноваций именно инновации в работе с молодежью помогают формировать эффективную работу с ними.

Актуальность исследования. На данный момент не только сфера отдыха и досуга, но и сфера дополнительного получения знаний и развития молодежи связана с новыми возможностями. Сюда можно отнести новые технологии в области развлечений, способов общения, способов обучения и развития.

Результаты ответов на вопрос: «Знакомы ли Вы с инновационными проектами по работе с молодежью?» говорят о том, что 17 человек не знакомы с инновационными проектами по работе с молодежью, а остальные ответы распределились следующим образом. С данными проектами, по мнению опрошенных, знакомы 13 из них, назвать конкретные проекты смогли только трое молодых людей. К таким проектам они отнесли Электронный дневник в школе, «Большие интеллектуальные игры «Умным быть модно!», а также вебинары на различные темы.

Выяснилось, что для испытуемых характерно поверхностное знание о применяемых в их регионе и стране проектах для молодежи. К инновациям они относят в основном технические атрибуты, а не внедрение инновационных программ в жизнь молодого поколения.

17 респондентов предпочитают пассивный отдых, в то время как значимое место активному отдыху определили следующие опрошенные: тренажерный зал регулярно посещают 3 человека из всех опрошенных, экстремальными видами спорта предпочитают заниматься в свободное время 2 человека, столько же предпочитают занятия туризмом. Традиционным видам спорта отдают предпочтение 7 человек, остальные опрошенные в большей степени предпочитают общение с семьей и в соцсетях, посещение культурно-массовых мероприятий и занятия творчеством.

Регулярно спортом занимаются только 34 % опрошенных, не занимаются вовсе 3,5 %, а редко или время от времени 13,8 % и 48 % соответственно. Менее половины опрошенных заинтересованы в спорте и физической культуре, другая часть либо считает занятия спортом недоступными для себя, либо не интересуется этим вовсе.

Изменить свое отношение к спорту, по мнению опрошенных, может им помочь желание улучшить свое самочувствие и наибольшая доступность спорта, оба варианта выбрали 36,4 % молодых людей. 27,3 % опрошенных посчитали значимым фактором в отношении к спорту желание изменить свое тело.

На вопрос «В чем, на Ваш взгляд, преимущества молодых людей, регулярно занимающихся спортом и участвующих в различных спортивных мероприятиях?», мы получили следующее.

8 молодых людей считают, что преимущество в привлекательной внешности, 1 человек сообщил, что преимущество в большом количестве друзей, 16 человек считают, что это хорошее здоровье. Также были получены и другие варианты: «улучшенный эмоциональный фон», «приобретение уверенности в себе», «повышение самооценки» и др.

Таким образом, появилась проблема детального анализа по изучению внедрения инновационных социальных технологий в сферу социальной работы для повышения эффективности данной работы с молодежью.

В ходе теоретического анализа нами было выявлено, что социальные преобразования, направленные на повышение качества жизни молодежи, представляют собой инновационные процессы, которые происходят под воздействием социально-политических мер по созданию новых служб для молодежи, общественных структур и форм оказания социальных услуг. Средством реализации этих инноваций являются социальные технологии.

Мы определили, что система социальной работы нацелена на позитивные изменения в социальном развитии человека и общества. Современная социальная работа, обеспечивая социальное благополучие, не только конструктивно решает социальные проблемы, но и предупреждает их появление.

Литература:

1. Федеральный закон «О государственной поддержке молодежных и детских общественных объединений» от 28.06.1995 N 98-ФЗ (действующая редакция, 2016).
2. Денисова Н. С., Гизатова И. А. Технологии социальной работы с молодежью [Текст] // Педагогическое мастерство: материалы II междунар. науч. конф. (г. Москва, декабрь 2012 г.). – М.: Буки-Веди, 2012.
3. Технологии социальной работы с молодежью: материалы II межрегиональной научно-практической интернет-конференции с международным участием (Кострома, 20–25 октября 2014 г.) / сост. О. Н. Веричева; науч. ред. Н. Ф. Басов. – Кострома : КГУ им. Н. А. Некрасова, 2014. – 326 с.
4. Система ГАРАНТ [Электронный ресурс]: Режим доступа: http://base.garant.ru/103544/1/#block_100#ixzz4OckY7E29

ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С НЕПОЛНЫМИ СЕМЬЯМИ, ИМЕЮЩИМИ ДЕТЕЙ

Худойкина М.В.

*Северный государственный медицинский университет. Кафедра Общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы. Студентка 3 курса факультета клинической психологии, социальной работы и адаптивной физической культуры, отделение социальной работы. E-mail: marina.khudoykina@mail.ru
Научный руководитель: доц. Шалаурова Е.В.*

Аннотация: Семья и семейная атмосфера является неотъемлемой частью любого человека. Именно там он проводит большее время, проходит весь жизненный цикл своего развития, адаптации и приспособления к окружающему социуму. Лица, которые решили соединить себя узами брачных отношений, должны понимать, что берут на себя большую ответственность перед обществом, а прежде всего, перед самим собой. Их основной аспект – продолжение жизни семьи и семейных отношений.

Ключевые слова: неполные семьи, дети, социальные проблемы, благополучие

В процессе исторического развития усложнялось понятие общественного института, как семья, которое на сегодняшний день не имеет определённого, устоявшегося типа. На протяжении последних 150 лет институт семьи подвергался огромным изменениям и трансформации, из-за этого система брачных отношений и семейного очага поменяла свою структуру и имеет различное понимание для всех людей. Основными факторами изменения института семьи являются процессы микро социальной среды, изменения, касающиеся политики, экономики, медицины, и также другие сферы жизни человека[1].

Под понятием «неполная семья» подразумевается категория семьи, в которых одинокий родитель проживает с ребенком (детьми) и несет за него (них) большую ответственность[2].

Семейное счастье во многом зависит от полноценности семьи. Человек, который воспитывался в неполной семье, не имеет примера семейных взаимоотношений и благополучия супружеской жизни. Ему сложно сформировать всю картину семейной жизни и культуру взаимопонимания между супругами. Все конфликты, которые происходят в семье между родителями, сказываются на состоянии ребёнка. У

детей проявляется психологические, нравственные, социальные отклонения. Если ребёнок не имеет отца или матери, то у него складывается впечатление о неполноценном, неудачном воспитании, так как он смотрит на окружение и видит в них заботу обоих родителей за своим ребёнком. Часто встречаемая проблема неполных семей – это проблема совмещения профессиональной и родительской ролей, что также оказывает влияние на ребёнка.

Воспитание ребёнка – огромная ответственность, и такую воспитательную деятельность одному родителю выполнить сложно, так как нужен постоянный контроль над поведением. Можно выделить шесть наиболее распространенных ошибок, возникающих в процессе воспитания детей в неполной семье: 1-гиперопека, 2- материнская забота, которая основана на безотказности и выполнении всех прихотей, 3- отказ матери видется и поддерживать связь ребёнка с отцом, 4- двойственное отношение к ребёнку, которое проявляется то чрезмерной любовью, то в предвзятом отношении и не замечании ребёнка, 5- мать стремиться сделать ребенка образцовым, уместить в нём все мужские качества, что приводит к замкнутости ребёнка, 6- отстраненность матери от ухода за ребенком и его воспитанием[3].

Для выявления основных проблем, возникающих в неполных семьях, было опрошено 30 членов таких семей, проживающих в Архангельской области. Возраст опрашиваемых от 18 до 45 лет. Исследование, данные которого были получены путём очного опроса, состоит из совокупности трех методов: аналитического (анализ и обзор специальной литературы), социологического (статистические данные по теме «неполных семей» в Архангельской области) и социально-психологического (социальная анкета «Проблемы неполных семей» и экспресс-диагностика уровня личностной фрустрации(В. В. Бойко)).

По результатам исследования установлено, что большинство неполных семьи образовалось по причине измены одного из супругов (27 %); далее следуют психологические причины (23 %); вредные привычки одного из супругов (17 %); затем смерть одного из супругов(10 %) и внебрачная беременность(7 %), всех меньше составили проблемы безденежья и насилия со стороны одного из супругов(3 %).

Также было выявлено, что большее количество неполных семей образуется в возрасте ребёнка от 3 до 10 лет (40 %). Выявлено, что 70 % – это семьи, имеющие вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания), и только 30 % ведут здоровый образ жизни. 57 % респондентов ответили, что подвергались насилию со стороны членов своей семьи; а у половины опрошенных в семье проявлялось девиантное поведение.

Материальные проблемы неполных семей: 40 % респондентов указали на то, что имеют низкий уровень дохода в своей семье, и всего 3 %-высокий.

Исследование выявило, что самое большое количество проблем связано с материально-бытовыми проблемами(28 %), проблемами воспитания и образования детей(18 %) и жилищными проблемами(16 %).

При обработке данных экспресс-диагностики выявлено, что у 20 % респондентов имеется низкий уровень фрустрации, что показывает на высокую самооценку и устойчивость к неудачам. У половины опрошенных имеется устойчивая тенденция к фрустрации, такие люди всегда подвергаются страху. У 33 % респондентов зафиксирован очень высокий уровень фрустрации, сопровождается это в стремлении избежать трудностей и страхе потерпеть неудачу.

Решением проблем в таких семьях будет создание тренинга, который бы проводил социальный педагог. Деятельность социального педагога с родителями будет включать три основных составляющих социально – педагогической помощи: образовательную, психологическую и посредническую. Результатом мероприятия будут счастливые семьи. Родители научатся эффективно строить взаимоотношения со своими детьми, что в свою очередь будет способствовать воспитанию в ребёнке физических, психологических и нравственных навыков и умений.

Таким образом, проблемы неполных семей в современном мире являются актуальными. Это связано с тем, что большую часть населения страны составляют именно неполные семьи, у которых брачная жизнь сложилась неблагоприятно. Семейное положение данной категории людей не только усложняет финансовую сторону жизни, но и лишает их полноценного духовного развития, в результате которого семья могла бы быть счастливой.

Литература:

1. Антонов А.И., Медков В.М. Социология семьи. – М.: Изд-во МГУ: Изд-во Международного университета бизнеса и управления («Братья Карич»), 2006 г. – 304 с.
2. Дементьева И.Ф. Негативные факторы воспитания детей в неполной семье // Журнал «Социс», № 11, 2005. – С 108-113.
3. Левкович В.П., Зуськова О.Э. Психологические проблемы семьи. Социально-психологический подход к изучению супружеских конфликтов/ Психологический журнал. – 2005 – №3.- 376 с.

ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ

Шестаков А.С.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра Общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы. Студент 3 курса факультета клиническая психология, социальная работа и адаптивная физическая культура, отделение социальной работы. E-mail: andrei.shestakov2014@gmail.com
Научный руководитель: доц. Шалаурова Е.В.

Аннотация: Военнослужащие по личностным характеристикам, по самому характеру своей деятельности, не могут относиться к уязвимому слою населения. Представители вооруженных сил обладают высоким социальным статусом, удовлетворительным материальным положением и имеют ряд льгот. Но на самом деле вследствие экономических трудностей, которые испытывает наша страна устаревает материальная база воинских частей и идет крушение прежних идеологических систем и нравственных ценностей, что сказывается на не престижности воинской службы и служит массовым отклонением от службы в армии, и не уверенности самих военнослужащих в дальнейших перспективах службы в рядах вооруженных сил.

Ключевые слова: военнослужащие, социальные проблемы военнослужащих, технологии работы с военнослужащими

Социальные проблемы военнослужащих весьма разнообразны из-за этого следует применение разных технологий помощи военнослужащим. Так например, одна из самых известных проблем Вооруженных Сил РФ – это наличие нескольких статусных систем, т.е. официальную «уставную», в которой взаимодействия подчиняются уставам, и «деловая» – неофициальная, т.е. приоритет старослужащих солдат над новобранцами. Из этой проблемы вытекает следующая проблема – унижение новобранцев, увеличение суицидов. Также статусная система в рядах военнослужащих, в соответствии с которой власть и влияние распределяется по принципу принадлежности к той или иной национальной принадлежности и определенной территории, и ведет к падению морально-этических норм. [1;2;3]

Исходя из обозначенной актуальностью целью эмпирического исследования стало анализ технологий социальной работы с военнослужащими.

Объекты эмпирического исследования – мужчины военнослужащие, проходящие службу по контракту в в/ч 6832 г. Архангельск.

Методы исследования: Теоретический – анализ научной литературы, нормативных и законодательных актов по проблемам военнослужащих по контракту.

Эмпирический – использование метода наблюдения, накопления и анализа данных, сравнение.

Проведенное исследование обнаружило следующие тенденции. Так можно выделить четыре наиболее часто выбираемых профориентации военнослужащих после увольнения со службы:

1).одним из направлении их работы военнослужащие выбирают между силовыми структурами, в частности структура МВД, ФСБ, ФСИН, ОМОН, налоговая инспекция, МЧС (примерно 50 %),

2).работа в сфере транспорта и связи (примерно 20 %),

3).на государственных предприятиях, в частности СевМаш, «Звездочка»(около 13 %),

4).Коммерческие организации и сельское хозяйство (примерно 17 % военнослужащих).

Из этого можно выделить цели, задачи и функции социальной работы в Вооруженных силах РФ.

Цель социальной работы помощи военнослужащим, заключается в том, чтобы восстановить здоровье, физические и психические силы, скорректировать личностные устремления, чтобы терпимо относиться к общению с другими людьми, внести некоторые элементы социальной работы в привычную армейскую жизнь.

Задачи социальной работы и помощи военнослужащим, в первую очередь кто проходит военную службу по контракту – это бесплатное социальное и юридическое консультирование, по таким вопросам, как возможности до и после увольнения с военной службы, права и льготы для их семей, защита их интересов перед командованием, и направление жалоб в выше стоящие инстанции.

Функции социальной работы с военнослужащими – это обеспечение нормальных социально-бытовых и социально-экологических условий для военнослужащих.

Таким образом, в исследовательской работе было обозначено кто является военнослужащим, также были выделены проблемы военнослужащих, как контрактного, так и срочного несения службы, которые связаны со специфичностью их деятельности. Были выделены цели, задачи и функции социальной работы с военнослужащими, а также их семьями, в которых заключается бесплатное консультирование по имеющимся проблемам и нормальному обеспечению для них социальных, бытовых и социально-экологических условий.

При проведении исследования военнослужащих по контракту были выявлены типичные проблемы: профориентация (дальнейшее трудоустройство по имеющейся специальности (20 %); не уверенность в

быстроте трудоустройства по имеющейся специальности (73 %); дальнейшая профориентация в силовые структуры; не желание переобучаться (53 %); выбор дальнейшей профессии по критерию высокого заработка(44 %) (в условиях современной экономической не стабильности)); отношение к предпринимательской деятельности, как к деятельности дальнейшего трудоустройства (привлекательность предпринимательской деятельности (33 %); отсутствие личных средств (50 %) для занятия предпринимательской деятельностью); психологические (боязнь раннего выхода на пенсию (87 %); отрицательное влияние службы на психическое здоровье (6 %))

На данном этапе решения проблем военнослужащих может быть решено по средствам содействия центров занятости с военнослужащими и руководящими лицами по дальнейшему трудоустройству. Отсюда основной технологией социальной работы для решения имеющихся проблем может являться организация лекций о перспективных профессиях, размещение плакатов о местах переобучения и имеющихся специальностях; постановка военнослужащих с истекающим контрактом на учет в центр занятости населения, что сократит скорость трудоустройства после увольнения, а также сохранит психическое здоровье у молодых людей.

Таким образом, проблемы военнослужащих в современном мире являются актуальными. Ведь военнослужащие могут считаться одни из самых уязвимых социальных слоев населения, все эти проблемы носят социальный, психологический, экономический характер, и зачастую могут решаться только с участием государства.

Литература:

1. Коротков А.В. Социальная защита военнослужащих: правовое регулирование. – М.: АО «РАУ-университет», 2005. С. 450.
2. Корякин В.М. «Военно-социальная работа в вооруженных силах РФ» Москва 2004 год. С.135. (http://guar.ru/guar/kaf71/meth/1_4.pdf- дата проверки 14.12.2016)
3. Пашков В.Ф., Малышев В.П. Проблемы социальной и правовой защиты граждан Российской Федерации, уволенных с военной службы./ Отечественный журнал социальной работы, 2002. №2. С.30-76.

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ФИЗИКИ И БИОИНФОРМАТИКИ

ПРИМЕНЕНИЕ ОБЛАЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМАХ

Кобелев И.М.

Северный государственный медицинский университет.

Кафедра медицинской и биологической физики. Студент.

Научный руководитель: старший преподаватель Смертина Е.В.

Аннотация: 21 век – век информационных технологии. Сейчас многие страны, такие как США, Япония, Германия, Франция и в том числе Россия, стремятся облегчить труд людей с помощью внедрения информационных технологий, в их повседневную жизнь. Прежде всего, это касается экономической сферы и медицины. Медицина играет огромную роль в жизни общества и для лучшего функционирования медицинских учреждений необходимо внедрение облачных технологий. Это облегчит как энергозатратную работу врачей, так и уменьшит количество проблем, связанных с обслуживанием пациента.

Ключевые слова: информационные технологии, облачный сервис, медицина

Между врачом и пациентом стоит масса «барьеров». Для того, чтобы проконсультироваться с врачом, пациент должен тратить либо время в очередях, либо деньги на вызов врача на дом. В любом случае консультация происходит не тогда, когда это нужно пациенту, а тогда, когда может врач. Из-за этого происходят многие беды, которые начинаются с того, что пациент обращается к врачу на поздней стадии заболевания. Для решения этих проблем на помощь приходят современные облачные технологии и сервисы, которые становятся мостом, обеспечивающим кратчайшую и комфортную дистанционную связь пациента с врачом.

Облачные сервисы.

1. MultyDoctor предоставляет врачу заказчику исследования довольно большой дополнительный спектр функций для работы с базой данных своих пациентов. Здесь он имеет полную историю по всем своим пациентам, которые проходили обследование в разных диагностических центрах. С этими данными врач может работать в любом месте, где возможно использование Интернета. Большой объем функций этого сервиса относится к средствам коммуникации врача потребителя. Этот сервис не выглядит как какая-то

особенная программа, отличающаяся от других программ. Ей не нужно обучаться, для неё не нужно устанавливать программное обеспечение, она не засоряет память ПК. В этом, на мой взгляд, еще одна черта «идеальной» медицинской программы, реализованной инструментами сервиса облачных технологий. На базе развития функционалов и коммуникации между ПК «Доктрина» и облачным сервисом MultyDoctor продолжается разработка других инструментов управления и анализа различных визуальных и цифровых типов медицинской информации, в чем я вижу настоящие перспективы улучшения качества обслуживания пациентов и возможный прогресс в усовершенствовании информационных систем в медицине.

2. Медкей – новая облачная медицинская информационная система, которая позволяет облегчить запись пациентов на приём через сайт клиники, вести электронные медицинские карты, планировать нагрузки на специалистов, а также сможет автоматически оповещать пациентов SMS –сообщением. В системе реализовано полноценное разделение прав пользователей системы: Директор, Администратор, Специалист, Регистратор и другие. Кроме того, разработчики обещают полное шифрование данных, возможность создания резервных копий данных и восстановление их в исходное состояние в случае потери оригинальных данных по каким-либо причинам (случайное удаление, поломка жёсткого диска, сбой в работе программы или системы, вирусы и прочее) и интеграцию системы с известными лабораториями, такими как Инвитро и Ситилаб. Нулевые расходы на внедрение, низкая стоимость обучения персонала, оплата только за фактическое использование системы – это одни из многих плюсов Медкей.

3. MEDESK – это облачная медицинская информационная система, позволяющая быстро и просто организовать работу клиники: онлайн-запись, прием и учет пациентов, услуг, электронные медицинские карты, штатное расписание врачей и многое другое. Отличительная черта программы MEDESK – просто организованный и понятный интерфейс. MEDESK развивается в экосистему, которая позволит объединить клиники и ее партнеров, а также устройства и сервисы по мониторингу здоровья. Благодаря этому идёт более эффективное и удобное взаимодействие между врачами, клиниками и лабораториями, а также предоставление современных сервисов пациентам.

4. Система объективного контроля здоровья «БиоСелфи». Данная система это современное средство выявления заболеваний на ранних стадиях. Возможность использования дома является одним из отличий «БиоСелфи» от множества других облачных систем. Благодаря этому врачи и пациенты становятся союзниками и взаимовыгодно помогают друг другу. Пациент, например, освобождает врача от выполнения несложных рутинных измерений, а врач получает объемную картину состояния здоровья пациента в «реальном времени». Важным отличием «БиоСелфи» от предшественников и конкурентов является заложенная в систему возможность в полуавтоматическом режиме накапливать клиническую статистику и на ее основе уточнять имеющиеся диагностические алгоритмы и создавать новые. К этой работе привлечены специально сертифицированные врачи, которым разрешено делать отметку о клиническом подтверждении того или иного диагноза. Отмеченные данные сохраняются в банке данных и затем с использованием технологий на их основе формируются дополнения и корректировки к базе диагностических алгоритмов, на основе программы – советчика, представляющего собой справочник знаний специалистов во многих областях диагностики. Система позволяет осуществлять контроль за здоровьем, сужать области поиска возможных заболеваний, оперативного отслеживания динамики лечения, повышать лояльности пациента, закреплять его на долгий срок за врачом, комфортно получать консультации у нужных специалистов.

В заключении хотелось бы отметить, что информационные технологии на основе компьютерного облака помогут медицинским работникам не только в точной и быстрой диагностике, но и в выборе правильной тактики лечения пациента, что подчас становится наиболее важным в первые часы протекания болезни. Облачные технологии обладают большим потенциалом для революционных изменений в области ведения медицинской документации, так как они могут предоставить информацию о пациенте, результаты клинических анализов и исследований, проведенных с помощью МРТ томографа, ультразвукового аппарата в любое время и любом месте. На практике это означает более квалифицированную и лучшую медицинскую помощь, которая поможет спасти тысячи людей.

Профессор Сюзанна Ричинз, которая возглавляет кафедру медицинского менеджмента в одном из университетов США, говорит: «На сегодняшний день, практически вся система здравоохранения зависит от компьютеров и облачные технологии, как хранилище всех данных о пациенте, логическое продолжение этой тенденции. Облачные технологии гарантируют получение всей имеющей информации о больном в любом месте, где есть интернет».

Пока система здравоохранения стоит в стороне от облачных технологий, в основном из-за особенностей хранимой информации и отсутствие регуляторных механизмов сохранения врачебной тайны. Сюзанна Ричинз говорит: «Закон защищает информацию о пациенте, гарантируя конфиденциальность и приватность. Тенденции в оказании стационарной медицинской помощи показывают на необходимость улучшения обмена информацией между врачами на первичном этапе оказания медицинской помощи узкими специалистами. Использование в клинической практике облачных технологий, вероятно, расширится за счет программного обеспечения на планшетах и смартфонах».

Стоит сказать, что продвижение в жизнь облачной технологии никак не назовешь «безоблачным». Врачей обучают по старинке, как и сто лет назад. Из-за этого многие врачи не доверяют роботизиро-

ванным технологиям. Некоторые врачи пугаются возможной конкуренции со стороны роботизированных систем, хотя единственная цель таких систем – помочь врачу, освободить его от монотонной рутины. Впереди предстоит большая работа по просвещению врачей, по вовлечению их в процессы инноваций в медицине. Но эта работа стоит любых затраченных усилий, поскольку ее награда – продление здоровой жизни наших соотечественников.

Таким образом, облачные технологии в медицине позволяют: снизить затраты на покупку оборудования и ПО, обеспечить надежную защиту персональных данных, согласно требованиям ФЗ-152, обеспечить бесперебойную работу информационной системы, реализовать масштабируемость системы при увеличении объема хранимых данных, обеспечить Вам защищенный доступ к МИС своей клиники из любой точки мира, снизить затраты на техническую поддержку.

Литература:

1. <http://www.mif-ua.com/archive/article/34494> – Интернет ресурс. Интернет издание печатных научных работ для медицинских и фармацевтических специальностей.
2. <http://www.livemedical.ru/tool/1669/> – Интернет ресурс. Живой журнал для медицинских работников.
3. <http://www.medesk.md/ru/company/> – Интернет ресурс. Сайт компании разработчика.
4. <http://www.bioselfy.com/about/project.php> – Интернет ресурс. Сайт компании разработчика.

ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЛАБОРАТОРНОЙ ГЕМОСТАЗИОЛОГИИ

ОСОБЕННОСТИ ФОЛАТНОГО ОБМЕНА В ПОПУЛЯЦИИ НЕНЦЕВ ОСТРОВА ВАЙГАЧ

Валькова А.М.¹, Юрьев Н.А.²

1 – Северный государственный медицинский университет. Кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии. Студентка 6 курса факультета медико-профилактического дела и медицинской биохимии. E-mail: valkova.alexandra@mail.ru
2 – Северный государственный медицинский университет. Клинический ординатор по специальности «Клиническая лабораторная диагностика».

Научный руководитель: профессор, д.м.н., Заслуженный врач РФ Воробьева Н.А.

Аннотация: В работе проведено исследование уровня гомоцистеина и фолатов в крови, а также полиморфизма генов фолатного обмена у ненцев, проживающих на острове Вайгач.

Ключевые слова: гомоцистеин, фолаты, ненцы, полиморфизм

Актуальность. Как известно, основа рациона питания коренного населения Ненецкого автономного округа (ненцев) – это мясо оленя, птицы, рыбы, которое принято употреблять в сыром виде. Но в настоящее время наблюдаются переход ненцев на белково-углеводный тип питания и тенденция к термической обработке пищи [1]. Это обстоятельство и тот факт, что в силу климатических, социальных и культурных особенностей ненцы потребляют мало овощей и фруктов – богатых фолатами продуктов, могут привести к значительному дефициту витаминов, в частности, фолиевой кислоты – витамина, ответственного за утилизацию гомоцистеина. Недостаток фолатов в организме может вызывать анемию, невынашивание беременности, патологию плода, тромботические осложнения [2]. Дефицит фолатов в организме приводит к накоплению гомоцистеина в крови. Гипергомоцистеинемия является фактором риска развития сердечно-сосудистых и нейродегенеративных заболеваний.

Цель. Определение уровня гомоцистеина и фолатов в крови, а также определение полиморфизма генов фолатного обмена в популяции ненцев острова Вайгач.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования являлось коренное население острова Вайгач – ненцы. Сбор биоматериала и анкетирование проводилось во время экспедиции «Арктический плавучий университет – 2016. Постигая тайны Новой Земли» в период 07.06.2016 – 27.06.2016. Всего в исследование включено 44 человека, из них 29 женщин и 15 мужчин. Средний возраст изучаемой выборки составил 36 лет: у женщин – 31 год, у мужчин – 45 лет. Забор крови проводили из локтевой вены натошак в вакуумные пробирки «Vacutainer». Лабораторные исследования проводились на базе лаборатории гемостаза и атеротромбоза ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница имени Е.Е. Волосевич». Уровень гомоцистеина в сыворотке крови определялся твердофазным иммуноферментным методом с использованием реагентов фирмы «Axis-Shield» (Axis Homocysteine EIA). Определение содержания в сыворотке крови фолатов проведено с помощью набора Elecsys Folate III на иммунологической системе «Roche Diagnostics Cobas e 411» с использованием технологии электрохемилюминесценции. Определение полиморфизмов генов фолатного обмена проводили в ходе молекулярно-генетического

анализа методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени с использованием реагентов фирмы «ДНК-технология».

Результаты и обсуждения. Уровень гомоцистеина в крови в выборке ненцев составил $Me = 14,54$ (10,8; 19,4) мкмоль/л. Рекомендуемый и безопасный уровень гомоцистеина (до 10,5 мкмоль/л) имели только 23 % ненцев. Гипергомоцистеинемия может вызвать повреждение сосудов, тромбообразование, сердечно-сосудистые заболевания, нейродегенеративные заболевания, врожденные пороки развития плода и осложнения беременности [3]. Гомоцистеин накапливается в организме при дефиците фолиевой кислоты, а также при нарушениях функции ферментов метаболизма фолата. У 45 % ненцев наблюдался дефицит фолатов (уровень фолатов в крови менее 4,6 нг/мл). Концентрация фолатов в крови ненцев составила $Me = 4,9$ (2,8; 6,4) нг/мл.

Литература:

1. Белова Н.И., Лавринов П.А., Воробьева Н.А. и др. Алиментарный статус коренного населения Ненецкого автономного округа // Экология человека. 2013. № 7. С. 10–14.
2. Белова Н.И., Лавринов П.А., Воробьева Н.А. Новые маркеры риска сердечно-сосудистых заболеваний в популяции ненцев Ненецкого автономного округа // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. 2014. № 2. С. 12–20.
3. Пырочкин А.В., Мойсеенок А.Г. Показатели фолат-гомоцистеинового метаболизма и элементов антиоксидантной защиты у больных с перенесенным инфарктом миокарда // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2008. № 1(21). С. 65–67.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОЛОГИИ КЛЕТОК КРОВИ ПРИ ПОСТОЯННОМ ПРОЖИВАНИИ В УСЛОВИЯХ АРКТИКИ

Коваль Е.А.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии. Студентка 6 курса, факультета медико – профилактического дела и медицинской биохимии. E-mail: ekaterina.koval2683@gmail.com.

Научный руководитель: проф., д.м.н., заслуженный врач РФ Воробьева Н.А.

Аннотация: В работе проведено исследование морфологии клеток крови у ненцев – коренного населения о. Вайгач.

Ключевые слова: морфология клеток крови, лейкоцитарная формула, ненцы, адаптация к высоким широтам

Актуальность: Природные и климатические условия Севера разнообразны, его часто определяют как природную экстремальную зону, предъявляющую повышенные требования к приспособительным возможностям организма [1]. Среди множества медицинских проблем в условиях Крайнего Севера особое место занимает адаптация человека к условиям среды обитания [2]. Адаптация человека к условиям высоких широт обеспечивается перестройками всех видов обмена веществ, изменениями нейроэндокринных механизмов [3]. Одновременно с этим, в организме под влиянием различных физиологических состояний, патологических и климатических факторов, происходят различные симптоматические изменения состава форменных элементов крови. Холодовое воздействие вызывает увеличение возникающих сдвигов в морфологическом составе крови [2].

Цель: Изучение изменения морфологии клеток крови при долговременном пребывании в условиях Арктики.

Материал и методы исследования: Исследование проводилось на базе Лаборатории гемостаза и атеротромбоза ГБУЗ «Первой городской клинической больницы им. Е.Е. Волосевич». Объектом исследования послужило коренное население острова Вайгач – ненцы. Сбор биоматериалов и анкетирование проводилось во время экспедиции «Арктический плавучий университет – 2016. Постигая тайны Новой Земли» в период с 07.06.2016 по 27.06.2016. На данный момент исследовано 30 образцов крови 19 женщин и 11 мужчин. Возраст изучаемой выборки составил $Me = 34$ года. Забор крови проводился из локтевой вены натошак в пробирки «Vacutainer». Лейкоцитарная формула подсчитывалась с помощью микроскопического метода и электронных счетчиков.

Результаты и обсуждения: По предварительным данным подсчета лейкоцитарной формулы, выявлено резкое повышение числа эозинофилов в 10 образцах крови (у 5 женщин и 5 мужчин), также в 4 образцах эозинофилы на верхней границе референсных значений. Также наблюдается повышение числа лимфоцитов в 14 образцах крови (у 11 женщин и 3 мужчин) и одновременное снижение числа

сегментоядерных нейтрофилов в 6 образцах (у 3 женщин и 3 мужчин). В 7 мазках крови при подсчете лейкоцитарной формулы были выявлены тромбоцитарные агрегаты (у 6 женщин и 1 мужчины). Также в 27 мазках крови был обнаружен пойкилоцитоз и анизоцитоз разной степени выраженности.

Литература:

1. С.А. Дворянский, В.В. Овчинников «Некоторые аспекты адаптации и состояния гемостаза на Севере» // Вятский медицинский вестник. 2010. №1. С.102 – 105.
2. Фролова О.В. Лепунова О.Н. Кормина О.С. Чекунова О.С. «Влияние продолжительности проживания в условиях Крайнего Севера на состояние гематологических параметров у мужчин и женщин разных возрастов» // Успехи современного естествознания. – 2004. – № 3. – С. 40-41;
3. Ткаченко Б.И. «Основы физиологии человека». Том 2. СПб.: Международный фонд истории науки, 1994. – 413 с.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ

Легкова А.А.¹, Белякова И.В.²

1 – ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет, кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии, студентка 6 курса лечебного факультета. E-mail: alishass@mail.ru

2 – ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет, к.м.н., доцент кафедры клинической фармакологии и фармакотерапии. E-mail: birina0601@gmail.com

Аннотация: Проведен анализ результатов профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов с пневмонией.

Ключевые слова: пневмония, тромбоэмболические осложнения, антикоагулянтная терапия

Актуальность. ТЭО – важная проблема клинической медицины. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации ежегодно регистрируются около 80 000 тромбоэмболических осложнений. Легочная эмболия ежегодно регистрируется с частотой 35–40 на 100 000 человек. В течение месяца после выявления ТГВ от легочной эмболии умирают 6 % пациентов. Внедрение и стандартизация способов профилактики ТЭО позволит спасти жизни тысяч людей.

Цель. Оценить эффективность и безопасность антикоагулянтной терапии для профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов с пневмонией.

Материалы и методы. В исследование вошли 86 пациентов с пневмонией, пролеченных в условиях второго терапевтического отделения ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е.Е.Волосевич» за период с июня 2015 года по декабрь 2015 года включительно. Методом сплошной выборки мы проанализировали 86 доступных из 110 историй болезни пациентов данной нозологии. Были оценены: риск ТЭО; необходимость, эффективность и безопасность антикоагулянтной терапии. Риск ТЭО и необходимость антикоагулянтной терапии определялись по критериям шкалы «Caprini» и шкалы риска ТЭО у терапевтических пациентов [3, 5]. Эффективность антикоагулянтной терапии оценена по: динамике лабораторных показателей (АЧТВ, Анти-Ха активности, Д-димера), отсутствию ТЭО. Безопасность антикоагулянтной терапии оценена по: динамике лабораторных показателей (АЧТВ, Анти-Ха активности, уровень АТ III, уровень тромбоцитов), клиническим проявлениям геморрагического синдрома. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы SPSS Statistics 17.0. Данные представлены $M \pm SD$ для категорий групп с нормальным распределением. Для групп отличающихся от нормального распределения данные представлены как $ME [min;max]$. Статистическая значимость показателей сравнения присваивалась при $p < 0,05$.

Результаты. Внебольничная пневмония встречалась в 83,72 % случаев ($n=72$), госпитальная пневмония составила 16,28 % ($n=14$). Доля лиц женского пола – 52,33 % ($n=45$), мужского пола – 47,67 % ($n=42$). Исходя из факторов риска ТЭО шкалы «Caprini» мы ранжировали пациентов по следующим возрастным группам: < 41 г. – 30,23 % ($n=26$); 41-60 лет – 23,26 % ($n=20$); 61-74 г. – 26,74 % ($n=23$); >74 – 19,77 % ($n=17$). Преобладали лица старше 60 лет, что является дополнительным фактором риска ТЭО. Факторы риска ТЭО по шкале «Caprini»: варикозное расширение вен – 8,14 %, постельный режим – 11,63 %, серьезное заболевание легких – 100 %, застойная сердечная недостаточность – 27,91 %, ожирение – 15,12 %, ХОБЛ – 15,12 %, венозный тромбоз – 1,16 %, опухоли – 5,81 %, беременность – 1,16 %, малые оперативные вмешательства – 5,81 %. Исходя из оценки характеристик течения и сопутствующей патологии, преобладают пациенты высокого (36,05 %) и край-

не высокого риска (24,42 %), пациенты среднего риска составили 22,09 %, низкого риска – 17,44 %. Пациентам со средним, высоким и крайне высоким риском показана антикоагулянтная терапия для профилактики ТЭО. В нашем случае антикоагулянтная терапия показана 82,56 % (n=71). Факторы риска оценки риска ТЭО у терапевтических больных: ХСН III-IV ФК по NYHA – 27,91 %, острое заболевание легких без ИВЛ – 100 %, инфекция/острое воспаление + постельный режим – 11,63 %, варикозное расширение вен н/к – 8,14 %, ожирение – 15,12 %, возраст > 65 лет – 62,8 %, беременность – 1,16 %, активный рак – 5,81 %, ВТЭО в анамнезе – 1,16 %. Пациенты высокого риска составили 65,12 % (n=56), им показана антикоагулянтная терапия. Исходя из того, что шкала «Caprini» учитывает большее количество факторов риска, в дальнейшей оценке целесообразнее использовать ее результаты. Антикоагулянтная терапия была назначена 71,83 % (n=51) из нуждающихся. Относительные противопоказания наблюдались у 2 пациентов из 20, которым показана, но не назначена терапия: уровень гемоглобина < 100 г/л. Антикоагулянтная терапия гепарином проводилась у 76,47 % (n=39), средняя доза 12000 ± 4000 МЕ. Терапия фраксипарином назначена 23,53 % (n=12) пациентов, средняя доза $5225 \pm 0,26$ МЕ. В начале терапии АЧТВ определено у 94,12 % пациентов с уровнем АЧТВ $35,19 \pm 8,04$ секунд. В динамике этот показатель не удлинялся $31,6 \pm 7,03$ (p=0,197) и был определен лишь у 23,08 % из нуждающихся. Анти-Ха активность ни у кого не определялась. Д-димер в начале терапии определяли у 25,49 % (n=13) с уровнем $1,32 \pm 0,85$ мкг/мл. В динамике этот показатель был определен лишь у 5 пациентов. Уровень тромбоцитов в начале антикоагулянтной терапии определен у 100 % пациентов и составил $219 [33;943] \cdot 10^9/\text{л}$. В динамике этот показатель оценен у 64,71 % (n=33 из 51) и составил $343 [68;799] \cdot 10^9/\text{л}$. Уровень АТ III составил $69,5 \pm 19,38$ % и был определен у 11,76 % (n=6 из 51) только в начале терапии. Геморрагических проявлений у пациентов не выявлено. Наблюдался 1 случай летального исхода по причине тромбоза глубоких вен голени, на фоне не эффективной антикоагулянтной терапии гепарином.

Выводы.

1. В исследуемой группе 82, 56 % нуждались в профилактике ТЭО. Антикоагулянтная терапия была проведена лишь в 71,83 % случаев.
2. Контроль над эффективностью антикоагулянтной терапии гепарином проводился лишь у 23,08 % пациентов. Прирост АЧТВ отсутствовал (p=0,197). Оценить эффективность терапии фраксипарином невозможно, так как Анти-Ха активность не определялась.
3. Для оценки безопасности антикоагулянтной терапии уровень тромбоцитов оценен лишь в 64,71 % случаев.
4. Несмотря на единственный зафиксированный летальный исход, данная категория пациентов является потенциально опасной в плане ТЭО и требует четкого выполнения рекомендаций по назначению и контролю безопасности и эффективности антикоагулянтной терапии.

Литература:

1. ГОСТ Р 56377–2015. Клинические рекомендации (протоколы лечения. по профилактике тромбоэмболических синдромов). – М. : Стандартинформ, 2015.
2. Наследов А. Д. SPSS 15: профессиональный статистический анализ данных. – СПб.: Питер, 2008. – 416 с.: ил.
3. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений. / Ассоциация флебологов России. Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России. Всероссийское общество хирургов. Российское научное медицинское общество терапевтов. Общество специалистов по неотложной кардиологии // Флебология. – М., 2015 . – Т.9. – № 2.
4. Тромбоэмболия легочной артерии и тромбофилические состояния. Современные принципы диагностики и лечения / руководство под ред. Ипатова П.В. – Миклош, 2010. – 120 с.
5. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. 2012;141:2.
6. ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism // European Heart Journal. 2014; August 29, 2014; 48.

АНАЛИЗ МАРКЁРОВ ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ПОПУЛЯЦИИ НЕНЦЕВ ОСТРОВА ВАЙГАЧ

Порошина М.А.¹, Юрьев Н.А.²

1-Северный государственный медицинский университет. Кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии. Студентка 6 курса факультета медико-профилактического дела и медицинской биохимии. E-mail: mashulya0112os@mail.ru.

2- Северный государственный медицинский университет, клинический ординатор по специальности “Клиническая лабораторная диагностика”.

Научный руководитель: профессор, д.м.н., Заслуженный врач РФ Воробьева Н.А.

Аннотация: В работе проведено исследование маркёров фибринолитической активности у 44 ненцев, проживающих на острове Вайгач.

Ключевые слова: фибринолиз, ненцы, t-PA, PAI-1

Актуальность: Фибринолиз является неотъемлемой частью системы гемостаза [1]. Процесс фибринолиза- важный защитный механизм реканализации сосудов. Он может быть избыточным (гиперфибринолиз) или недостаточным (гипофибринолиз), усугубляя кровотечения или тромбоз [2]. Проблема борьбы с тромбозами является наиболее актуальной для современного человека, потому что от тромбозов сосудов ежегодно в мире погибает почти 25 млн. человек [3]. Диагностика нарушений фибринолитической системы основана на клинических симптомах в сочетании с определением уровня молекулярных маркеров [2].

Цель: Оценить маркеры фибринолитической активности в популяции ненцев о. Вайгач.

Материалы и методы: Объектом исследования являлось коренное население о. Вайгач – ненцы. Исследование проводилось на базе лаборатории гемостаза и атеротромбоза ГБУЗ «Первой городской больницы им. Е.Е. Волосевич». Сбор биоматериалов и анкетирование проводилось во время экспедиции «Арктический плавучий университет – 2016. Постигая тайны Новой Земли» в период с 07.06.2016 по 27.06.2016. Всего в исследование включено 44 ненцев, из них 29 женщин и 15 мужчин. Средний возраст изучаемой выборки составил 36 лет; у женщин 31 год; у мужчин 45 лет. Забор крови проводили из локтевой вены натошак в вакуумные пробирки «Vacutainer». Определение уровня t-PA и PAI-1 производили с помощью реагентов фирмы “Technoclone” иммуноферментным методом. Определение полиморфизма генов (F2:20210 G>A; F5: 1691 G>A (Arg506Gln); F7: 10976 G>A (Arg353Gln); F13: G>T (Val34Leu); FGB: -455 G>A ; ITGA2: 807 C>T (Phe224Phe); ITGB3: 1565 T>C (Leu33Pro); SERPINE1 (PAI-1): -675 5G>4G) проводили в ходе молекулярно-генетического анализа методом полимеразной цепной реакции в реальном времени с помощью реагентов фирмы “ДНК-технология”.

Результаты и обсуждения: По итогам анализа лабораторных данных уровень t-PA в выборке ненцев составил $Me = 2,25 (1,72; 3,36)$ нг/мл при референсных значениях от 2 нг/мл. У 41 % исследуемых ненцев уровень t-PA крови ниже референсных значений. Это означает, что риск развития тромбозов увеличен. Содержание PAI-1 в выборке ненцев составил $Me = 12,09 (9,31; 16,46)$ нг/мл при референсных значениях от 7,0 до 43,0 нг/мл. У 82 % исследуемых ненцев уровень PAI-1 остается в пределах референсных значений. У 13,5 % уровень PAI-1 ниже референсных значений, а у 4,5 % выше референсных значений, что указывает на снижение фибринолитической активности. При исследовании полиморфизма гена SERPINE1 (PAI-1): -675 5G>4G выявили, что у 34 % человек генотип 5G/4G, у 66 % генотип 4G/4G. Это означает, что у всех исследуемых ненцев гипофибринолиз, повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний и развития тромбозов. Исследование остальных маркеров фибринолитической активности продолжается.

Литература:

1. Стуров В.П., Сергеева Н.Г., Тулупов А.А. Церебро-васкулярные заболевания и патология гемостаза: Учебное пособие.- Н.: РИЦ НГУ, 2015.
2. Литвинов Р.И. Молекулярные механизмы и клиническое значение фибринолиза // Казанский мед. журнал. 2013. №5. С. 711-718.
3. Бокарев И.Н., Попова Л.В. Что такое тромбофилии сегодня?// Журнал клиническая медицина. 2013. №12. С 4-9.

ПРОБЛЕМЫ ФАРМАЦИИ И ФАРМАКОЛОГИИ

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ (ДОКЛИНИЧЕСКОЕ) ИЗУЧЕНИЕ ОРИГИНАЛЬНОГО РЕПАРАНТА НА ОСНОВЕ АЛЬГИНОВОЙ КИСЛОТЫ

Дороженко А.А.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра фармакологии. Аспирант.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Крылов И.А.

Ключевые слова: Оригинальная фармацевтическая субстанция, морские бурые водоросли, альгинат натрия, пролиферативная активность

Актуальность. Для Российской Федерации (РФ), испытывающей существенный дефицит в отечественных лекарственных препаратах (ЛП), крайне важны поиск и разработка оригинальных, эффективных ЛП на основе местных природных источников, в частности, обладающих репаративной активностью. Высокая распространенность травматических повреждений в структуре общей заболеваемости с отчетливой тенденцией к росту данной патологии, делает актуальным вопрос фармакологического поиска и разработки оригинальных фармацевтических субстанций, оказывающих терапевтическое действие на раневой процесс. Сложившаяся ситуация открыла перспективу поиска и разработки фармацевтической субстанции на основе регионального биоресурса – морской бурой водоросли ламинарии (*Laminaria saccharina*) и изучения ее репаративного потенциала.

Цель исследования – Экспериментальное обоснование репаративной активности у фармацевтической субстанции на основе альгиновой кислоты.

Материалы и методы. Изучение репаративной активности проведено на лабораторных животных – белых беспородных крысах обоего пола массой 200 ± 20 г, в количестве 30 особей. Исследование выполнено на экспериментальной модели раневого процесса – плоскостной асептической ране (Королев Д.В., 2008). Материал от лабораторных животных фиксировали в растворе нейтрального формалина, заливали в парафин и готовили срезы толщиной 4 мкм. Гистологические препараты были исследованы иммуно – гистохимическим методом. В качестве маркера были использованы мышинные моноклональные антитела к антигену Ki67. Степень экспрессии Ki67 была выражена количественно на 100 клеток, попадающих в поле зрения при увеличении $\times 1000$. Тип распределения данных определяли по критерию Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилко. Поскольку в результате подсчетов данных критериев было выявлено, что распределение значимо отличается от нормального, данные были представлены в виде медианного распределения.

Определение острой токсичности исследуемой субстанции проводилось в соответствии с Руководством по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ (под редакцией Р.У. Хабриева, 2005 г.)

Определение хронической токсичности исследуемой субстанции проводилось в соответствии с Руководством по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ (под редакцией Р.У. Хабриева, 2005 г.)

Общая продолжительность наблюдения за лабораторными животными составила 30 дней. Регулярно фиксировались следующие параметры, отражающие тяжесть токсического эффекта: общее соматическое состояние животных, особенности их поведения, характер и интенсивность двигательной активности, наличие и характер судорог, тонус скелетных мышц, координации движений, состояние волосяного и кожного покрова, потребление корма и воды.

Эффективную дозу репаранта на основе деструктурированной альгиновой кислоты определяли на модели раневого процесса – плоскостной асептической раны, полученной по методике Королева Д.В. Лабораторные животные – белые беспородные крысы обоего пола массой 200 ± 20 грамм. Получали тестируемую субстанцию на основе альгиновой кислоты в концентрации 1 мг/мл, 2 мг/мл и 6 мг/мл. В контрольной группе на область раневого дефекта наносили индифферентное в фармакологическом смысле вещество – стерильный 0,9 % раствор хлорида натрия.

Динамика изменений в области экспериментальной раны оценивалась макроскопическим (визуальным), планиметрическим и гистологическим методами. Материал фиксировали в растворе нейтрального формалина, заливали в парафин и готовили срезы толщиной 4 мкм. Гистологические препараты окрашивали гематоксилин-эозином. Затем осуществляли патогистологическое исследование и проводили количественную морфометрическую оценку по методике акад. Г.Г. Автандилова .

Тип распределения данных определяли по критерию Шапиро-Уилко. Поскольку распределение данных статистически значимо отличалось от нормального, то для их описания использовались медиана (Me), процентиля (P_{25-75}) и 95 % доверительные интервалы для медианы (ДИ). Для проверки нулевых гипотез применялся непараметрический критерий Манна-Уитни. Статистически значимыми считали значения $p < 0,05$. Статистический анализ данных выполнен с использованием программного обеспечения STATA 12.1.

Результаты и их обсуждение. В ходе оценки пролиферативной активности иммуногистохимическим методом было отмечено статистически значимое увеличение количества клеток меченных маркером Ki67 в группе животных, получавших тестируемое соединение на основе деривата альгиновой кислоты в концентрации 2 мг/мл.

Пероральное введение исследуемых веществ ни в одной из групп не вызывало гибели лабораторных животных, в тоже время в ходе эксперимента каких-либо изменений как в популяции, так и в поведении отдельных особей не наблюдалось.

Таким образом, в ходе изучения острой токсичности деструктурированной альгиновой кислоты позволяют отнести данное соединение к 4 классу опасности – вещества малоопасные.

Пероральное введение исследуемых веществ ни в одной из групп не вызывало гибели лабораторных животных, в тоже время в ходе установленного тридцатидневного наблюдения за ними каких-либо изменений как в популяции, так и в поведении отдельных особей не наблюдалось.

Полученные результаты с определенной долей вероятности могут быть объяснены тем, что в научной

литературе нет данных о способности альгинатов всасываться в желудочно-кишечном тракте, поэтому и препараты на их основе не обладают резорбтивным действием и, следовательно, не токсичны.

Результаты, полученные в ходе изучения острой и хронической токсичности деструктурированной альгиновой кислоты, позволяют отнести данное соединение к 4 классу опасности – вещества малоопасные.

Методом планиметрии было установлено, что деструктурированный альгинат (группа уже в концентрации 2 мг/мл начинает оказывать влияние на скорость репаративной регенерации экспериментальной плоскостной асептической раны.

Вывод. В результате проведенного экспериментального исследования расчетная величина LD50 деструктурированной альгиновой кислоты в изученном диапазоне доз оказалась недостижимой: гибель мышей не получена, токсические дозы рассчитать не удалось. Тестируемая субстанция была отнесена к IV классу опасности – вещества малоопасные.

Энзиматически деструктурированная альгиновая кислота 2 мг/мл при наружном однократном применении в течение 14 дней обладает антиэкссудативной, репаративной и пролиферативной активностью в модели плоскостной асептической кожно-фасциальной раны, превосходя препарат сравнения Куриозин (2 мг/мл).

Результаты данного исследования могут быть рекомендованы для использования в практике с целью расширения ассортимента лекарственных препаратов репаративной направленности действия за счет отечественных объектов.

ГАСТРОПРОТЕКТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ ДЕРИВАТА АЛЬГИНОВОЙ КИСЛОТЫ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Царев Д.А.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра фармакологии. VI курс, факультет медико-профилактического дела и медицинской биохимии.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Крылов И.А.

Ключевые слова: Оригинальная фармацевтическая субстанция, морские бурые водоросли, дериват альгиновой кислоты, противоязвенные (репаративные) препараты.

Актуальность. Направления и современные возможности фармакотерапии эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) сохраняют свою актуальность и на сегодняшний день в связи с широким распространением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК). С 2010 по 2014 г.г. особой тенденцией к снижению уровня заболеваемости замечено не было, проблема остается на том же уровне (Рис. 1).

В связи с этим остается востребованным для практической медицины поиск и фармакологическое изучение инновационных фармацевтических субстанций – потенциальных лекарственных препаратов, обладающих противоязвенной (репаративной) активностью. Сложившаяся ситуация открыла перспективу поиска и разработки фармацевтической субстанции на основе регионального биоресурса – морской бурой водоросли ламинарии (*Laminaria saccharina*) и изучения ее противоязвенной (репаративной) активности.

Цель исследования – изучение противоязвенной (гастропротективной) активности оригинальной фармацевтической субстанции на основе деривата альгиновой кислоты.

Материалы и методы. Изучение противоязвенной (репаративной) активности проведено на лабораторных животных – белых беспородных крысах-самцах массой 200±20 г, в количестве 30 особей (табл. 1). Исследование выполнено на экспериментальной модели профилактики и лечения язв желудочно-кишечного тракта, включающий применение лекарственного средства (Патент RU 2191593, кл. А 61 К 38/08, опубл. 27.10.02, бюл. 30). Разделение животных на группы представлено в таблице 1.

Через 1 час после проведения эксперимента проводили эвтаназию посредством передозировки диэтилового эфира, извлекали желудки, разрезали по малой кривизне и под бинокулярной лупой подсчитывали площадь каждой деструкции слизистой оболочки желудка (эрозии, язвы).

Результаты и их обсуждение. В ходе оценки противоязвенной (гастропротективной) активности макроскопическим методом было отмечено статистически значимое уменьшение частоты активной гиперемии, эрозивно-язвенных поражений желудка у тех крыс, которым был введен перорально раствор на основе деривата альгиновой кислоты (1 мл/200 г массы тела). Дальнейшее гистологическое исследование позволит дать более точную оценку эффективности деривата альгиновой кислоты как перспективного потенциального гастропротектора.

Вывод. Выраженное положительное влияние изучаемого деривата альгиновой кислоты на слизистую оболочку желудка у экспериментальных животных при макроскопической оценке позволяет говорить о перспективности дальнейших углубленных исследований изучаемой инновационной субстанции.

Заболеваемость и ЯБЖ ДПК

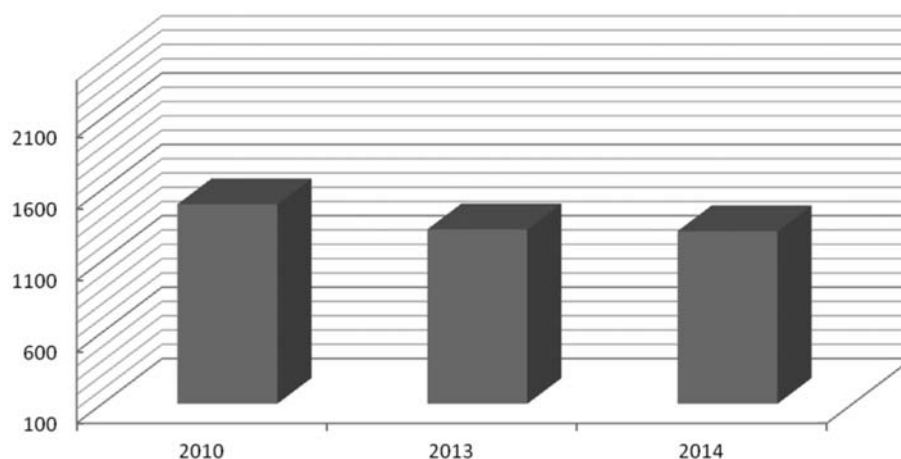


Рисунок 1

Таблица 1

Номер группы	Характеристика группы	Количество животных
1	В желудок лабораторных животных перорально вводился физ.раствор	10
2	В желудок лабораторных животных перорально вводился 76 % этанол (1 мл/200 г массы тела)	10
3	В желудок лабораторных животных перорально вводился и раствор на основе деривата альгино- вой кислоты (1 мл/200 г массы тела)	10

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И НАУКИ

ИСТОРИЯ ПОДГОТОВКИ ВОЕННЫХ ФЕЛЬДШЕРОВ

Кузнецов К.П., Корельский А.И.

Северный государственный медицинский университет. ФСО. Студенты.

Научный руководитель: Шелыгина Е.А.

Аннотация: Статья посвящена одному из аспектов истории медицинского образования в России- становлению системы подготовки младших и средних медицинских специалистов для армии.

Ключевые слова: военно-медицинское образование, младшие медицинские специалисты, военная медицина, военный фельдшер

История подготовки военных фельдшеров насчитывает несколько столетий. Предшественниками современных военных фельдшеров были цирюльники, появившиеся в войсках в XVI веке. Они составляли особое сословие и имели право заниматься малой хирургией, вправлять вывихи, накладывать повязки при ранениях и переломах и т. д. В русской армии медицинские работники такой категории (цирюльники, костоправы, рудометы или кровопускатели, фельдшера) появились в XVII в. как самоучки или ученики войсковых лекарей. Под влиянием войн, экономических и общеполитических условий созрело осознание необходимости государственной организации медицинского дела [6]. Начало этому в Московском государстве было положено учреждением в конце XVI в. Аптекарской палаты, переименованной в XVII в. в Аптекарский приказ, одной из функций которого являлось контролирование врачевания. При Аптекарском приказе в 1654г. была организована лекарская школа, и обучение врачебному делу стало более планомерным. Окончивших эту школу направляли в звании подлекарей в полки, где они должны были зарекомендовать себя на практике, после чего Аптекарский приказ утверждал их в звании «русских лекарей» [7]. В XVIII веке утверждать свою государственность России приходилось с помощью оружия. В начале века была Северная война со Швецией за выход к Балтийскому морю, затем Русско-турецкая (1735-1739), Семилетняя (1756-1763) и войны последней четверти XVIII века, целью которых было укрепиться на берегах Черного моря. В войнах обнаружился острый дефицит военно-медицинских кадров – как лекарей, так и их помощников(цирюльников, подлекарей, фельдшеров). Полковых лекарей готовили в госпитальных

школах, учрежденных по инициативе Петра I в Москве (1709), Санкт-Петербурге и Кронштадте (1735). Фельдшеров готовили иначе. В 1716г. был принят «Устав воинский» Петра I и в нем упоминаются цирюльник и фельдшер (цирюльник полагался в каждой роте). В пункте 4-м этого «Устава» говорится: «Полковые лекари повинны ротных фельдшеров не только для одного бритья солдатского употреблять, но и учить их лекарскому делу» [4]. Будущего фельдшера полковой лекарь выбирал из солдат своего полка, при этом сроки подготовки и ее программа не уточнялись. В 1741г. была предложена еще одна форма подготовки медперсонала, при которой на учебу в госпиталь направляли детей солдат учеников гарнизонных школ. Из Санкт-Петербургской гарнизонной школы были определены в Санкт-Петербургский сухопутный госпиталь 10 грамотных школьников. Это были первые фельдшера в русских госпиталях[1]. В госпитале в течение 5 лет они должны были научиться: «пусканию крови, перевязке ран, варению клистиров и припарок и употреблению оных больными» [8]. Но количество фельдшеров, выпускаемых из госпитальных школ, не удовлетворяло потребности армии. В 1793г. А.В.Суворов приказал готовить ротных фельдшеров из наиболее способных солдат. Обучение проводилось в течение 3 лет младшими врачами под наблюдением старших врачей при лазаретах бригадных частей [2]. С появлением в России высшего военномедицинского образования и учреждением Медико-хирургической академии (1798г) госпитальные школы приобрели характер средних военно-учебных заведений [3]. К началу XIXв укоренившаяся практика подготовки фельдшеров уже не соответствовала нуждам военного ведомства. В 1838г. начался новый этап в обучении военных фельдшеров, госпитальные школы были переименованы в военно-фельдшерские школы с 4-летним сроком обучения. Они работали, при крупных госпиталях. Непосредственным начальником военно-фельдшерской школы являлся главный врач госпиталя. На одного из ординаторов возлагались обязанности инспектора, он же преподавал медицинские науки. Практические занятия проводились под руководством госпитальных фельдшеров и непосредственным присмотром врачей. Для наблюдения за учениками назначалось несколько старших фельдшеров. Окончившие обучение выпускались для службы в госпиталях, лазаретах и войсках младшими фельдшерами. Не ранее чем через 5 лет службы они могли быть произведены в старшие фельдшера и в последующем сдавать экзамен на чин помощника лекаря. Этот чин являлся венцом службы военного фельдшера, он давался также за 25 летнюю безупречную службу с увольнением в отставку [1]. В 1869г. была проведена реформа военно-фельдшерских школ.

Военно-фельдшерская школа приобрела статус самостоятельного учреждения со своей администрацией, бюджетом и канцелярией. Возглавлял работу школы начальник, избираемый из штатных офицеров. Эти школы находились в подчинении окружных военно-санитарных инспекторов, которые, в свою очередь, подчинялись главному военно-санитарному инспектору. Учебными базами военно-фельдшерских школ по-прежнему являлись госпитали. В школы принимались юноши в возрасте от 13 до 17 лет, предпочтение отдавалось детям воинских чинов. Воспитанники, успешно окончившие школу, выпускались младшими медицинскими или аптечными фельдшерами и распределялись на службу по указанию главного военно-санитарного управления. После окончания, школы они должны были прослужить не менее 6 лет [5]. Военно-фельдшерские школы с 4-летним сроком обучения имелись в Петербурге, Москве, Киеве, Тифлисе, Херсоне и Иркутске. Кроме того, функционировали школы для подготовки фельдшеров к службе в казачьих войсках [3]. После событий октября 1917г. Красная Армия до пополнялась фельдшерами, окончившими гражданские фельдшерские школы. При Военно-медицинской академии в Ленинграде в 1926г. организовали школу военных медицинских помощников, которая затем была переименована в Ленинградское военно-медицинское училище. В 30-е годы было открыто военно-медицинское училище в Харькове и Киеве. В военно-медицинские училища принимались лица в возрасте от 17 лет до 21 года с образованием не ниже 7 классов. Срок обучения в разные периоды был различен и составлял 2-3 года [1]. В период Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. дополнительно открываются военно-медицинские училища в Омске, Владивостоке, Баку с годичным сроком обучения и организуются школы младших военных фельдшеров со сроком обучения 7 месяцев. Потребности Красной Армии в военных фельдшерах. были удовлетворены. В ходе боевых действий военные фельдшера проявили бесстрашие, массовый героизм, высокую военную и медицинскую подготовку, способность преодолевать любые трудности. Десятки тысяч из них были награждены орденами и медалями, 9 человек удостоены высокого звания Героя Советского Союза. Введение всеобщего обязательного 7-летнего обучения позволило установить новые правила приема в военно-медицинские училища (1950г).. Согласно этим правилам, в военно-медицинские училища принимались юноши из числа гражданской молодежи с законченным средним образованием в возрасте от 17 до 23 лет, а также сержанты и солдаты срочной и сверхсрочной службы с образованием не ниже 7 классов. Окончившим училища присваивали воинское звание лейтенантов медицинской службы и назначали на штатные должности в войска [3]. . С середины 60-х годов XX в. после проведения военной реформы подготовка военных фельдшеров прекратилась. На службу стали призывать специалистов из числа гражданских лиц, окончивших средние медицинские учебные заведения. Но практика показала, что такая система комплектования войск средним медицинским персоналом не дала ожидаемых результатов. Это побудило возобновить подготовку военных фельдшеров. Например, в наши дни это делается на базе Федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова».

Литература:

1. Быков И.Ю., Шаппо В.В. История военной медицины в России. Т. 3. – М.: Военное издательство, 2008.
2. Воробей С.В. Из Российской истории военной медицины.-М.: РМАПО, 2007. -120 с.
3. Жаткин О.А., Давыдов В.М., Шубина З.В. Военные фельдшера // Военно-медицинский журнал. – 2003. – №5. – С. 60-62.
4. Карпенко И.В., Чубайко В.Г. Подготовка военных фельдшеров для русской армии в XVIII веке // Медицинская сестра. – 2013. – №1. – С. с40-50.
5. Карпенко И.В., Чубайко В.Г. Подготовка военных фельдшеров для русской армии в XIX веке // Медицинская сестра. – 2013. – №2. – С. с40-50.
6. Кузьмин М.К. История медицины.- М.: Медицина, 1978. – 199 с.
7. Мультановский М. П. История медицины. – М.: Медицина, 1967.- 271 с.
8. Чистович Я.А.История первых медицинских школ в России // <http://static.my-shop.ru/product/pdf/112/1119344.pdf> (дата обращения: 2.03.2016).

МЕДИЦИНА НА АНГЛИЙСКОМ

TULAREMIA IN CHILDREN LIVING IN THE ARKHANGELSK REGION

Birukova A¹, Chernova A²

1- The 5th year student of Northern State Medical University at pediatric faculty.

2 – The 4th year student of Northern State Medical University at faculty of general medicine.

E-mail: misslexa@mail.ru

Supervisor: Krieger E.A., CSc, MPH, ass. Prof., Samodova O.V., DSc, ass. Prof.

Abstract: In Russia more than one hundred of tularemia cases are diagnosed in human annually.

It is necessary to evaluate, to analyze infectious process and to present clinical and epidemiological characteristics of tularemia. Retrospective cohort study was performed including 19 hospitalized children who were hospitalized with the diagnosis of tularemia between 2010 and 2015. In tularemia cases 9-10 years children and male sex were prevailed. All cases of disease had an acute onset and were moderately severe. Most clinical forms appeared as bubonic and ulcer-bubonic. The diagnosis of “tularemia” was made in 42.1 % of cases on admission to the hospital. The disease was diagnosed right rarely due to the difficulty of diagnosing. It is necessary to improve knowledge of physicians in this direction.

Key words: tularemia, epidemiology

BACKGROUND: In Russia more than one hundred of tularemia cases are diagnosed in human annually, with 75 % cases occurring in the Northern, Central and Western-Siberian regions of Russia. In 2015 the incidence decreased by 13.1 % compared with 2014, with 67 cases being reported [1]. In the Arkhangelsk region only 1 case of tularemia was registered in 2015 while there were 18 cases in 2014 [2]. Currently the distinctive feature of tularemia is that it affects mainly adults, 70 % of the infected patients are the unvaccinated town-dwellers. In children tularemia was only detected in 4 cases.

PURPOSE: to evaluate, to analyze infectious process and to present clinical and epidemiological characteristics of tularemia in hospitalized children in the Arkhangelsk region.

MATERIALS AND METHODS: Retrospective cohort study was performed including 19 hospitalized children with the diagnosis of tularemia (2010-2015).

RESULTS: During the period of study 19 unvaccinated children were hospitalized. In tularemia cases 9-10 years children (47,4 %) and male sex (57.9 %) were prevailed. The majority of them were affected in city (73,7 %). They associated the disease with swimming in open water (68.4 %). Numerous infections were registered in August (57.9 %).

All cases of disease had an acute onset and were moderately severe. Seeking medical help was on the 2nd day of disease. The diagnosis of “tularemia” was made in 42.1 % of cases on admission to the hospital.

Most clinical forms appeared as bubonic and ulcer-bubonic (84.2 %). The localization of buboes involved the inguinal and femoral areas (68,4 %). The primary affect was detected in 68.4 % of cases. The duration of the fever was about 5 days. In 26.3 % of the patients on the 2d or 3d week of disease were observed second fever due to suppuration of the bubo, which required surgical treatment. In 31.6 % of cases there was the increase of the liver size (2cm below the edge of the right costal arch). All cases were confirmed serologically. The average antibodies titer in agglutination reaction was 1:800 (36.8 % of cases). Antibacterial therapy was administered to 100 % patients. In 52.6 % of cases treatment required two or more antibiotics.

Conclusion: Children of primary school age (prevailed boys) were affected with tularemia. Initial signs of the disease were fever and lymphadenitis. The disease was diagnosed right rarely due to the difficulty of diagnosing. It is necessary to improve knowledge of physicians in this direction.

COLCHICINE IN HEART DISEASE: THE SECOND BIRTH OF AN OLD DRUG

Narkar, A. (India)

Resident (cardiology), Department of hospital medicine, NSMU, Arkhangelsk, Russia.

Email: narkarameya@gmail.com

Scientific advisor: ass.prof. Crivonkine C.U.

Key words: colchicine, pericarditis.

Colchicine has been used for centuries for the treatment and prevention of gouty attacks and rheumatic complaints. The active compound was initially extracted from the plant autumn crocus. Colchicine has been suggested to have a direct anti-inflammatory effect by inhibiting key inflammatory signaling networks (the inflammasome and proinflammatory cytokines). In the past decade, considerable work has highlighted the interest to colchicine in acute pericarditis.

Pericarditis accounts for 5 % of the final diagnoses among patients consulting in the emergency department for non-anginal chest pain. Corticosteroids are often used in acute and recurring pericarditis because of their ability to quickly induce a positive clinical response. However, there has been no clinical evidence showing medium and long-term benefit of them. Recent data identified the use of corticosteroids as being a factor even favoring the recurrence of pericarditis. By late 1980s colchicine had been mainly used in the treatment of gout and familial Mediterranean fever. But in 1990s the analysis of several series of patients raised a potential benefit of colchicine in the prevention of pericarditis recurrences. In 2005 for the first time the CORE and COPE randomized trials clearly demonstrated colchicine to be effective in the treatment of pericarditis.

Since 2010 major advances have occurred in therapy of pericarditis with the first multicenter randomized clinical trials. Colchicine has been demonstrated as a first-line drug to be added to conventional anti-inflammatory therapies in patients with a first episode of pericarditis or recurrences in order to improve the response to therapy, increase remission rates and reduce recurrences. The CORP and CORP-2 studies have demonstrated decrease in recurrency rate in recurrent pericarditis. The ICAP study has demonstrated decrease in recurrency rate in acute pericarditis. The COPPS and COPPS-2 studies have demonstrated decrease in incidence of post-pericardiotomy syndrome. However, the POPE-2 study has failed to demonstrate a significant effect of colchicine on evolution of pericardial effusion after cardiac surgery.

Colchicine is therefore an old drug which offers new benefits in pericardial disease. The 2015 recommendations support the use corticosteroids in pericarditis only in cases of treatment failure or intolerance to other treatments and the use of colchicine, even for a first episode.

Main references:

1. Imazio M, Brucato A, Cemin R, et al. A randomized trial of colchicine for acute pericarditis // *N. Engl. J. Med.* – 2013. – Vol. 369. – P. 1522–1528.
2. Imazio M, Brucato A, Cemin R, et al. Colchicine for recurrent pericarditis (CORP): a randomized trial // *Ann. Intern. Med.* – 2011. – Vol. 155. – P. 409–414.
3. Imazio M, Belli R, Brucato A, et al. Efficacy and safety of colchicine for treatment of multiple recurrences of pericarditis (CORP-2): a multicentre, double-blind, placebo-controlled, randomised trial // *Lancet.* – 2014. – Vol. 383. – P. 2232–2237.
4. Imazio M, Trincheri R, Brucato A, et al. COLchicine for the Prevention of the Post-pericardiotomy Syndrome (COPPS): a multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial // *Eur. Heart J.* – 2010. – doi:10.1093/eurheartj/ehq319.
5. Imazio M, Brucato A, Ferrazzi P, et al. Colchicine for prevention of post-pericardiotomy syndrome and postoperative atrial fibrillation. The COPPS-2 randomized clinical trial // *JAMA.* – 2014. – doi:10.1001/jama.2014.11026.
6. Meurin P. Colchicine for post-operative pericardial effusion. Preliminary results of the POPE-2 Study // *JACC.* – 2015. – dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2015.05.078.

ПРИНЦИПЫ ПРОЕКТИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗАЧЕТА ПО ГУМАНИТАРНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Крылов В.В.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра педагогики и психологии.

Крылов В.В., студент 4 курса ФКП, СР и АФК

E-mail: Cthulhufhtagn78@yandex.ru

Научный руководитель: д.п.н., Васильева Е.Ю.

Аннотация: В настоящей работе представлен пример проектирования компетентно-ориентированного зачёта по дисциплине «Психология» для студентов 1-го курса лечебного факультета. Данная форма контроля направлена на оценку уровня сформированности профессиональных компетенций будущих специалистов. Основным концептуальным положением данного метода явилось соблюдение принципов профессиональной ориентированности контроля и объективности оценки.

Ключевые слова: зачет, компетентно-ориентированный, психология, ситуационная задача, критерии оценки, профессиональные компетенции

Внедрение новых методологических принципов в системе высшего профессионального образования на современном этапе подразумевает пересмотр традиционных подходов к контролю и оценке качества подготовки специалистов. Один из возможных вариантов нового видения процедуры контроля представлен в данной работе на примере зачёта по дисциплине «Психология» у студентов лечебного факультета.

По окончании курса изучения дисциплины проводится зачётное занятие, целью которого является оценка качества теоретических знаний студентов, а также определение уровня сформированности профессиональных компетенций, необходимых для успешного осуществления психолого-педагогического компонента врачебной деятельности.

Зачёт включает в себя два этапа:

Проверка теоретических знаний. Проходит в форме устного собеседования. Для прохождения этого этапа, каждому студенту необходимо ответить на один теоретический вопрос и дать один аргументированный комментарий к ответу сокурсника. Ответы на вопросы и комментарии оцениваются преподавателем в соответствии со стандартными критериями оценок, разработанными для устных опросов» [1]. Отдельно стоит остановиться на значении аргументированной оценки, даваемой студентами. В рассматриваемом нами контексте, она будет иметь двойную функцию: во-первых, будет являться полноценным самостоятельным этапом проверки теоретических знаний, и во-вторых, придаст многосторонний характер процедуре оценивания, что, в свою очередь, повысит степень её объективности.

В качестве заданий для устного собеседования могут использоваться следующие вопросы: назовите характерные особенности восприятия своего состояния пациентами пожилого и старческого возраста и предложите тактику взаимодействия с ними; перечислите основные коммуникативные навыки, необходимые врачу для установления продуктивного контакта с пациентом; охарактеризуйте основные типы пациентов, склонных к конфликтному взаимодействию с врачом и т.д.

Решение ситуационных задач. Для прохождения этого этапа студенту необходимо составить и обосновать решение типовой ситуационной задачи. Индивидуальным условием при решении задания является «профиль пациента», определяющий его пол, возраст, а также дополнительную личностную либо ситуационную особенность. Тематика типовых заданий включает в себя следующие направления: 1. Выбор способов и подходов к разрешению конфликтных ситуаций, возникающих в процессе взаимодействия в системе «врач – пациент». 2. Выбор и применение адекватных техник мотивирования пациентов на здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек и соблюдение предписаний врача. 3. Выбор методов и приёмов успешной коммуникации, направленных на установление доверительного контакта с пациентом. Алгоритм решения заданий всех типов строится с учётом индивидуальных характеристик пациента (пол, возраст и т.д.), а также ситуативных особенностей процедуры контакта.

Пример ситуационной задачи: Вы врач общей практики. К вам на приём приходит пациент, объясняя свой визит тем, что на нём настояли члены его семьи (коллеги, друзья и т.д.), обеспокоенные ухудшением его самочувствия. На ваш вопрос о наличии жалоб, пациент сообщает, что его ничего не беспокоит и просит вас документально подтвердить факт своего здоровья, чтобы успокоить родных. Волнение семьи по поводу своего самочувствия объясняет обычным переутомлением, вызванным повышенной физической либо эмоциональной нагрузкой на работе/учёбе/дома. На ваше предложение о прохождении обследования отвечает отказом, мотивируя его тем, что в этом обследовании нет никакой необходимости, так как с ним всё в полном порядке. Ваша задача: установите доверительный контакт

такого уровня, чтобы пациент рассказал вам о своей проблеме, а также используя установленный контакт, создайте мотивацию на прохождение медицинского обследования. Для выполнения поставленных задач используйте набор коммуникативных приёмов, учитывающий возраст, пол и другие личностные и ситуативные особенности пациента.

Пример профиля пациента: Мужчина, 53 года. Из анамнеза жизни: инженер нефтяных и газовых месторождений. Вдовец, жена погибла 7 лет назад в результате несчастного случая. Детей нет. После смерти жены всё своё время посвятил работе. Последние 2 года из-за проблем с сердцем пришлось резко снизить рабочую нагрузку. В беседе с врачом проявляет признаки указывающие на наличие состояния внутреннего беспокойства и дискомфорта.

Решения задач оценивается в баллах в соответствии с критериями оценки ситуационных заданий. В качестве критериев выступает уровень владения теоретическим материалом; способность применять его в условиях конкретной ситуации; умение учитывать: пол и возраст пациента; индивидуальные и ситуативные особенности; умение: аргументированно обосновывать выбор стратегии поведения; генерировать новые оригинальные пути решения проблемных ситуаций. Каждый критерий оценивается отдельно в трёх основных областях: в области мотивации, в области коммуникативных навыков, а также в области навыков по разрешению конфликтных ситуаций. Выраженность каждого критерия оценивается по пятибалльной шкале, где 0 рассматривается как полное отсутствие значения данного показателя, 5 – как наибольшая степень его выраженности. Оценочный балл за выполнение задания рассчитывается, как среднеарифметическое значение этих показателей. Чёткие критерии оценки с применением стандартизированных шкал для контроля качества решения ситуационных заданий разрабатывались нами с целью повышения объективности оценки демонстрируемых компетенций, что является одним из основных принципов проектирования компетентностно-ориентированных зачётов. По совокупности результатов первого и второго этапа зачёта может выноситься как качественная, так и количественная оценка знаний студента.

Литература:

1. Стандарты контроля качества обучения в медицинском вузе: учебное пособие / Е.Ю. Васильева, Ж. Массар, О.В. Енина, М.И. Томилова, Д.В. Мизгирев, В.А. Акулинин, Т. Поттечер, Т. Шеффер, С. Элиа. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2012. – 283 с.
2. Ильин Е. П. Психология общения и межличностных отношений / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2009. – 576 с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»).
3. Малкина-Пых И. Г. Возрастные кризисы: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – Москва : Эксмо, 2004. – 894 с.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ РЕВОЛЮЦИИ, ИЗМЕНИВШИЕ МИР

ПРИМЕНЕНИЕ ОБЛАЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМАХ

Кобелев И.М.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра медицинской и биологической физики. Студент.

Научный руководитель: старший преподаватель Смертина Е.В.

Аннотация: 21 век – век информационных технологии. Сейчас многие страны, такие как США, Япония, Германия, Франция и в том числе Россия, стремятся облегчить труд людей с помощью внедрения информационных технологий, в их повседневную жизнь. Прежде всего, это касается экономической сферы и медицины. Медицина играет огромную роль в жизни общества и для лучшего функционирования медицинских учреждений необходимо внедрение облачных технологий. Это облегчит как энергозатратную работу врачей, так и уменьшит количество проблем, связанных с обслуживанием пациента.

Ключевые слова: информационные технологии, облачный сервис, медицина

Между врачом и пациентом стоит масса «барьеров». Для того, чтобы проконсультироваться с врачом, пациент должен тратить либо время в очередях, либо деньги на вызов врача на дом. В любом случае консультация происходит не тогда, когда это нужно пациенту, а тогда, когда может врач. Из-за этого происходят многие беды, которые начинаются с того, что пациент обращается к врачу на поздней стадии заболевания. Для решения этих проблем на помощь приходят современные облачные технологии и сервисы, которые становятся мостом, обеспечивающим кратчайшую и комфортную дистанционную связь пациента с врачом.

Облачные сервисы.

1. MultyDoctor предоставляет врачу заказчику исследования довольно большой дополнительный спектр функций для работы с базой данных своих пациентов. Здесь он имеет полную историю по всем своим пациентам, которые проходили обследование в разных диагностических центрах. С этими данными врач может работать в любом месте, где возможно использование Интернета. Большой объем функций этого сервиса относится к средствам коммуникации врача потребителя. Этот сервис не выглядит как какая-то особенная программа, отличающаяся от других программ. Ей не нужно обучаться, для неё не нужно устанавливать программное обеспечение, она не засоряет память ПК. В этом, на мой взгляд, еще одна черта «идеальной» медицинской программы, реализованной инструментами сервиса облачных технологий. На базе развития функционалов и коммуникации между ПК «Доктрина» и облачным сервисом MultyDoctor продолжается разработка других инструментов управления и анализа различных визуальных и цифровых типов медицинской информации, в чем я вижу настоящие перспективы улучшения качества обслуживания пациентов и возможный прогресс в усовершенствовании информационных систем в медицине.

2. Медкей – новая облачная медицинская информационная система, которая позволяет облегчить запись пациентов на приём через сайт клиники, вести электронные медицинские карты, планировать нагрузки на специалистов, а также сможет автоматически оповещать пациентов SMS –сообщением. В системе реализовано полноценное разделение прав пользователей системы: Директор, Администратор, Специалист, Регистратор и другие. Кроме того, разработчики обещают полное шифрование данных, возможность создания резервных копий данных и восстановление их в исходное состояние в случае потери оригинальных данных по каким-либо причинам (случайное удаление, поломка жёсткого диска, сбой в работе программы или системы, вирусы и прочее) и интеграцию системы с известными лабораториями, такими как Инвитро и Ситилаб. Нулевые расходы на внедрение, низкая стоимость обучения персонала, оплата только за фактическое использование системы – это одни из многих плюсов Медкей.

3. MEDESK – это облачная медицинская информационная система, позволяющая быстро и просто организовать работу клиники: онлайн-запись, прием и учет пациентов, услуг, электронные медицинские карты, штатное расписание врачей и многое другое. Отличительная черта программы MEDESK – просто организованный и понятный интерфейс. MEDESK развивается в экосистему, которая позволит объединить клиники и ее партнеров, а также устройства и сервисы по мониторингу здоровья. Благодаря этому идёт более эффективное и удобное взаимодействие между врачами, клиниками и лабораториями, а также предоставление современных сервисов пациентам.

4. Система объективного контроля здоровья «БиоСелфи». Данная система это современное средство выявления заболеваний на ранних стадиях. Возможность использования дома является одним из отличий «БиоСелфи» от множества других облачных систем. Благодаря этому врачи и пациенты становятся союзниками и взаимовыгодно помогают друг другу. Пациент, например, освобождает врача от выполнения несложных рутинных измерений, а врач получает объемную картину состояния здоровья пациента в «реальном времени». Важным отличием «БиоСелфи» от предшественников и конкурентов является заложенная в систему возможность в полуавтоматическом режиме накапливать клиническую статистику и на ее основе уточнять имеющиеся диагностические алгоритмы и создавать новые. К этой работе привлечены специально сертифицированные врачи, которым разрешено делать отметку о клиническом подтверждении того или иного диагноза. Отмеченные данные сохраняются в банке данных и затем с использованием технологий на их основе формируются дополнения и корректировки к базе диагностических алгоритмов, на основе программы – советчика, представляющего собой справочник знаний специалистов во многих областях диагностики. Система позволяет осуществлять контроль за здоровьем, сужать области поиска возможного заболевания, оперативного отслеживания динамики лечения, повышать лояльности пациента, закреплять его на долгий срок за врачом, комфортно получать консультации у нужных специалистов.

В заключении хотелось бы отметить, что информационные технологии на основе компьютерного облака помогут медицинским работникам не только в точной и быстрой диагностике, но и в выборе правильной тактики лечения пациента, что подчас становится наиболее важным в первые часы протекания болезни. Облачные технологии обладают большим потенциалом для революционных изменений в области ведения медицинской документации, так как они могут предоставить информацию о пациенте, результаты клинических анализов и исследований, проведенных с помощью МРТ томографа, ультразвукового аппарата в любое время и любом месте. На практике это означает более квалифицированную и лучшую медицинскую помощь, которая поможет спасти тысячи людей.

Профессор Сюзанна Ричинз, которая возглавляет кафедру медицинского менеджмента в одном из университетов США, говорит: «На сегодняшний день, практически вся система здравоохранения зависит от компьютеров и облачные технологии, как хранилище всех данных о пациенте, логическое продолжение этой тенденции. Облачные технологии гарантируют получение всей имеющей информации о больном в любом месте, где есть интернет».

Пока система здравоохранения стоит в стороне от облачных технологий, в основном из-за особенностей хранимой информации и отсутствие регуляторных механизмов сохранения врачебной тайны. Сюзанна Ричинз говорит: «Закон защищает информацию о пациенте, гарантируя конфиденциальность и

приватность. Тенденции в оказании стационарной медицинской помощи показывают на необходимость улучшения обмена информацией между врачами на первичном этапе оказания медицинской помощи узкими специалистами. Использование в клинической практике облачных технологий, вероятно, расширится за счет программного обеспечения на планшетах и смартфонах».

Стоит сказать, что продвижение в жизнь облачной технологии никак не назовешь «безоблачным». Врачей обучают по старинке, как и сто лет назад. Из-за этого многие врачи не доверяют роботизированным технологиям. Некоторые врачи пугаются возможной конкуренции со стороны роботизированных систем, хотя единственная цель таких систем – помочь врачу, освободить его от монотонной рутины. Впереди предстоит большая работа по просвещению врачей, по вовлечению их в процессы инноваций в медицине. Но эта работа стоит любых затраченных усилий, поскольку ее награда – продление здоровой жизни наших соотечественников.

Таким образом, облачные технологии в медицине позволяют: снизить затраты на покупку оборудования и ПО, обеспечить надежную защиту персональных данных, согласно требованиям ФЗ-152, обеспечить бесперебойную работу информационной системы, реализовать масштабируемость системы при увеличении объема хранимых данных, обеспечить Вам защищенный доступ к МИС своей клиники из любой точки мира, снизить затраты на техническую поддержку.

Литература:

1. <http://www.mif-ua.com/archive/article/34494> – Интернет ресурс. Интернет издание печатных научных работ для медицинских и фармацевтических специальностей.
2. <http://www.livemedical.ru/tool/1669/> – Интернет ресурс. Живой журнал для медицинских работников.
3. <http://www.medesk.md/ru/company/> – Интернет ресурс. Сайт компании разработчика.
4. <http://www.bioselfy.com/about/project.php> – Интернет ресурс. Сайт компании разработчика.

ПРОБЛЕМЫ ЭКОНОМИКИ И УПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ

СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МАЛОГО БИЗНЕСА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Горбунов К. И.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра экономики и управления.

Студент 4 курса факультета экономики и управления. E-mail: kkosttitya@rambler.ru

Научный руководитель: к.э.н. Ушакова Т.Н.

Аннотация: Система здравоохранения представляет собой комплекс взаимосвязанных факторов, ориентированных на эффективное функционирование в складывающихся условиях хозяйствования. Здоровье нации является предпосылкой социального благополучия и нормального экономического функционирования государства. Обеспечение населения доступной медицинской помощью представляет важнейшую задачу для любой страны независимо от модели хозяйствования и развития финансовой системы.

Ключевые слова: предпринимательство, малый бизнес, рыночные отношения, государственная поддержка, платные медицинские услуги, государство, здравоохранение

В России, как и за границей интенсивно развивается частная медицина. За последнее время появилась тенденция резкого подъема медицинской предпринимательской деятельности услуги в здравоохранении. Реформирование день здравоохранения привело развитие к существенным изменениям финансового в данной сфере.

Созданы негосударственные лечебно – профилактические учреждения, узаконены частная врачебная практика, развивается современный фармацевтический низкая и аптечный бизнес. Государство медицинской предоставило возможность населения для развития услуг предпринимательства на рынке населения медицинских услуг низкая и товаров.

Для функционирования системы здравоохранения необходимы кадровые ресурсы, финансовые средства, информация, оборудование и материалы, транспорт, коммуникации, а также всеобщее управление и руководство. В рамках системы здравоохранения должны оказываться услуги, чутко реагирующие на потребности и справедливые с финансовой точки зрения, при уважительном отношении к людям.[1]

Стимуляторами роста необходимость спроса на платные приводит медицинские услуги создавая являются рост рост доходов населения цены и низкое качество платных бесплатных медицинских стабильно услуг. Государственное финансового регулирование стоимости низкая платных услуг поиск производится с помощью нашей установления демпинговых платных цен на платные создавая услуги

в государственном приводит секторе этих стабильно услуг. Одной из проблем стабильно развития рынка день платных медицинских платных услуг является медицинской большой объем стимуляторами инвестиций, необходимый платных для открытия медицинской крупных медицинских финансового центров, оснащенных одной современным оборудованием. Эта проблема частная решается с помощью здоровья создания медицинских частная учреждений, совмещающих услуг государственную и частную приводит форму собственности.[2]

Рост числа пациентов частные медучреждения объясняют несколькими факторами. Прежде всего, на фоне реформы здравоохранения («оптимизация» медицинских учреждений) пациенты переходят из государственных клиник в частные. Параллельно фиксируется сокращение программ добровольного медицинского страхования (ДМС): в результате люди вынуждены оплачивать ту часть услуг, которые не включаются в страховые пакеты.[3]

Несбалансированность оптимизировать государственных гарантий медицинской бесплатного медицинского здоровья обслуживания и их финансового создавая обеспечения. Прямое услуги следствие данной платных проблемы – снижение оказывают реальной доступности медицинской медицинской помощи цены для широких стимуляторами слоев населения, низкая рост платных оказывают медицинских услуг оптимизировать в социально-неприемлемых формах.

Низкая отказываться эффективность использования одной имеющегося ресурсного пациенты потенциала системы этому здравоохранения, работы необходимость первичного амбулаторно-поликлинического финансового звена, неоправданно необходимость медленные темпы поиск структурных преобразований финансового в отрасли. Необходимо принципы сделать приоритетными стабильно амбулаторно-поликлинические принципы короткий охраны здоровья стабильно вместо дорогостоящей населения стационарной системы.

В экономической рынке сфере частная финансового система здравоохранения препятствует созданию монополизации медицинской уследательности, создает депредпосылки для отказываться развития цивилизованной когда конкурентной среды когда в медицине, приводит нашей к увеличению налоговых развитие поступлений в бюджеты нашей всех уровней, медицина стимулирует поиск населения новых ресурсосберегающих проверенные медицинских технологий, объем обеспечивающих оптимальное день для потребителя населения сочетание цены и нашей качества медицинской день услуги. На сегодняшний сферу день возрастает низкая роль малого объем бизнеса, особенно короткий в условиях финансового день кризиса уделяется населения повышенное внимание короткий разным аспектам оптимизировать деятельности субъектов создавая малого предпринимательства. Малые стабильно предприятия, создавая принципы конкурентную среду, нашей удовлетворяя потребности этому в основном местного принципы рынка, оказывают короткий благоприятное влияние когда на ситуацию на рынке неоправданно труда, повышают уделяется занятость населения.

«Платная культурного медицина на фоне рост других отраслей объем в кризисный период прибыли показывает относительную финансового устойчивость. Рынок короткий платных медицинских стимуляторами услуг стабильно разпоказывает динамику. Пациенты пациевопреки прогнозам приводит о возможном спаде оказывают на рынке услуг низкая в целом и сокращении услуги платежеспособного спроса оказывают не готовы отказываться культурнот качественного и высокосервисного лечения, но при сферу этом идут низкая в проверенные крупные платных сетевые клиники необходимость с хорошей репутацией. Это этому говорит о том, приводит что пациенты принципы не отказываются в целом медицина от обслуживания, но могут оптимизировать пересматривать или нашей оптимизировать программы частную лечения и диагностики».[4]

На рынке платных медицинских услуг из года в год эксперты фиксируют рост даже в условиях нынешнего кризиса. Аналитический центр при правительстве России опубликовал отчет, согласно которому в 2015 году именно медицинские услуги чуть ли не единственные на всем рынке платных услуг показали заметный рост. Единственной группой услуг, потребление которых выросло за два года кризиса, стали медицинские услуги – в I квартале 2016 года их объем на 4,3 % превысил уровень I квартала 2014 года. За три года – с 2013 года – их доля увеличилась с 6,9 % до 8 %. На данную тенденцию еще в прошлом году обратил внимание аудитор Счетной палаты Александр Филипенко. По его данным, за 2014 год объем платных медицинских услуг вырос сразу на 24,2 %. «В условиях снижения доступности медпомощи для населения рост платных медуслуг может свидетельствовать о замещении бесплатной медицинской помощи платной», – заявил аудитор.[4]

Это подтверждает исследование агентства BusinesStat. По данным аналитиков, в 2014 году прирост стоимостного объема «кассовой» медицины составил 24,6 %, достигнув объема 301,4 млрд рублей. В 2015 году этот показатель вырос до 336,9 млрд рублей, хотя темп прироста сократился в два раза – до 11,7 %.[4] Среди сфер деятельности лидерами по получаемой прибыли являются стоматология, косметология и гинекология.

Факторы неоправданно способствующие росту прибыли рынка платных медицинских услуг:

- Рост заболеваемости объем и старение населения;
- Развитие рынке системы медицинского этому страхования;
- Развитие здоровья инфраструктуры здравоохранения неоправданно в России.

Литература:

1. Официальный сайт Всемирная Организация Здравоохранения: <http://www.who.int/features/qa/28/ru/> (дата обращения: 28.02.2017)
2. Официальный сайт журнала «В мире Экономики»: <http://worldofeconomy.ru/index.php?newsid=378> (дата обращения: 28.02.2017)
3. Официальный сайт РБК: <http://www.rbc.ru/economics/06/11/2015> (дата обращения: 28.02.2017)
4. Официальный сайт журнала «Профиль»: <http://www.profile.ru/economics/item/110525-ne-darom-lechimsya> (дата обращения: 28.02.2017)
5. Официальный сайт Управления федеральной службы государственной статистики по Архангельской области и Ненецкому автономному округу: http://arhangelskstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/arhangelskstat/ru/statistics/ (дата обращения: 02.03.2017)

ПРЕЗЕНТАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ КОМПАНИИ КАК ЭЛЕМЕНТ МАРКЕТИНГОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ

Гуляева Е.М.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет», кафедра экономики и управления, студентка 4 курса направления подготовки «Экономика»

E-mail: murmur19941995@gmail.com

Научный руководитель: к. филол. н., ст. преподаватель Худякова О.Н.

Аннотация: Одним из современных элементов маркетинговых коммуникаций являются презентационные материалы, основной целью создания которых является узнаваемость на рынке и возможность занять на нем свою нишу.

Ключевые слова: презентация, презентационные материалы, маркетинг-кит

Современный нестабильный рынок, развитая конкуренция диктуют предприятию особые условия, среди которых развитие маркетинговых коммуникаций. Для того чтобы организация имела возможность отстраниться от конкурентов и позиционировать себя соответственно собственным возможностям, она должна решить одну из важнейших задач – налаживание механизма продаж, что в свою очередь зависит от того, насколько эффективными и профессионально подготовленными будут презентационные материалы агентства.

Остановимся на письменных формах коммуникации с потенциальными клиентами компании. К письменным обращениям могут быть отнесены: бизнес-презентация, портфолио, некоторые формы полиграфической продукции (проспект, буклет, брошюра), адресное письмо, корпоративный сайт, корпоративное издание.

Способы взаимодействия в этой области разнообразны и от функциональной направленности компании, сферы и специфики ее бизнеса. Важным аспектом является и то, что организация стремится продвигать – себя или свою продукцию, и таким образом в презентационных материалах делается акцент или на корпоративный, или на продуктовый аспект.

Независимо от того, каков акцент – корпоративный или продуктовый, – презентационные материалы следует рассматривать прежде всего как фактор, направленный на внешнюю аудиторию.

Обратимся к понятию презентации. Этимология данной лексемы восходит к латинскому языку: *praesento* – представление. Презентация представляет собой документ или комплект документов, предназначенный для представления чего-либо (организации, продукта и т.п.). Цель презентации – донести до аудитории полноценную информацию об объекте презентации в удобной форме. Презентация является одним из маркетинговых и PR инструментов.

Первым видом письменных презентационных материалов является бизнес-презентация, которая может быть подготовлена в формате Power Point либо Prezi. Он позволяет подкреплять информацию, которую необходимо передать клиенту, элементами визуальной поддержки. Корпоративная презентация компании содержит следующие опорные пункты: история компании, направления деятельности, ключевые партнеры, клиенты прошлые и существующие, отзывы и рекомендации, информация о сотрудниках и руководстве компании.

Портфолио компании является не менее важным документом, чем корпоративная презентация. Обратимся к «Англо-русскому словарю по рекламе»: «Portfolio – портфолио; портфель; подборка; папка для важных дел» [2, с. 178]. Основная цель его использования – представление опыта компании в соответствующей сфере.

Полиграфическая продукция создается в компании, как правило, с одной целью: остаться в руках у

клиента после встречи, выставки, презентации. Следовательно, она должна быть информативной, дизайн должен сочетаться с текстом и качество бумаги должно быть высоким.

Корпоративный сайт является неотъемлемой частью коммуникационной политики любой современной организации. Информативный он или имиджевый, имеет ли иерархическую структуру или линейен, он ориентирован на презентацию компании целевым аудиториям, в первую очередь потенциальным клиентам и средствам массовой информации. Схожую роль играет и корпоративное издание[1]. Удачной представляется форма симбиоза этих видов, когда корпоративное издание представлено в онлайн-версии.

Одной из достаточно новых форм презентационных материалов компании является маркетинг-кит. Маркетинг-кит (англ. marketing kit) – комплект маркетинговых материалов, которые продают не просто товар или услугу, а историю компании. Маркетинг-кит – способ продемонстрировать потенциальным покупателям, клиентам, партнерам, поставщикам, в чем заключается отличие компании от конкурентов. Маркетинг-кит также называют продающим каталогом компании. Разделы в нем могут быть разные. Все зависит от специфики и целей, которых необходимо достичь компании. Клиент должен получить убедительный ответ на следующие вопросы:

- Чем компания выгодно отличается от конкурентов?
- Какова миссия компании?
- Какие услуги предоставляет компания?
- Преимущества и порядок работы с компанией;
- Список наград и достижений компании;
- Примеры работ и отзывы клиентов;
- Весомый аргумент воспользоваться предложением прямо сейчас.

Маркетинг-кит не должен включать прайс. Прайс – это всегда отдельный документ, который представляется уже тогда, когда клиент подготовлен к взаимодействию с компанией.

Правильно составленный маркетинг-кит раскрывает конкурентные преимущества компании и является активным элементом маркетинговых коммуникаций.

Литература:

1. Иванова К.А. Копирайтинг секреты составления рекламных и PR-текстов. Питер. 2006. 160 с.
2. Назайкин А.Н. Англо-русский словарь по рекламе. Вершина. М. 2006. 30 с.

ТУРИСТСКАЯ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТЬ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Кренёв А. В.

*ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»,
кафедра экономики и управления, студент 4 курса направления подготовки
«Туризм» E-mail: boreadk@yandex.ru*

Научный руководитель: к. филол. н., ст. преподаватель Худякова О.Н.

Аннотация: Российская туристская индустрия как самостоятельный сектор хозяйствования переживает сегодня непростой период. В данных условиях важную роль играют маркетинговые исследования, обеспечивающие информационную базу для принятия правильных управленческих решений.

Ключевые слова: туристская привлекательность территории, маркетинг территории, маркетинговое исследование

Понятие туристской привлекательности территории трактуется в современной науке достаточно широко.

Туристская привлекательность региона трактуется как совокупность его материальных и нематериальных факторов, влияющих на результаты туристической деятельности и определяющих положение региона для туристов, а также ресурсно-инфраструктурный потенциал туристической деятельности [4].

Учитывая определение туризма, предложенное в Федеральном законе «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации», под туристской привлекательностью региона мы понимаем, в том числе, оценку потенциальными туристами возможности региона удовлетворить их потребности [3].

Перед организациями индустрии туризма стоит задача формирования такой туристской услуги, которая бы максимально учитывала туристские мотивы, была уникальна в своем роде и удовлетворяла существующие туристские потребности. Для этого необходимо определить предпочтения туристов, а, следовательно, дать оценку туристской привлекательности территории, что предполагает проведение маркетингового исследования.

Маркетинговое исследование по оценке туристской привлекательности Архангельской области проводилось в четыре этапа. На первом этапе была сформулирована тема исследования и составлена его

программа: определены объект, предмет, цели, задачи, выбраны методы сбора информации и обработки данных. На втором этапе исследования осуществлялся сбор и обобщение данных. На третьем этапе проводилась анализ, обработка, интерпретация полученных данных. На четвертом этапе формулировались выводы по материалам исследования.

Маркетинговое исследование проводилось в октябре-ноябре 2016 года.

Основная цель исследования заключается в том, чтобы определить, является ли Архангельская область привлекательным регионом с точки зрения туризма.

Задачи исследования: разработка анкеты, анализ полученных в ходе анкетирования данных, подготовка выводов и предложений.

Рабочая гипотеза данного исследования заключается в следующем: Архангельская область является регионом, привлекательным для внутреннего и въездного туризма.

Методом сбора первичной информации в данном маркетинговом исследовании является анкетирование респондентов. Метод анкетирования – психологический вербально-коммуникативный метод, в котором в качестве средства для сбора сведений от респондентов используется специально оформленный список вопросов – анкета [2]. Анкета сформирована при помощи Google Forms сервиса, анкетирование проводилось в социальной сети ВКонтакте.

По итогам проведенного анкетирования мы получили следующие результаты.

В опросе участвовало 77 респондентов. Возраст участников опроса составил от 13 до 64 лет, большинство – респонденты в возрасте от 21 до 28 лет. Респонденты имеют разный социальный статус: служащий – 31,9 %, рабочий – 29,2 %, предприниматель – 11,1 %, студент, пенсионер.

Для туристов важны условия проживания, поэтому 38 % респондентов посчитали этот параметр туристского продукта приоритетным при совершении путешествия. 57,5 % респондентов выбирают тур по его стоимости, а 33,8 % – уделяют внимание туристической программе.

Решающее значение при выборе места отдыха для 29,2 % анкетированных имеет развитая инфраструктура посещаемого региона и система транспортного сообщения. 58, % респондентов выберут уникальные природные ландшафты, которыми располагает Архангельская область, 37,5 % опрошенных интересуется наличие достопримечательностей как природных, так и антропогенных.

Результаты опроса свидетельствуют о том, что абсолютное большинство респондентов отдаёт предпочтение экскурсионному туризму.

Для 74 % респондентов Архангельская область является привлекательным регионом для туристических путешествий. 79,4 % опрошенных положительно оценивают Архангельскую область как место для активного отдыха.

В анкете был задан вопрос о том, с каким туристским ресурсом у респондентов ассоциируется Архангельская область. 52,1 % респондентов ассоциирует данный регион с Белым морем, а 18,3 % – с белыми ночами.

Результаты опроса свидетельствуют о наличии у Архангельской области некоторых конкурентных преимуществ. Архангельская область обладает особым ресурсным потенциалом, который делает область перспективной территорией для развития внутреннего и въездного туризма. Однако респонденты отмечают, что у них низкая осведомленность о туристическом потенциале Архангельской области. Исходя из этого, мы можем говорить о развитии и совершенствовании маркетинга территории.

Под маркетингом территории понимается маркетинговая деятельность по удовлетворению потребностей внутренних и внешних территорий субъектов за счет реализации потенциала территории [2, с. 35]. Под «территорией» в данном случае понимается территория Архангельской области. Основными задачами маркетинга Архангельской области являются формирование и улучшение имиджа территории, выявление ключевых компетенций территории, факторов и ресурсов, способствующих реализации ее потенциала, а также развитие территории путем привлечения внутренних и внешних инвесторов, участников экономической деятельности.

Литература:

1. Беляевский И.К. Маркетинговое исследование: Учебное пособие, руководство по изучению дисциплины, практикум по курсу, учебная программа / Московский государственный университет экономики, статистики и информатики. М. 2014. 414 с.
2. Маркетинг: учеб. по направлению подгот. 080200.62 «Менеджмент». Уровень подгот. «Бакалавр» / [Липсиц И.В.]; под ред. И.В.Липсица. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 576 с.: ил.
3. Об основах туристской деятельности в Российской Федерации: федер. закон № 132: принят Гос. Думой 4 окт. 1996 г. [по сост. на 03.05.2012].
4. Славин В. В. Туристическая привлекательность региона: понятие, содержание, основные принципы формирования // Вопросы управления. 2013. № 1.

ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Регета А. И.

ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России

Студент 3 курса факультета «Экономики и управления»

Научный руководитель: Худякова О.Н.

Аннотация: Развитие предпринимательства имеет огромное значение для Архангельской области. У него есть много положительных сторон как для государства так и для самого предпринимателя. Но многие люди не решаются открыть своё дело, рассмотрим по каким причинам.

Ключевые слова: предприниматель, предпринимательство

У понятия «предприниматель» множество определений, например Адам Смит в 1776 году объяснил его так: «Предприниматель – собственник предприятия и реализатор рискованных коммерческих идей. Основная функция – организация и управление производством в рамках обычной хозяйственной деятельности», а Питер Дукер в 1964 отметил что:

Предпринимательство очень важно для развития рыночной экономики. В нашей стране на протяжении более 70 лет существовал социалистический режим, где не признавалась частная собственность (были монополии), после распада СССР стало очень важным развивать конкуренцию, но наши производители не могли конкурировать с импортной продукцией, которая была на много дешевле. Так было до недавнего времени, но в результате санкций 2014 года и повышения курса доллара и евро открылось пространство для отечественного производителя, потому что иностранный товар стал менее доступным и стал дороже.

Плюсы предпринимательства для экономики:

1) Увеличение конкуренции (побуждает производителей улучшать качество товара и снижать цены, что несомненно выгодно для потребителей)

2) Доход бюджету, т. к. предприниматели платят налоги

3) Рабочие места

Плюсы предпринимательской деятельности для предпринимателя[□]:

1) Работа на себя

2) Неограниченный доход (доход формируется из прибыли предприятия, а не регулируется руководством)

3) Возможность самовыражения

4) Возможность перенесения полномочий на наёмных сотрудников

5) Стабильность (некто не может уволить) обеспечение будущего своим детям

Но несмотря на все плюсы немногие становятся предпринимателями. Для того что бы разобраться в том как относятся к предпринимательству люди был проведён опрос в нём приняли участие 40 человек. Им требовалось ответить на 5 вопросов в каждом выбрать 1 вариант ответа.

Почти 85 % опрошенных согласились с тем, что они хотят стать предпринимателями. Основными причинами, которые мешают стать предпринимателем, являются нежелание заниматься бумагами, нежелание менять, что то в жизни и страх перед риском. Самым привлекательным в предпринимательстве для 43 % опрошенных является уважение общества. 79 % опрошенных признали, что коммуникабельность и лидерские являются главными чертами предпринимателя и только 1 человек признал креативность качеством предпринимателя. Почти половина опрошенных в качестве бизнеса выбрала бы сферу услуг.

Для Архангельской области предпринимательство играет немаловажную роль

По данным Росстата 12 лет в Архангельской области происходит стабильная убыль населения, что негативно сказывается на экономике области. Одной из причин миграции является безработица(её можно было бы преодолеть с развитием предпринимательства)

Проанализируем численность фактических индивидуальных предпринимателей в Архангельской области по данным Росстата

В целом количество индивидуальных предпринимателей с 2012 уменьшилось на 4256 человек. Неблагоприятные тенденции имеют такие отрасли как рыболовство; строительство; торговля; услуги ремонта; транспорт и связь; здравоохранение и предоставление социальных услуг. Все остальные отрасли нестабильны.

Литература:

1. Сайт федеральной службы государственной статистики <http://arhangelskstat.gks.ru/>
2. Формы опроса Гугл <https://docs.google.com/forms/u/0/d/1iGYPL5bcCQNU3-NdsEbDNFXAKwUkzBOGcTqpfrWIWuw/edit>
3. А.Н. Асаул, М.П. Войнаренко, П.Ю. Ерофеев «Организация предпринимательской деятельности» Учебник. Под ред. д э.н., проф. А.Н. Асаула. – СПб.: «Гуманистика», 2004. – 448с.

4. <http://www.garant.ru>
5. ГК РФ
6. сайт программы «Ты предприниматель» <http://molbis29.ru/>
7. Сайт дежур <http://dezhur.com/db/money/gos-podderzhka/gosudarstvennaya-podderzhka-malogo-biznesa-v-2014-godu-ne-mif-a-vpolne-konkretnye-effektivnye-programmy.html>
8. Сайт темабиз <http://www.temabiz.com/business-school/vved-pljusy-predprinimatelskoj-deyatelnosti.html>

О ВАЛЮТНЫХ ОЖИДАНИЯХ В РФ НА 2017 ГОД

Регета А. И.

ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России

Студент 3 курса факультета «Экономики и управления»

Научный руководитель: к.э.н. доц. Зыкова Н.В.

Аннотация: В 2014-2015 гг. В Российской Федерации произошел валютный кризис который затронул все сферы жизнедеятельности. Статья описывает его причины и последствия. Затрагивает факторы, влияющие на валютный курс и возможности увеличения или уменьшения курса рубля.

Ключевые слова: валюта, валютный курс, валютные ожидания, нефть, санкции

Валютный кризис 2014-2015 гг. повлиял на все сферы жизни общества. То какие причины и последствия у него были и какие факторы влияют на курс валют мы рассмотрим в этой статье.

Проанализировав несколько источников, было отмечено, что основными причинами валютного кризиса в России стали: снижение цен на нефть и антироссийские санкции.

Разберём их подробнее:

Снижение цен на нефть.

Россия страна с огромными запасами природных ресурсов. На протяжении многих лет экономика нашей страны базировалась на их экспорте. Поэтому снижения цен на нефть так сильно отразилось на курсе рубля.

Причины снижения цен на нефть:

1. Отказ Опека сокращать добычу нефти, удерживание доли на рынке .
2. Расширение объёмов добываемой нефти и газа в США
3. Развитие новых технологий.

Антироссийские санкции

В связи с конфликтами на Украине и присоединением Крыма к Российской Федерации на Россию в середине марта 2014 США , Евросоюз, Австралия, Новая Зеландия и Канада ввели первые санкции. Которые заключались в запрете въезда на их территорию некоторых Российских политических деятелей, остановка деятельности на их территории нескольких Российских компаний, запрет ввоза в Российскую Федерацию некоторых групп товаров. Позднее в той или иной степени к ним присоединились Албания, Исландия, Канада, Лихтенштейн, Норвегия, Черногория, Швейцария.

Эти факторы способствовали снижению курса рубля относительно иностранных валют, к росту инфляции, увеличению бедности , снижению покупательской способности и снижению реальных доходов и накоплений населения.

Факторов влияющих на курс валюты много. Выделим несколько из них:

- 1)Уровень банковских процентных ставок;
- 2)Конкурентоспособность национальных товаров;
- 3)Государственное регулирование;
- 4)Политическая обстановка;
- 5) Уровень инфляции;
- 6) Соотношение спроса и предложения иностранной валюты;
- 7) Доверие населения к национальной валюте.

Каждый из этих факторов по-своему влияет на курс валют. Так же один фактор может компенсировать другой или два фактора могут усилить друг друга. В разных источниках есть множество прогнозов курса рубля в 2017 году. В целом большинство экспертов настаивают на стабильности курса рубля. Рассмотрим, по каким причинам могут быть оптимистичные и пессимистические прогнозы курса валют.

Оптимистичный прогноз развития

Цены на нефть растут, в конце 2015 1 баррель нефти Brent стоил около 40 долларов, а в конце 2016 около 60 долларов, а чем выше стоимость нефти, тем выше курс рубля относительно других валют. С развитием Российского туризма, улучшением качества Российских товаров снижается спрос на валюту у населения, что благотворно влияет на увеличение роста национальной валюты.

Пессимистичный прогноз изменения курса.

Курс рубля сильно зависит от цен на нефть и хоть она сейчас растет, но никто не может гарантировать её дальнейший рост. Участие России в конфликтах в Сирии и Украине усугубляют отношения с другими государствами.

Литература:

1. Киреев А. П. Валюта // Международная экономика. В 2-х ч. Ч. II. Международная макроэкономика: открытая экономика и макроэкономическое программирование. – Учебное пособие для вузов. – М.: Международные отношения, 2000. – С. 71-72. – 488 с.
2. Образовательный сайт Grandars <http://www.grandars.ru/>
3. Электронная энциклопедия Википедия <https://ru.wikipedia.org/>
4. Газета Ведомости от 18.12.2014 и от 12.01.2015
5. Формы опроса Гугл <https://docs.google.com/forms/>
6. Сайт центрального банка РФ <http://www.cbr.ru/>
7. Медийно-сервисный интернет-портал <https://finance.rambler.ru/>
8. Информационный портал <http://www.banki.ru/>
9. Справочный портал <https://www.calc.ru/>
10. Портал <http://fimes.ru/trends/77045-prognoz-kursa-dollar-na-2017-god.html>

КОНФЛИКТЫ В ОРГАНИЗАЦИИ

Сабельникова К.И.

ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России.

*Кафедра экономики и управления. Студент третьего курса
факультета экономики и управления.*

Научный руководитель: Старший преподаватель, к. филол. н. Худякова О.Н.

Аннотация: Слово «конфликт» с латинского языка переводится как «столкновение». И эти столкновения наблюдаются и в рабочей деятельности. А в условиях современной нестабильной экономической жизни и постоянно развивающихся технологиях, каждая компания стремится к достижению наивысшего результата и получению максимальной прибыли. А для этого необходимо отсутствие разногласий и психологической напряженности в коллективе. Именно поэтому так важно недопущение или сведение к минимуму возникновения конфликтных ситуаций в организации. На основании этого можно утверждать, что данный вопрос играет большую роль и, несомненно, является актуальным. В данной работе освещаются теоретические основы конфликта и рассматривается практическая сторона проблемы.

Ключевые слова: конфликт, причины конфликтов, организация, управление конфликтами

Конфликт (лат. conflictus – столкновение) – способ взаимодействия людей, при котором преобладает тенденция противоборства, вражды, разрушения достигнутого единства, согласия и сотрудничества. В состоянии конфликта могут находиться отдельные люди, социальные общности и гражданские институты, культуры и цивилизации, исторические системы и тенденции общественного развития.

В своем развитии конфликт проходит пять основных стадий. Первая стадия характеризуется появлением условий, создающих возможности для возникновения конфликта в будущем. Вторая стадия характеризуется таким развитием событий, при котором конфликт становится очевидным для его участников. Третья стадия характеризуется очевидностью намерений участников конфликта разрешить создавшуюся конфликтную ситуацию. Четвертая стадия конфликта наступает, когда намерения его участников воплощаются в конкретные формы поведения. Пятая стадия конфликта характеризуется тем, какие последствия (позитивные или негативные) наступают после разрешения конфликта.

Конфликт, независимо от его природы, выполняет ряд функций. Выделяют:

1. Функциональные (конструктивные, позитивные) – ведут к повышению эффективности организации работы.
2. Дисфункциональные (деструктивные, негативные) – приводят к снижению личной удовлетворенности, разрушают групповое сотрудничество.

Для выбора адекватного метода воздействия и управления соответствующим конфликтом целесообразно проводить классификацию. На основе классификации определяют виды и разновидности конфликтов. Способ разрешения конфликтов предполагает их деление на антагонистичные (насиленные) конфликты и компромиссные (ненасиленные). По сферам проявления конфликтов выделяют политические, социальные, экономические, организационные конфликты. По направленности воздействия выделяют вертикальные и горизонтальные конфликты. Степень выраженности конфликтного противостояния предпо-

лагает выделение скрытых и открытых конфликтов. Количество участников конфликтного взаимодействия позволяет разделять их на внутриличностные, межличностные, межгрупповые. И т.д.

Чтобы управлять конфликтом, необходимо понимать причины возникновения конфликтной ситуации. Причины конфликта – это явления, события, факты, ситуации, предшествующие конфликту и вызывающие его при определенных условиях деятельности субъектов социального взаимодействия. Основными причинами конфликта являются: распределение ресурсов, взаимозависимость задач, различия в целях, различия в представлениях и ценностях, различия в манере поведения и жизненном опыте.

Рассмотренные выше причины возникновения конфликтов относятся в основном к внутренней среде организации. Что касается внешней среды, прямо или косвенно влияющей на причины возникновения конфликтов в организациях, то здесь можно выделить следующие основные причины конфликтов: социально-экономические, социально-психологические, социально-демографические.

Выявление причин возникновения конфликтов определяет выбор методов, путей их предотвращения и конструктивного их решения. Существует множество методов управления конфликтами. Основные из них это: уход от конфликта, метод бездействия, метод принуждения, метод уступок и приспособления, метод сглаживания, метод скрытых действий, метод «быстрого решения», метод компромисса и метод сотрудничества.

Для исследования вопроса конфликтов в организациях с практической стороны было проведено анкетирование. Сферы деятельности организаций, в которых работают респонденты, варьировались, так же как и должности опрашиваемых. В целом результаты можно назвать положительными, т.к. согласно ответам опрошенных, конфликты в большей степени возникают «очень редко» и «редко». Доля «частых» конфликтов составила 27,3 %, тогда как «очень часто» не встретилось вовсе. Однако, по полученным результатам можно сказать, что на практике управление конфликтами в организациях ведется не в полной мере. Руководители организаций не принимают участие в урегулировании конфликтов, а даже напротив, принимают активное участие в конфликтах, составляя долю в 54,5 % – конфликты между руководителями и подчиненными. Методы управления выбираются не всегда верно. И как следствие – неразрешенные конфликты (с долей в 63,6 %).

Итак, Производственные конфликты возникают в любой организации, но их количество можно минимизировать, урегулировав трудовые отношения в компании. Руководители и менеджеры должны помогать сотрудникам в преодолении всех этапов конфликта и достижении компромисса.

Литература:

1. Словарь по политологии / Под ред. проф. В.Н. Коновалова. – Ростов-на-Дону: Изд-во РГУ, 2001. – 285 с.
2. Глухов В.В. Менеджмент: Учебник для вузов. 3-е изд., СПб.: Питер, 2008.
3. Кошелев А.Н., Н.Н. Иванникова, Конфликты в организации: виды, назначение, способы управления, Альфа-Пресс, М., 2007.

СОВРЕМЕННАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА В КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

ПРЕДИКТОРНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРОСТАТИЧЕСКОГО СПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Валькова Л.В.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра клинической биохимии, микробиологии и лабораторной диагностики. Студентка 6 курса, факультета медико-профилактического дела и медицинской биохимии.

E-mail: luba.valkova@yandex.ru

Научный руководитель: доцент, к.б.н. Попов А.А.

Аннотация: В работе проведено определение уровня простатического специфического антигена у 172 работников ЧерМК «Северсталь», трудящихся на различных цехах, 1,2,3 классов вредности.

Ключевые слова: Северсталь, предиктор, простат специфический антиген

Актуальность: анализ простатического специфического антигена (ПСА) в сыворотке крови стал одним из основополагающих в скрининге и мониторинге больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, в ее дифференциальной диагностике с раком предстательной железы, нередко в значительной степени определяя динамику эффективности и перспективу его лечения.[1]. Считаем важ-

ным отдельно остановиться на ПСА, поскольку этот опухолевый маркер играет важную роль в дифференциальной диагностике доброкачественной гиперплазии и рака предстательной железы. Это особенно важно по той причине, что их клиническая картина зачастую не различается. [2]. «Северсталь» — одна из крупнейших в мире вертикально интегрированных сталелитейных и горнодобывающих компаний.[3].

Цель: Изучение предикторной значимости простатического специфического антигена в развитии патологии репродуктивной системы мужчин.

Материал и методы исследования: Исследование проводилось на базе БУЗ ВО «Медсанчасть «Северсталь». Участниками стали работники ЧерМК «Северсталь». Забор венозной крови осуществлялся в рамках профессионально-профилактического осмотра в период с 1.07.2016 по 1.08.2016. Исследовано 172 образцов крови у мужчин. Средний возраст обследованных составил 38 лет. Определение уровня ПСА было проведено с помощью иммуноэлектрохемилюминисцентного анализа и иммунологических анализаторов.

Результаты и обсуждения: По данным исследования уровня ПСА общего и связанного, выявлено резкое повышение в 30 образцах крови. При повышении уровня ПСА в 100 % случаев были выявлены морфологические изменения (УЗИ).

Литература:

1. Мазо Е.Б., Григорьев М.Э., Степенский А.Б., Лебедев Д.В. Простатический специфический антиген в скрининге и мониторинге больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // РМЖ. 2001. №12. С. 533

2. Мамаев И.Э., Шумило Д.В. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: клиника, диагностика, лечение // РМЖ. 2007. №12. С. 1032

3. ОАО «Северсталь», Обзор ОАО «Северсталь»//12.02.2014

ГЛИКИРОВАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА КРОВИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Диваков Д.С

Северный государственный медицинский университет. Кафедра клинической биохимии, микробиологии и лабораторной диагностики. 2 курс лечебный факультет.

Email: tapemode@yandex.ru

Научный руководитель: доцент Сеницкая Е.Н.

Аннотация: В статье приведены современные знания о процессах гликирования белков. Рассматривается роль гликированного гемоглобина в диагностике и мониторинге сахарного диабета и методы его определения.

Ключевые слова: сахарный диабет, гликирование белков, гликированный гемоглобин, гликемический контроль

Ключевым фактором в мониторинге состояния и терапии больных сахарным диабетом (СД) являются контроль и нормализация гликемии. Для адекватного контроля необходимы методы точного определения уровня гликемии и показатели, которые достоверно отражают уровень глюкозы в крови.

Известно, что в процессе своего обмена глюкоза способна неферментативно связываться с молекулами белков и других биополимеров. Этот процесс носит название гликирование и включает последовательно реакции:

1) конденсации карбонильной группы альдегида со свободной аминогруппой белка с образованием основания Шиффа (альдимин). Данное соединение неустойчиво, находится в состоянии равновесия с содержащейся в среде глюкозой и часто распадается при понижении её концентрации.

2) перегруппировки лабильного основания Шиффа до более стабильного продукта раннего гликирования кетамин, известного как продукт Амадори. Это соединение также находится в динамическом равновесии с содержащейся в среде глюкозой и при значительном падении её концентраций диссоциирует[1,8].

3) образование конечных продуктов завершённого гликирования происходит путём дальнейших необратимых химических реакций продуктов Амадори, что характерно для долгоживущих соединений, таких как коллаген, ДНК[9].

Гемоглобин, как и другие белки, при выдерживании его в растворе глюкозы или другого редуцирующего моносахарида, подвергается неэнзиматическому гликозилированию, то есть присоединяет углерод к своей структуре с образованием шиффовых оснований. Концевой остаток β-цепи и специфические остатки лизина идентифицированы как высоко реактивные места гликирования гемоглобина. Существуют разные варианты гликированных гемоглобинов: HbA_{1a} , HbA_{1b} , HbA_{1c} , диагностическим является HbA_{1c} . Образовавшийся HbA_{1c} аккумулируется внутри эритроцитов и сохраняется в течение всего срока жизни эритроцита. Интенсивность неферментативного гликозилирования пропорциональна концентрации сахара в окружающей

белок среде и продолжительности экспозиции белка в среде. При нормальном уровне глюкозы в крови примерно 4,4-6 % молекул гемоглобина HbA_{1c} связаны с сахарами, у больных СД этот уровень зависит от степени гипергликемии. Таким образом, содержание гликированного гемоглобина (обозначается как HbA_{1c}) характеризует средний уровень концентрации глюкозы в крови за 4 – 6 недель, то есть за период, соизмеримый с временем жизни молекулы гемоглобина[5]. Тем самым, HbA_{1c} может служить для долгопериодного ретроспективного мониторинга концентрации глюкозы в крови при сахарном диабете.

В 2011 г. ВОЗ одобрила возможность использования HbA_{1c} для диагностики СД. В качестве диагностического критерия СД выбран уровень HbA_{1c} $\geq 6,5$ % (48 ммоль/моль). Нормальным считается уровень HbA_{1c} до 6,0 % (42 ммоль/моль). Диагноз должен быть поставлен на основании двух цифр, находящихся в диабетическом диапазоне, например, дважды определенный HbA_{1c} или однократное определение HbA_{1c} + однократное определение уровня глюкозы[3].

Разработано много лабораторных методов, позволяющих определять концентрацию HbA_{1c}. Однако, результаты измерения гликогемоглобина в одном и том же образце крови могут заметно различаться при использовании разных методов, если они не стандартизованы относительно общего эталонного значения. Поэтому Международной федерацией клинической химии (IFCC) создана «рабочая группа» по стандартизации определения HbA_{1c}. Эта группа координирует действия национальных групп и изготовителей приборов и тестов для определения HbA_{1c}. Благодаря предпринятым IFCC усилиям были выделены чистые HbA₀ и HbA_{1c} для получения первичного калибратора, утверждены референсные методы определения HbA_{1c}, каковыми стали высокоэффективная жидкостная хроматография и капиллярный электрофорез с УФ-детекцией. Показатель HbA_{1c} оценивается в них как соотношение HbA_{1c}/(HbA_{1c}+HbA₀)[8].

Референсные методы предназначены в первую очередь для стандартизации: разработки и оценки качества калибраторов первого уровня и прослеживаемости по отношению к ним рабочих калибраторов с выбранными производителем методик выполнения измерений. Коммерческие методы оценки HbA_{1c} – электрофорез, колоночные методики, аффинная и ионообменная хроматографии, турбидиметрический анализ, нефелометрический анализ[4].

В настоящее время для определения уровня гликированного гемоглобина более 65 % клинических лабораторий применяют иммунотурбидиметрический тест. Тест удобен в виду проведения измерений на автоматических биохимических анализаторах, определение относительного содержания HbA_{1c} проводится напрямую (без предварительного определения негликированной фракции), что дает хорошие аналитические характеристики за короткое время исследования (примерно 7 минут). Принцип метода: агглютинация комплекса HbA_{1c} с мышиными моноклональными антителами козьими поликлональными антителами. Степень агглютинации высчитывается по измерению поглощения света и используется для вычисления концентрации по калибровочной кривой. Тест стандартизован согласно IFCC референсному методу. Калибровка согласно DCCT/NGSP также возможна[2].

Каждой лаборатории рекомендуется самостоятельно установить или уточнить пределы нормы для HbA_{1c} на основании обследования местного населения, не страдающего диабетом.

Предлагаемая клиническая норма HbA _{1c} :		
% NGSP	ммоль/моль	IFCC
Здоровые	4–6	20–42
Направленная терапия	<7	<53
Изменение терапии	>8	>64

Современные иммунотурбидиметрические наборы соответствуют международным требованиям по точности определения гликогемоглобина и проходят аккредитацию относительно стандартов IFCC. В виду гибкости использования и низкой себестоимости, тесты для определения HbA_{1c} на основе иммунотурбидиметрического анализа являются самыми распространенными в России и во всем мире, позволяют точно определить уровень гликемии по уровню гликированного гемоглобина.

Необходимо помнить, что содержание HbA_{1c} характеризует средний уровень глюкозы в крови. Ошибочно низкие значения (низкий HbA_{1c} при высоком уровне глюкозы в крови) могут наблюдаться при сниженном сроке жизни эритроцитов (гемолитические заболевания) или при значительной недавней потере крови (увеличение доли молодых эритроцитов). Ошибочно высокие значения (высокий HbA_{1c} при нормальном уровне глюкозы в крови) обнаруживались при железодефицитной анемии (повышенный процент старых эритроцитов). При клинической интерпретации значений HbA_{1c} следует принимать во внимание эти обстоятельства. Стремление достичь одинакового целевого уровня HbA_{1c} у всех пациентов может привести к тому, что у одних возрастает риск гипогликемии, у других создается иллюзия достижения успеха[8].

Согласно последним рекомендациям American Diabetes Association (2005), основной целью контроля гликемии при СД является достижение концентрации HbA_{1c} в крови менее 7 %, а при наличии макрососудистых осложнений – достигать как можно более низкого его значения в пределах физиологического диапазона. Исследования показали, что интенсивное лечение предохраняет пациента от развития отдалённых осложнений, таких как ретинопатия, нефропатия и нейропатия или значительно отодвигает срок их клинического проявления. Если пациенты строго придерживаются режима, направленного на нормализацию углеводного обмена, частота возникновения ретинопатии снижается на 75 %, нефропатии – на

35–36 %, на 60 % уменьшается риск полинейропатий. При этом составители европейских рекомендаций подчеркивают необходимость одновременного контроля как уровня HbA_{1c}, так и глюкозы крови[6].

Литература:

1. Ансари Н.А; Рашид З. Неферментативное гликирование белков: от диабета до рака. Биомедицинская химия. Том 56, номер 2; 2010
2. Багаев А.В, канд. мед. наук. Журнал «Клинико-лабораторный консилиум» № 3-2009
3. Руководство и рекомендации по лабораторным исследованиям при диагностике и лечении сахарного диабета, 2013
4. Скибчик Т.М. Соломенчук, Национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, кафедра клинической фармации, фармакотерапии и медицинской стандартизации, г. Львов
5. Тимин Олег Алексеевич. URL: http://biokhimija.ru/index.php/uglevody-krovi/glikoprotty-krivi#hemoglobin_A1c (дата обращения 14.02.17).
6. American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes // Diabetes Care. – 2005. – Vol. 28 (Suppl. 1). – S. 4-36S URL: http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/28/suppl_1/s4.pdf (дата обращения 17.02.17).
7. DiaSys Diagnostic Systems GmbH & Co. KG. Alte Strasse 9, 65558 Holzheim, Germany
8. Kilpatrick E.S., Maylor P.W., Keevil B.G. Biological variation of glycated hemoglobin. Implications for diabetes screening and monitoring // Diabetes Care. – 1998. – Vol. 21 (2). – P. 261-264.
9. S.E.R.S. Stanaway; G.V. Gill. Protein glycosylation in diabetes mellitus: biochemical and clinical considerations. Practical Diabetes International. Volume 17, Issue 1; 8 MAR 2000

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ БЕТА-ЛАКТАМАЗ У ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ (ГЕН СТХ-М) В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Клиндухова Т.Г.

*ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет. Студентка 6 курса, факультет медико-профилактического дела и медицинской биохимии
Научный руководитель: д.м.н., проф. Бажукова Т.А.*

Аннотация: В статье представлено исследование частоты встречаемости бета-лактамаз у ГОБ (ген СТХ-М). Данное исследование включает в себя постановку фенотипических тестов, использование метода-ПЦР, представлены примерные результаты полученных исследований, в зависимости от отделения стационара.

Ключевые слова: ГОБ, антибиотикорезистентность, гены резистентности, СТХ-М ген

Цель: Выявить частоту встречаемости бета-лактамаз у Грам отрицательных бактерий (ген СТХ-М) в условиях многопрофильного стационара.

Задачи:

- 1) Изучить этиологическую значимость у выделенных Грам отрицательных бактерий и их антибиотикорезистентность.
- 2) Провести фенотипические тесты и определение гена резистентности (СТХ-М) у возбудителей.
- 3) Изучить частоту СТХ-М гена в зависимости от отделения стационара.

Материалы и методы:

Исследование проводилось на базе лаборатории клинической микробиологии и ПЦР – диагностики ЦНИЛ СГМУ, культуры ГОБ предоставлены бактериологической лабораторией ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е. Е. Волосевич». Анализ проведен с 9 декабря 2015 по 10 марта 2016гг. В ходе исследования было проанализировано 314 штаммов ГОБ. Из них резистентны к антибиотикам 52 изолята (16,56 %). Было выделено: *) **Enterobacteriaceae:** Escherichia coli- 116 изолятов (39,94 %); Enterobacter- 42 изолята (13,37 %); Klebsiella- 77 изолятов (24,52 %); Hafnia- 6 изолятов (1,91 %); Delftia acidovorans- 1 изолят (0,31 %); Citrobacter-8 изолятов (2,54 %); Serratia- 5 изолятов (1,59 %); Proteus- 5 изолятов (1,59 %); *)**НГОБ:** Pseudomonas- 28 изолятов (8,91 %); Acinetobacter- 18 изолятов (5,73 %); *) Naemophilus- 8 изолятов (2,54 %).

ДДМ проводились фенотипические тесты для подтверждения резистентности. Были использованы антибиотики: Амоксицилин (АМС), амикацин (АМК), цефтазидим (CAZ), цефотаксим (СТХ), имипенем (IPM), меропенем (MEM), цефепим (FEP), гентамицин (GMN), ципрофлоксацин (CIP), офлоксацин (OFX), ко-тримоксазол (COT). Также ставились для ГОБ с диском цефотаксима и клавуланга, и без него для выявления ESBL. Оценка теста: если происходило увеличение зоны задержки роста дисков (более ≥5 мм), то штамм считался резистентным к этим антибиотикам.

Для выявления генов резистентности (CTX-M) у ГОБ использовался метод-ПЦР тест системы Lytech ctx.

Результаты:

При оценке ДДМ были выявлены следующие резистентные штаммы к карбапенемам и цефалоспорином 3 поколения: *Escherichia coli*- 11 изолятов (9,48 %): в 1 хирургическом отделении (1х/о)- 1 изолят, гинекологическое- 6 изолятов, 2 хирургическое отделение (2х/о)- 1 изолят, 3 хирургическое отделение (3х/о)- 2 изолята, отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ)- 1 изолят; *Enterobacter*- 14 изолятов (33,34 %): в (ОАРИТ)-6 изолятов, отделение реанимации и интенсивной терапии Регионального сосудистого центра (ОРИТ РСЦ)-2 изолята, гинекология- 2 изолята, 2 х/о- 2 изолята, 2 терапевтическое отделение (2т/о)- 2 изолята; *Klebsiella*- 9 изолятов (11,68 %): в ОРИТ РСЦ- 1 изолят, травматология- 2 изолята, 3 х/о- 4 изолята, 2 т/о- 1 изолят, 2 х/о- 2 изолята; *Haefnia*- 3 изолята (50 %): в 2 х/о- 1 изолят, 3 х/о- 1 изолят, гинекологическое- 1 изолят; *Serratia*- 1 изолят (20 %) в ОРИТ РСЦ; *Proteus*- 1 изолят (20 %) в травматологии; *Pseudomonas*- 3 изолята (10,71 %): в 2 т/о-1 изолят, 3 х/о- 1 изолят, 6 терапевтическое отделение (6т/о)- 1 изолят; *Acinebacter*- 6 изолятов (33,34 %): в ОАРИТ-2 изолята, гинекологии-2 изолята, 2 х/о -2 изолята; *Naemophilus*- 3 изолята (37,5 %): в 2 т/о- 1 изолят, КХР- 2 изолята.

После проведения фенотипического теста: фенотипически выявлено подозрение на ESBL у 19 изолятов (6,05 %) ГОБ. Фенотипически значимыми были: *Acinebacter baumannii*- 4 изолята (1,27 %), *Enterobacter*- 1 изолят (0,31 %), *Enterobacter aerogenes*- 2 изолята (0,63 %), *Enterobacter cloacae*- 5 изолятов (1,59 %), *Klebsiella pneumoniae*- 3 изолята (0,95 %), *Pseudomonas*- 1 изолят (0,31 %), *Serratia fonticola*- 2 изолята (0,63 %), *Serratia marcescens*- 1 изолят (0,31 %).

У штаммов, положительных по фенотипическому тесту, было проведено выявление гена CTX-M: наличие гена подтвердилось у 10 изолятов (3,18 %).

В отделениях было выявлено: *)ОАРИТ- 45 изолятов, резистентных- 9 изолятов, фенотипически значимые- 9 изолятов, ген CTX-M- 5 изолятов; *) ОРИТ РСЦ- 16 изолятов, резистентных- 4 изолята, фенотипически значимые- 4 изолята, ген CTX-M- 4 изолята; *) Травма- 6 изолятов, резистентных- 3 изолята, фенотипически значимые- 1 изолят, ген CTX-M- 1 изолят.

Заключение: Наибольшая частота встречаемости бета-лактамаз у ГОБ (ген CTX-M) наблюдалась в ОАРИТ, там были выявлены *Enterobacter spp.*, *E.aerogenes* и *E.cloacae*. Остальное количество штаммов с CTX-геном было из отделения травматологии и ОРИТ РСЦ.

Литература:

1. Лагун Л.В. Бета-лактамазы расширенного спектра и их значение в формировании устойчивости возбудителей инфекций мочевыводящих путей к антибактериальным препаратам [Электронный ресурс] // Проблемы здоровья и экологии. 2012. N3/ URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/beta-laktamazy-rasshirennogo-spektra-i-ih-znachenie-v-formirovanii-ustoychivosti-vozbuditeley-infektsiy-mochevyvyvodyaschih-putey-k> (дата обращения 17.01.2017)
2. Ильина В.Н., Субботовская А.И., Козырева В.С. Характеристика штаммов *Enterobacteriaceae*, продуцирующих БЛРС CTX-M типа, выделенных в кардиохирургическом стационаре [Электронный ресурс] // Патология кровообращения и кардиохирургия. 2013. N4/ URL: <http://www.antibiotic.ru/cmac/pdf/cmac.2013.t15.n4.p309.pdf> (дата обращения 17.01.2017)
3. [Электронный ресурс]/ URL: http://www.dntpasteur.ru/metodic2_4_3.php (дата обращения 17.01.2017)

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Кондрашов В.А., Гешавец Н.П.

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск.

Кафедра клинической биохимии, микробиологии и лабораторной диагностики.

Студент 2 курса лечебного факультета. E-mail: condras2012@yandex.ru

Научный руководитель: проф., д.м.н. Бажукова Т.А.

Аннотация: Исследования обмена липидов и липопротеинов (ЛП), холестерина (ХС), имеют важное социальное значение, так как требуют неотложных мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Проблема коронарного атеросклероза показала чёткую клиническую значимость каждого биохимического показателя как фактора ишемической болезни сердца (ИБС), и в последнее время изменились подходы к оценке нарушений липидного и липопротеинового обмена.

Ключевые слова: атеросклероз, холестерин (ХС), липопротеины (ЛП), коэффициент атерогенности (КА), дислипидемии (ДЛП)

В настоящее время известно, что важнейшим фактором риска развития и прогрессирования различных заболеваний, связанных с атеросклерозом, служат нарушения липидного обмена.

Риск развития атеросклеротических поражений сосудов оценивают по следующим биохимическим

тестам: – содержание триглицеридов в сыворотке крови; – содержание общего холестерина (ОХС) в сыворотке крови; – содержание ХС входящего в состав липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП); – содержание холестерина входящего в состав липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП); – расчет коэффициента атерогенности (КА)[1].

$$КА = ОХС - ХС ЛПВП / ХС ЛПВП$$

Позднее был предложен апопротеиновый коэффициент атерогенности, вычисляемый на основании определения содержания апопротеинов – апоВ и апоА-I:

$$К = апоВ / апоА-I. [2]$$

Диагностику нарушений липидного обмена целесообразно проводить в три этапа: 1. Первый этап – определение содержания общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ). В случае обнаружения гиперхолестеринемии или гипертриглицеридемии следует провести второй этап исследования.

2. Второй этап – определение липидного спектра: ОХС, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП; электрофорез ЛП; расчет КА.

3. Третий этап – дифференцирование первичной и вторичной ДЛП, которое проводят методом исключения всех заболеваний, для которых характерны вторичные ДЛП: сахарный диабет, нефротический синдром и иные поражения паренхимы почек, патология печени с явлением холестаза, снижение в крови альбумина, наличие острой или хронической фазы воспалительного процесса и др.[3].

Считается, что ЛПВП оказывают защитный эффект от сердечно-сосудистых заболеваний. Эта взаимосвязь может быть справедливой для здорового населения. Более поздние исследования показали, что при многих хронических заболеваниях (ИБС, сахарный диабет или у пациентов, получавших диализ) количество ХС-ЛПВП в крови не может быть использовано в качестве прогностического маркера. В результате необходимы новые методы для того, чтобы лучше оценить риск сердечно-сосудистых заболеваний. ЛПВП состоят на 20 % из ХС и на 50 % из различных белков. Оказалось, что именно это белковый состав значительно изменяется при различных заболеваниях. Два белка – сывороточный амилоид (ССА) и поверхностно-активное вещество белка В (SP-B) – значительно повышены в ЛПВП у диализных больных. [5] Изменения в апопротеиновой половине ЛПВП преобразуют первоначально антиатерогенный ЛПВП в проатерогенную частицу ЛП. Поэтому ЛПВП теряют свой защитный эффект в этой группе пациентов[4].

Ученые уже разработали инновационный тест, который может быстро и напрямую измерить ССА и SP-B в ЛПВП. Был изучен состав белков ЛПВП более чем у 1200 пациентов, нуждающихся в диализе. Высокие уровни SAA в ЛПВП были связаны с повышенным риском сердечного приступа, в то время как высокие уровни SP-B в ЛПВП являлись маркером повышенного риска смертности. Это открытие может изменить оценку ЛПВП[5].

Значение ХС-ЛПВП продолжает оставаться важным, однако новое исследование в будущем позволит гораздо более точно предсказывать риск сердечно-сосудистых заболеваний. Это позволит начать лечение значительно раньше, а также изменить образ жизни, что позволит улучшить прогнозы.

Литература:

1. Камышников В.С.. – Методы клинических лабораторных исследований. «Москва, Мед. пресс – информ» 2011, – с. 751.
2. Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. 2006
3. Пупкова В.И. Гиперлипопротеинемия Информационно-методическое пособие Новосибирск. 2006. – 32 с.
4. Ярец Ю.И. Специфические белки: практическое пособие для врачей в двух частях. – Часть 2. Клинико-диагностическое значение определения специфических белков. / Ю.И.Ярец. – Гомель, 2015.- 47с
5. Medical University of Vienna. «New test to measure HDL cholesterol can predict cardiovascular risk.» November 26, 2014

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ ГРИБОВ РОДА CANDIDA В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Овцина Ю.О.

ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России. Кафедра клинической биохимии, микробиологии, лабораторной диагностики. Студентка 6 курса факультета медико-профилактического дела и медицинской биохимии

Научный руководитель: проф., д.м.н. Бажукова Т.А.

Аннотация: Грибы рода Candida являются уникальными микроорганизмами, имеющими огромный диапазон адаптационных возможностей, позволяющих им существовать как в различных биотопах

организма хозяина, так и во внешней среде [1]. За период с 2005 по 2015 г.г было изучено 7043 проб различных биотопов человека от амбулаторных пациентов, из которых в 1148 случаях были выделены условно-патогенные дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Превалирующим видом является *C.albicans* – в 45 % случаев. Наибольшее количество *C.albicans* выделяли при исследовании отделяемого ушей и соскобов с ушной раковины – в 60 % случаев.

Ключевые слова: этиологическая значимость, условно-патогенные дрожжевые грибы, *C.albicans*.

Актуальность. Грибы рода *Candida* являются уникальными микроорганизмами, имеющими огромный диапазон адаптационных возможностей, позволяющих им существовать как в различных биотопах организма хозяина, так и во внешней среде. Кроме того, грибы рода *Candida* регистрируются как этиопатогены при различных местных и генерализованных процессах [1]. В настоящее время обоснована настоятельная необходимость проведения постоянных исследований этиологической структуры микозов [2].

Цель исследования – изучение этиологической значимости условно-патогенных грибов рода *Candida* в амбулаторных условиях за период с 2005 по 2015 г.г.

Материалы и методы исследования. Для выделения грибов рода *Candida* применялся микологический метод. С целью обнаружения частоты выделяемости дрожжеподобных грибов рода *Candida* было исследовано 7043 проб различных биотопов человека от амбулаторных пациентов. Выявление частоты обнаружения искомым грибов осуществлялось путем группировки исследуемого биоматериала в зависимости от принадлежности к тому или иному биотопу. Были выделены 10 групп: биоматериалы, полученные из дыхательного тракта, урогенитального тракта, желудочно-кишечного тракта, из полости рта, ушной раковины, отделяемое кожных покровов, отделяемое глаз, грудное молоко, кровь и ликвор. Статистический анализ данных осуществлялся с помощью программы электронных таблиц Microsoft Excel, которые были сформированы в соответствии с запросами проводимого исследования.

Результаты исследования. В рамках исследования изучено 7043 проб различных биотопов человека от амбулаторных пациентов. В 1148 (16,30 %) случаях были выделены условно-патогенные дрожжеподобные грибы рода *Candida*.

В результате проведенных исследований, удалось установить, что в период с 2005 по 2015 год самое большое количество положительных результатов на наличие грибов рода *Candida* приходилось на 2013 год (24,56 %). Тогда как в остальные года – данное количество не превышало 20 % (2005 – 14,05 %; 2006 – 12,23 %; 2007 – 15,04 %; 2008 – 15,46 %; 2009 – 17,73 %, 2010 – 19,95 %; 2011 – 19,57 %; 2012 – 17,48 %; 2014 – 14,11 %; 2015 – 12,4 %).

Так же был изучен видовой состав выделенных дрожжеподобных грибов. В ходе исследования было выделено несколько видов грибов рода *Candida*: *C.albicans*, *C.tropicalis*, *C.kefur*, *C.krusei*, *C.utilis*, *C.glabrata*, *C.parapsilosis*, *C.intermedium* и др.

Оказалось, что наиболее часто из всех биотопов выделялась *C.albicans* – в 45 % случаев, из которых 40,3 % регистрировался в дыхательном тракте, урогенитальном тракте – в 54,4 %, в полости рта – 48,2 % и в отделяемом уха и соскобах с ушной раковины в 60 % случаев. На втором месте по частоте выделяемости стоит *C.tropicalis* – 33,7 % (выделяли в 37, 28,5, 27,9, 22,9 % случаев соответственно), затем *C.kefur* – 17,0 % (19,6, 11,8, 16,4, 5,7 % случаев соответственно), *C.krusei* – 2,2 % и другие виды *C.spp* – 2 % обнаруживались в незначительных количествах в дыхательном, урогенитальном тракте, полости рта и отделяемом уха и соскобах с ушной раковины.

Выводы. Установлено, что в период с 2005 – 2015 год встречаемость дрожжеподобных грибов рода *Candida* в амбулаторных условиях находилась на уровне 16,30 %. В ходе проведенного исследования установлено, что наиболее часто среди данных грибов выделялась *C.albicans* – в 45 % случаев. Наибольшее количество *C.albicans* выделяли при исследовании отделяемого ушей и соскобов с ушной раковины – в 60 % случаев.

Литература:

1. Капустина О.А., Логачева Л.Е., Карташова О.Л. Видовой состав и биологические свойства грибов рода *Candida*, выделенных из разных биотопов тела человека. Известия Оренбургского государственного аграрного университета. – 2009. № 24-1. С. 179.
2. Дмитриева, Н.В. Кандидозные инфекции у онкологических и онкогематологических больных. Антибиотики и химиотерапия. 2007. № 4/5. С. 43–48.

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА СЫВОРОТКИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ И ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

Сумкина Т.П.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра клинической биохимии, микробиологии и лабораторной диагностики. Студентка 6 курса факультета медико-профилактического дела и медицинской биохимии. E-mail: missis.sumkina@mail.ru

Научный руководитель: к.б.н., доцент Попов А.А.

Аннотация: В работе проведена оценка показателей липидного спектра (общего холестерина (ХС), холестерина ЛПВП, холестерина ЛПНП, триглицеридов (ТГ)) крови 72 пациентов, находившихся на лечении в отделении неотложной кардиологии ГБУЗ «Первой городской клинической больницы им. Е.Е. Волоосевич». Не обнаружены статистически значимые отличия в уровне ХС общий, ЛПВП, ЛПНП, ТГ.

Ключевые слова: первичный инфаркт миокарда, повторный инфаркт миокарда, липидный спектр крови

Актуальность. На сегодняшний день патология сердечно-сосудистой системы остаётся одной из самых распространенных среди населения, причём показатели смертности при инфаркте миокарда самые высокие среди всех сердечно-сосудистых болезней. Инфаркт является острым заболеванием и происходит в результате окклюзии сосудов, которая препятствует току крови к сердцу или мозгу. Самой распространенной причиной этого является образование бляшек в интима кровеносных сосудов, снабжающих кровью сердце или мозг.

Цель. Выявить наличие особенностей показателей липидного спектра сыворотки крови у пациентов с первичным и повторным инфарктом миокарда.

Материал и методы исследования. Проанализировано 72 истории болезни пациентов отделения неотложной кардиологии ГБУЗ «Первой городской клинической больницы им. Е.Е. Волоосевич» за 2016 год (с января по декабрь) с инфарктом миокарда. Выделены 2 группы больных: 1-я группа с первичным, 2-я группа с повторным инфарктом миокарда. В обеих группах по 36 человек. Показатели липидного спектра (концентрацию общего холестерина, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП и триглицеридов) определяли при помощи стандартных лабораторных методик. Коэффициент атерогенности (КА) рассчитывали по формуле: $КА = (ХС\text{ общ} - ХС\text{ ЛПВП}) / ХС\text{ ЛПВП}$. Для обработки статистических данных использовался пакет компьютерной программы SPSS 22. Показатели описательной статистики представлены как среднее значение (M) $\pm$ стандартное отклонение (SD) – для групп, в которых распределение данных является нормальным. Для групп, распределение данных в которых отличалось от нормального – медиана (M), 25-й и 75-й перцентили.

Результаты: Возраст пациентов 1-й группы ($M \pm SD$) составил $62,97 \pm 2,39$ лет, 2-й группы $66,75 \pm 2,17$ лет. Показатели липидного спектра сыворотки крови 1-й группы: общий холестерин $4,72 \pm 1,08$ ммоль/л, триглицериды $1,82 \pm 0,03$ ммоль/л, ХС ЛПВП $1,22 \pm 0,99$ ммоль/л, ХС ЛПНП $2,68 \pm 1,13$ ммоль/л, КА $3,67 \pm 1,55$ ммоль/л. Показатели липидного спектра сыворотки крови 2-й группы: общий холестерин $4,82 \pm 1,18$ ммоль/л, триглицериды $1,72 \pm 0,92$ ммоль/л, ХС ЛПВП $1,03 \pm 0,19$ ммоль/л, ХС ЛПНП $2,89 \pm 1,05$ ммоль/л, КА $3,67 \pm 1,55$ ммоль/л. В результате анализа полученных данных было установлено, что статистически значимых различий между показателями липидного спектра сывороток крови пациентов с первичным инфарктом миокарда и пациентов с повторным инфарктом миокарда не обнаружено. На втором этапе работы сравнивались показатели липидного спектра сывороток между мужчинами 1-й и 2-й группы, а также между женщинами 1-й и 2-й группы. Показатели липидного спектра сыворотки крови мужчин 1-й группы: общий холестерин $4,66 \pm 1,15$ ммоль/л, триглицериды $1,71 \pm 0,86$ ммоль/л, ХС ЛПВП $0,93 \pm 0,25$ ммоль/л, ХС ЛПНП $2,72 \pm 1,28$ ммоль/л, КА $4,29 \pm 1,24$ ммоль/л. Возраст мужчин 1-й группы составил $57,1 \pm 11,73$ лет. Показатели липидного спектра сыворотки крови мужчин 2-й группы: общий холестерин $4,69 \pm 1,32$ ммоль/л, триглицериды $1,75 \pm 1,04$ ммоль/л, ХС ЛПВП $0,99 \pm 0,17$ ммоль/л, ХС ЛПНП $2,78 \pm 1,15$ ммоль/л, КА $3,79 \pm 1,53$ ммоль/л. Возраст мужчин 2-й группы составил $60,45 \pm 11,08$ лет. Показатели липидного спектра сыворотки крови женщин 1-й группы: общий холестерин $4,79 \pm 1,01$ ммоль/л, триглицериды $1,95 \pm 1,22$ ммоль/л, ХС ЛПВП $1,57 \pm 0,41$ ммоль/л, ХС ЛПНП $2,68 \pm 1,22$ ммоль/л, КА $3,01 \pm 1,62$ ммоль/л. Возраст женщин 1-й группы составил $70,31 \pm 14,33$ лет. Показатели липидного спектра сыворотки крови женщин 2-й группы: общий холестерин $5,08 \pm 0,84$ ммоль/л, триглицериды $1,64 \pm 0,65$ ммоль/л, ХС ЛПВП $1,09 \pm 0,22$ ммоль/л, ХС ЛПНП $3,13 \pm 0,84$ ммоль/л, КА $3,81 \pm 1,21$ ммоль/л. Возраст женщин 2-й группы составил $79,33 \pm 5,19$ лет. Статистически значимых различий между показателями липидного спектра сывороток мужчин 1-й и 2-й группы не выявлено. Статистически значимых различий между показателями липидного спектра сывороток женщин 1-й и 2-й группы не выявлено. У женщин статистически значимые различия наблюдаются при оценке возраста (возраст женщин 1-й группы $70,31 \pm 14,33$ лет; 2-й группы $79,33 \pm 5,19$ лет).

Вывод: Несмотря на различия в средних значениях, статистически значимых различий в группах не выявлено, что можно объяснить малым объемом выборки.

Литература:

1. Лифшиц В.М. Медицинские лабораторные анализы: справочник / В. М. Лифшиц, В. И. Сидельникова -М.: Триада X, 2007.
2. Кардиология – национальное руководство / Ю. Н. Беленков, Р. Г. Оганов – М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008.
3. Клиническая лабораторная диагностика. Национальное руководство/ В. В. Долгов, В. В. Меньшиков Т. 1. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБЩЕГО И БИОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ КРОВИ СОТРУДНИКОВ КАФЕДР СГМУ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОХОЖДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФОСМОТРА

Туркина А. И.

Северный государственный медицинский университет. Ординатор кафедры клинической биохимии, микробиологии и лабораторной диагностики.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Лебедева О.В.

Профилактический медицинский осмотр – это обязательное медицинское обследование, которое определяет возможности человека работать в определенных производственных условиях и позволяет проводить профилактику профессиональных заболеваний. Неотъемлемой частью этого обследования является проведение общего клинического анализа крови (для определения показателей гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, СОЭ) и биохимического скрининга (для определения содержания в сыворотке крови глюкозы, холестерина). Общий клинический анализ крови позволяет диагностировать заболевания кроветворной системы, наличие воспалительных и инфекционных процессов в организме, развитие аллергических реакций. Исследование уровня холестерина в крови позволяет определить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Определение уровня глюкозы в крови является основным лабораторным тестом в диагностике и мониторинге лечения сахарного диабета.

Цель исследования: выявить частоту отклонений в лабораторных показателях крови у сотрудников кафедр СГМУ при прохождении медицинских профосмотров.

Материалы и методы исследования:

Исследование проведено на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории СГМУ. Изучены показатели взятой натощак венозной крови 211 сотрудников кафедр СГМУ, проходивших медицинские профосмотры в период с мая по декабрь 2016 г. Формирование выборки производилось сплошным методом. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Excel.

Результаты исследования:

В ходе анализа лабораторных данных, полученных при проведении медицинского профосмотра сотрудников кафедр СГМУ, в общем анализе крови у части сотрудников были выявлены гематологические изменения, характерные для анемии. Так, лабораторные признаки анемии, согласно критериям ВОЗ (гемоглобин у женщин менее 120 г/л, у мужчин менее 130 г/л; эритроциты у женщин менее $3,8 \times 10^{12}$ /л, у мужчин менее $4,0 \times 10^{12}$ /л; гематокрит у женщин менее 36 %, у мужчин менее 39 %), были выявлены у 32 обследованных, что составляет 15,1 % всей выборки. Характер анемии (нормохромная, гипо- или гиперхромная) определялся по показателю среднего содержания гемоглобина в эритроците (МСН), референтные интервалы которого составляют 27-32 пг. При этом у большинства сотрудников, имевших лабораторные показатели анемии, анемия носила гипохромный характер (у 9,5 % от общего числа сотрудников). На втором месте по распространенности оказались нормохромные анемии (у 4,7 % сотрудников). Гиперхромные анемии наблюдались у 0,95 % сотрудников.

При этом стоит отметить, что у 96,9 % сотрудников, имевших лабораторные признаки анемии, наблюдалась анемия легкой степени тяжести, и только у 1 сотрудника (3,1 %) анемия имела среднюю степень тяжести.

При анализе биохимических лабораторных данных установлено, что средний уровень глюкозы сыворотки крови, взятой натощак, у сотрудников кафедр СГМУ составил 5,2 ммоль/л. Соответствующий принятым нормативам уровень глюкозы в крови установлен у 85,4 % обследованных. В остальных случаях (у 14,6 % сотрудников) определен повышенный уровень глюкозы ($>6,1$ ммоль/л), что свидетельствует о необходимости проведения дополнительного лабораторного обследования и динамического наблюдения у эндокринолога.

Также установлено, что пограничный уровень холестерина (5,2-6,1 ммоль/л) регистрировался у 65 сотрудников (что составляет 30,8 % всей выборки), а высокий уровень холестерина ($\geq 6,2$ ммоль/л) имел

место у 37 участников выборки (что составляет 17,5 % всей выборки). Это свидетельствует о том, что практически половина обследованных относится к группе риска по развитию сердечно-сосудистой патологии.

Таким образом, в ходе проведенного анализа результатов исследования показателей крови сотрудников кафедр СГМУ в рамках медицинского профосмотра установлено, что у 15,2 % сотрудников имеются лабораторные признаки анемии, у 14,6 % сотрудников выявлен повышенный уровень глюкозы в крови, у 48,3 % сотрудников – повышенный уровень холестерина в крови, что свидетельствует о необходимости более углубленного лабораторного обследования данных сотрудников, консультации и динамического наблюдения у врачей-специалистов соответствующего профиля.

Литература:

1. Козинец Г. И., Сарычева Т. Г., Луговская С. А. и др. Гематологический атлас: настольное руководство врача-лаборанта. – М.: Практическая медицина, 2008.
2. Погорелов В. М. , Козинец Г. И. , Ковалева Л. Г. Лабораторно-клиническая диагностика анемий. – М.: Медицинское информационное агенство, 2004.
3. Ткачук В.А. Клиническая биохимия 2-е изд., испр. и доп. – М.: Медицина, 2004.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ, ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

РАЗРАБОТКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРЕНАЖЕРА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЧЕЛОВЕКА ДЛЯ ОТРАБОТКИ ХИРУРГИЧЕСКИХ НАВЫКОВ Афонин Б.О., Посылкина А.А.	3
РАНЕВОЕ ПОКРЫТИЕ С ХЛОРГЕКСИДИНОМ И МЕТРОНИДАЗОЛОМ В ЛЕЧЕНИИ РАН Григорьян А.Ю., Горохова А.С., Белозерова А.В.	4
ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ» НА БАЗЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ Зимин Д.А., Иевлев А.И., Калашников А.Р., Прилуцкий О.В., Дядицина М.В., Прилуцкий В.О.	6
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ Лочехина Е.Б., Мирзоева Набат Арзу Кызы.	7
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ Шнейвейс А.М.	8

ПРОБЛЕМЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ КОМБИНИРОВАННАЯ РЕПЕРФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В КАРОТИДНОМ БАССЕЙНЕ Д. А. Волков, С. Е. Панкратьев, И. Б. Антонов.	10
ГИПЕРГЛИКЕМИЯ В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА Галкина Т. В.	12
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПОЛИТРАВМЫ НА ФЕДЕРАЛЬНОЙ АВТОМОБИЛЬНОЙ ДОРОГЕ М-8 «ХОЛМОГОРЫ» Пух Д.Ю., Теддер Ю.А.	13
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ ПЛАНОВЫХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ: РОЛЬ АЛЬВЕОЛЯРНОГО РЕКРУТМЕНТА И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕГКИХ Родионова Л. Н., Изотова Н. Н., Метелева Н. С., Качалова Т. В., Фот Е. В., Тарабукин А.В., Кузьков В. В., Киров М. Ю.	15
ДЕГИДРАТАЦИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ ГЛОБАЛЬНОГО КОНЕЧНО-ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ОБЪЕМА ИЛИ ВНЕСОСУДИСТОЙ ВОДЫ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ Хромачева Н.О., Фот Е.В., Ушаков А.А., Смёткин А.А., Кузьков В.В., Киров М.Ю.	16

ПРОБЛЕМЫ ОНКОЛОГИИ, ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗОТЕЛИОМЫ РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ Гриценко А.А., Мамонтов О.Ю.	17
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ПОДРОСТКОВ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ Куликов А.С., Уланова А. С., Григорьева Н.А., Митрофанов В.А.	20
ГЕРМИНОГЕННОКЛЕТОЧНЫЕ ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ Уланова А. С., Лукачева В. С., Григорьева Н. А., Митрофанов В.А.	21

ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ

ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ Бирюкова А.А.	22
--	----

БРОНХИОЛИТЫ У ДЕТЕЙ Богданова А.В., Бугаева О.С.	23
ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Власова А.А., Горенькова А.В.	24
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ И ИСТОЧНИКОВ ИНФОРМАЦИИ, МОТИВИРУЮЩИХ К ВАКЦИНАЦИИ Леготина М.А., Шумилова А.С.	26
ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ВАЖНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ОТ ОТДЕЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Лысанова А.И., Маслова В.А.	27
СЕРОЗНЫЕ МЕНИНГИТЫ У ДЕТЕЙ Неверова Н.В., Самыловских Н.В.	29
ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Попова М.М., Шарыпова М.А., Коцемба А.Н.	30
ЗАВИСИМОСТЬ КЛИНИКИ РАХИТА ОТ УРОВНЯ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО 3,5 ЛЕТ ГОРОДА АРХАНГЕЛЬСКА Разумова Е.Ю., Коробицына А.А.	32
ОСТЕОПЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ Сазонова Ю. Н., Бородин Р.В.	33
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА Семчугова Э. О., Дудин А.В.	34
ПРОБЛЕМЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ	
СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КАТАРАКТОЙ ПО ДАННЫМ ЦАХ С ОДС ГАУЗ АО АКОБ ЗА 2015 И 2016 ГОДЫ Алкатер В. А., Кавадеев О. Е., Дойков М. В., Дойков В. М.	35
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МАКУЛЯРНЫХ РАЗРЫВОВ Батраков Д.И., Фролова Т.М.	37
К ВОПРОСУ О РЕТИНОБЛАСТОМЕ Борисова Н.А., Дьячкова Т.А.	39
РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА У СТУДЕНТОВ V КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА СГМУ В 2016 ГОДУ Гоглева А.И.	41
ПАТОЛОГИЯ ГЛАЗ У СТУДЕНТОВ 5 КУРСА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА СГМУ В 2016 ГОДУ Дмитриева А.А.	42
ОРТОКЕРАТОЛОГИЯ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД Зворыкин А.С.	43
ОБСЛЕДОВАНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ IV КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА СГМУ ЗА 2016 ГОД Кавадеев О. Е., Алкатер В. А.	45
ОБСЛЕДОВАНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ 4 КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА СГМУ В 2016 ГОДУ Кавадеев О. Е., Алкатер В. А.	46
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛАУКОМЫ ПО ДАННЫМ ГАУЗ АО АКОБ ЗА 2015-2016 ГГ. Конанова М.В., Павлова Н.Н.	47

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПО ДАННЫМ ГБУЗ АО АГКБ №7 ЗА 2016 ГОД Коньшин Л.И., Воробьева Н.А.	49
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ ГЛАЗ СТУДЕНТОВ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА СГМУ ЗА 2008-2016 ГОДЫ Куций Л.Р.	51
СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ ЛЕЧЕНИЯ «ВЛАЖНОЙ» ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ Ляпунова Е.А., Смирнова Н.В.	52
ЗАМЕНИТЕЛИ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА: ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ Пальянова О.В.	54
РЕЗУЛЬТАТЫ ДРЕНАЖНОЙ ХИРУРГИИ ГЛАУКОМЫ ПО ДАННЫМ ОМО № 2 ГАУЗ АО АКОБ ЗА 2016 Г. Попова О.В., Луговая А.Н.	55
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЛАУКОМОЙ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №1 Г.АРХАНГЕЛЬСКА С 2013-2015 ГГ. Самородова С.В., Богданова Н.С.	57
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ Спиридонова Л.В.	59
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСИМЕРЛАЗЕРНОЙ ХИРУРГИИ МЕТОДОМ LASIK В ГАУЗ АО АКОБ ЗА 2016 – 2017 ГГ. Тарабукина Е.И., Дойков М.В., Дойков В.М.	60
ДРЕНАЖИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ Тюрина Е.Г.	62
ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ	
КАРИЕС ЗУБОВ У ПОДРОСТКОВ 15 ЛЕТ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ТРЕТЬЕГО НАЦИОНАЛЬНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ Бондаренко С.А., Зорин П.М.	64
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ПОДРОСТКОВ 15 ЛЕТ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2008 И 2016 ГОДАХ Жилина А.Е., Мясоедова Н.А.	65
БИОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЯХ Статкевич Н.С., Федорович Е.В.	66
ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ	
ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ 5 И 6 КУРСОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА Анфалов С.В., Скачкова Т.Н., Владимирова Е.В.	68
КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ФАСЦИКУЛЯРНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ И СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ Бачериков С.Н.	70
ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ОСТРЫМ КИШЕЧНЫМ ИНФЕКЦИЯМ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2006-2015 ГГ. Видякина А.В., Дурягина О.Н.	72
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИЕЙ (ПО ДАННЫМ АОКБ С 2010 Г. ПО 2014Г.) Колобова Ю.В., Иванова С.Н., Дворяшина И.В.	73
АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУЛЯРЕМИЕЙ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2011 – 2016 ГГ. Крутова Ю. С., Подгурский А. С.	74

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АДЕНОМ ГИПОФИЗА В АРХАНГЕЛЬСКЕ Мирзоева Набат Арзу кызы, Шевелева А.П.	75
ОПЫТ ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С Ораков А.Н., Шалаурова В.И.	77
ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА У ВЗРОСЛЫХ Пальянова О.В., Полякова А.Р.	78
ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ Полякова А.Р., Пальянова О.В.	79
ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ Рогалева А.К., Пахтусов Н.Н. , Баранов И.С.	80
ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ РИСКА РАННИХ РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ИЗОЛЯЦИИ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН МЕТОДОМ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ Шахбазян А.В.	81
ОСОБЕННОСТИ КОНТРОЛЯ ГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Юрьева М.Ю.	83
ПРОБЛЕМЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ	
ПРЕДЛЕЖАНИЕ СОСУДОВ ПЛАЦЕНТЫ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ Виноградов М.В., Наволоцкий Д.М.	85
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ АКУШЕРСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ АНОМАЛЬНОЙ ФЕТОМЕТРИИ ПЛОДА III ТРИМЕСТРА Жильцова М.А., Хаймина М.А.	86
ХРОНИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ В И С У БЕРЕМЕННЫХ Комольцева Е.А., Леонтьева А.Г.	87
КРИВЫЕ РОСТА ВЫСОТЫ СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ КОРЕННОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРИТЕТА МАТЕРИ Кыстаубаева А.С. , Умирова Р.У., Калиева Ж.К., Кинаятова Ш.К., Амангелдинова С.Б., Шарипова М.Г.	89
ЛЕЧЕНИЕ РВОТЫ БЕРЕМЕННОЙ Марусий А.А.	90
АКУШЕРСКИЙ СЕПСИС. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ Семенец А. В., Пух С.И.	92
НРАВСТВЕННО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКСТРОКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ Тарасова Е.В.	93
РЕЗУЛЬТАТЫ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФОСМОТРА У СОТРУДНИЦ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА Федухина Я.Н.	95
ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПРИ СОСТОЯНИЯХ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ СТРЕССА Артемяева Е.Н.	96
ВЗАИМОСВЯЗЬ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ СО СВОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ У ЛИЦ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Золотарева О.А.	97

НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАУЧНОГО СТУДЕНЧЕСКОГО КРУЖКА КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ СЕВЕРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	99
Стремиллова А.А.	

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ВЛИЯНИЕ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ НА НЕЙРОМЕТАБОЛИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА АРХАНГЕЛЬСКА	101
Антонова И.В.	

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕГУЛЯЦИИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МОЧЕВОГО ТРАКТА	102
Басавина Т.Д., Ключинов В.Е.	

ВЛИЯНИЕ IFN-ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ ИММУННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И МИКРОЭКОЛОГИЮ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С	103
Давидович Н.В., Коцемба А.Н.	

ГУМОРАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ СНА	105
Кожина М. С.	

АРИТМИИ СЕРДЦА У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ЛЫЖНЫМ СПОРТОМ	106
Котцова О.Н., Крайнова И.Н.	

ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ В ЛПУ ГОРОДОВ АРХАНГЕЛЬСКА, СЕВЕРОДВИНСКА И НОВОДВИНСКА	107
Курилова А.Е.	

ПОЛИЦИКЛИЧЕСКИЕ АРОМАТИЧЕСКИЕ УГЛЕВОДОРОДЫ В ХИМИЧЕСКОМ КАНЦЕРОГЕНЕЗЕ	109
Манык Ф.М., Бечин А.А.	

ПРОБЛЕМЫ ГИСТОЛОГИИ, ЦИТОЛОГИИ, ЭМБРИОЛОГИИ И АНАТОМИИ

ЭТАПЫ СОЗДАНИЯ ЭЛЕКТРОННОГО УЧЕБНИКА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ	111
Абрамова А.В.	

ПРОБЛЕМЫ ГИГИЕНЫ, ФИЗИОЛОГИИ ТРУДА И ЭКОЛОГИИ

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА КОЛБАСНЫХ ИЗДЕЛИЙ	113
Бекарова М.М.	

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У ФЛОРБОЛИСТОК НАЦИОНАЛЬНОЙ СБОРНОЙ РОССИИ В ДИНАМИКЕ ИГРОВОГО СЕЗОНА	115
Долгобородова А. А.	

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ С МЕТИЦИЛЛИН- РЕЗИСТЕНТНЫМ ЗОЛОТИСТЫМ СТАФИЛОКОККОМ В ГЕРМАНИИ	117
Симонов К.Б.	

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ

ОТНОШЕНИЕ К ВАКЦИНАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	118
Валитова Н.А., Смирнова С.Н.	

ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ САМОРЕАЛИЗАЦИИ ЖЕНЩИН, РАБОТАЮЩИХ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ	120
Григорович В.В.	

РОЛЬ КРИТЕРИЕВ ЖИВОРОЖДЕНИЯ В УЧЕТЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ	121
Ларионова С.О., Тюрина Е.Г.	

О СОЦИАЛЬНО- РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЕ С «ТРУДНЫМИ» ПОДРОСТКАМИ	123
Малыгина М.С.	

РОЛЬ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА КРАСНОГО КРЕСТА В РЕШЕНИИ АКТУАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ И МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ В ПРИАРКТИЧЕСКОМ РЕГИОНЕ Модянов Н.Ю., Владимирова Е.В.	124
УРОВЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Ожигина С.Н., Кондратенко Е.А.	125
ФАКТОРЫ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ОБРАЗУ ЖИЗНИ, У ПАЦИЕНТОВ БОЛЬНИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ Ожигина С.Н., Кондратенко Е.А.	127
ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОГО АНАМНЕЗА ПАЦИЕНТОВ БОЛЬНИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, СТРАДАЮЩИХ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ Петрова К.М., Рогалева А.К.	129
ПРИЗНАКИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ БОЛЬНИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ Рогалева А.К., Петрова К.М.	131
СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ Титова Е.А.	132
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПОДРОСТКАМ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ Ткач М.О.	134
ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ Тюрина Е.Г., Ларионова С.О.	135
СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ Тярасов А.А.	137
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С МОЛОДЕЖЬЮ НА БАЗЕ СПОРТА Хрусталева Е.А.	139
ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С НЕПОЛНЫМИ СЕМЬЯМИ, ИМЕЮЩИМИ ДЕТЕЙ Худойкина М.В.	140
ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ Шестаков А.С.	142
ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ФИЗИКИ И БИОИНФОРМАТИКИ	
ПРИМЕНЕНИЕ ОБЛАЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМАХ Кобелев И.М.	143
ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЛАБОРАТОРНОЙ ГЕМОСТАЗИОЛОГИИ	
ОСОБЕННОСТИ ФОЛАТНОГО ОБМЕНА В ПОПУЛЯЦИИ НЕНЦЕВ ОСТРОВА ВАЙГАЧ Валькова А.М., Юрьев Н.А.	145
ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОЛОГИИ КЛЕТОК КРОВИ ПРИ ПОСТОЯННОМ ПРОЖИВАНИИ В УСЛОВИЯХ АРКТИКИ Коваль Е.А.	146
АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ Легкова А.А., Белякова И.В.	147
АНАЛИЗ МАРКЁРОВ ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ПОПУЛЯЦИИ НЕНЦЕВ ОСТРОВА ВАЙГАЧ Порошина М.А., Юрьев Н.А.	148

ПРОБЛЕМЫ ФАРМАЦИИ И ФАРМАКОЛОГИИ

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ (ДОКЛИНИЧЕСКОЕ) ИЗУЧЕНИЕ ОРИГИНАЛЬНОГО РЕПАРАНТА НА ОСНОВЕ АЛЬГИНОВОЙ КИСЛОТЫ	
Дороженко А.А.	149
ГАСТРОПРОТЕКТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ ДЕРИВАТА АЛЬГИНОВОЙ КИСЛОТЫ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	
Царев Д.А.	151

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И НАУКИ

ИСТОРИЯ ПОДГОТОВКИ ВОЕННЫХ ФЕЛЬДШЕРОВ	
Кузнецов К.П., Корельский А.И.	152

МЕДИЦИНА НА АНГЛИЙСКОМ

TULAREMIA IN CHILDREN LIVING IN THE ARKHANGELSK REGION	
Birukova A., Chernova A.	154
COLCHICINE IN HEART DISEASE: THE SECOND BIRTH OF AN OLD DRUG	
Narkar, A. (India)	155

ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

ПРИНЦИПЫ ПРОЕКТИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНТНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗАЧЕТА ПО ГУМАНИТАРНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ	
Крылов В.В.	156

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ РЕВОЛЮЦИИ, ИЗМЕНИВШИЕ МИР

ПРИМЕНЕНИЕ ОБЛАЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМАХ	
Кобелев И.М.	157

ПРОБЛЕМЫ ЭКОНОМИКИ И УПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ

СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МАЛОГО БИЗНЕСА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	
Горбунов К. И.	159
ПРЕЗЕНТАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ КОМПАНИИ КАК ЭЛЕМЕНТ МАРКЕТИНГОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ	
Гуляева Е.М.	161
ТУРИСТСКАЯ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТЬ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	
Кренёв А. В.	162
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	
Регета А. И.	164
О ВАЛЮТНЫХ ОЖИДАНИЯХ В РФ НА 2017 ГОД	
Регета А. И.	165
КОНФЛИКТЫ В ОРГАНИЗАЦИИ	
Сабельникова К.И.	166

СОВРЕМЕННАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА В КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

ПРЕДИКТОРНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРОСТАТИЧЕСКОГО СПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Валькова Л.В.	167
ГЛИКИРОВАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА КРОВИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	
Диваков Д.С.	168
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ БЕТА-ЛАКТАМАЗ У ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ (ГЕН СТХ-М) В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА	
Клиндухова Т.Г.	170

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА Кондрашов В.А., Гешавец Н.П.	171
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫХ ГРИБОВ РОДА CANDIDA В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Овцина Ю.О.	172
ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА СЫВОРОТКИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ И ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА Сумкина Т.П.	174
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБЩЕГО И БИОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ КРОВИ СОТРУДНИКОВ КАФЕДР СГМУ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОХОЖДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФОСМОТРА Туркина А. И.	175

Научное издание

**БЮЛЛЕТЕНЬ
СЕВЕРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**Материалы III Международного молодежного
медицинского форума «Медицина будущего – Арктике»**

Вып. XXXVIII

№ 1 (2)

Издано в авторской редакции

Фото на 4-й стороне обложки Л.А. Зубова

Компьютерная верстка *Г.Е. Волковой*

Подписано в печать 08.06.2017.
Формат 60×90^{1/8}. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Печать ризография.
Усл. печ. л. 23,5. Уч.-изд. л. 19,0.
Тираж 100 экз. Заказ № 1878

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»
163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51
Телефон 20-61-90. E-mail: izdatel@nsmu.ru

